

Confesiones del cuerpo

Ariel JOSELOVSKY

Noviembre 2004

Con amor, a mi esposa Karina

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

PRIMERA PARTE

Tono neurológico y mecánico

Sentimientos, postura y lesiones

¿Qué es el dolor?

La articulación del quiebre de la voluntad

Sentimientos blandos

Cabeza y cuello

Tensiones musculares y escápula

SEGUNDA PARTE

ACLARACIONES

Caso 1

Caso 2

Caso 3

Caso 4

Caso 5

Caso 6

Caso 7

Caso 8

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Durante mis años de experiencia profesional, en la aplicación de una técnica manual que comenzó siendo para curar dolencias corporales cuyo diagnóstico se basaba en una revisión clínica estricta y biológica, me hizo comprender a través del tiempo, que los cuerpos me decían lo que las personas sentían.

El músculo como tal, debe ser considerado un órgano cuya función es la expresión, esto llevará a entender que hay músculos que refieren determinados sentimientos, independientemente de las acciones biomecánicas descritas por muchos autores hace muchísimo tiempo, una cosa es la anatomía funcional de un músculo a la hora de realizar una flexión o una extensión o cualquier otro movimiento, y otra cosa es entender que ese músculo o un conjunto de grupos musculares estén cumpliendo independientemente con la descarga o inhibición de un sentimiento y el conjunto de sentimientos represente un estado de ánimo, de esta manera llegaremos a la representación simbólica de lo que significa la acción muscular.

Este libro pretende discriminar cuáles son los músculos y las cadenas musculares, no desde el punto de vista de los bloqueos energéticos que otros autores excelentemente describen, y este libro no va a negar, sino que se busca un análisis del enfoque anatómico- biomecánico y psicológico que realice una disección simbólica para detallar cuáles son los principales músculos con los que el cuerpo humano actual expresa sentimientos como el miedo, agresividad, amor y otros, que en su conjunto llevan a estados de depresión, euforia, timidez, excitación sexual, etc., y cuando los sentimientos no son descargados correctamente terminan con procesos dolorosos en las articulaciones y sus elementos, ligamentos, tendones y los músculos mismos, claro está que el proceso se inicia en la capacidad que tiene el músculo de retener en sus tensiones o tono, esos sentimientos que no son correctamente canalizados, y todo esto se traducirá en alteraciones posturales características que llevan con el tiempo, a la aparición de patologías que no solo nos indicarán el daño existente en esa zona, con su dolor físico característico, sino que también nos hablará del dolor de los sentimientos

Se explicará en este libro con precisión qué dolencias caracterizan distintos estados de ánimo, como por ejemplo relacionar el dolor de espalda baja con el quiebre

de la voluntad, el dolor cervical con el estrés mental, el dolor de hombro con el golpe contenido y el bruxismo con la agresividad inconsciente liberada, entre otros a detallar.

Para una comprensión didáctica de un tema que condensa puntos de vista del cuerpo, desde distintas ciencias, se establecerá una primera parte con la explicación a través de la fisiología, anatomía, biomecánica, psicología, sociología y antropología, cómo existe un hilo conductor entre los sentimientos no expresados verbalmente y la expresión de éstos a través de una patología determinada.

La segunda parte de este libro, está constituida por una cantidad de casos suficientes que he tratado, y que han sido elegidos especialmente, para facilitar el entendimiento práctico de toda la teoría de la primera parte.

PRIMERA PARTE

TONO NEUROLÓGICO Y MECÁNICO

A la hora de preguntarnos qué expresa un músculo, la respuesta es acción y movimiento, pero esto se limitaría a una lectura puntual y fría desde la anatomía y la biomecánica, por lo que me gustaría darle calidez remarcando que el músculo cumple con dos acciones en cuando a movimiento se refiere, uno es el movimiento fásico que es el que ejerce los desplazamientos de los segmentos corporales entre sí, y el otro es el movimiento tónico que le imprime tensión al músculo y este existe siempre ya sea en estado de reposo o durante el movimiento fásico acompañándolo a este.

Sir Sherrington, padre de la neurofisiología, definió al tono neuromuscular como el estado de tensión de un músculo, esta definición quedó abierta a muchas interpretaciones, la clásica fue pensar en un mínimo de contracción que prepara al músculo para la acción, que si bien es correcta también lo es incompleta, ya que falta explicar todo lo que acontece dentro de ese estado de tensión previa, más allá de su preparación para el movimiento.

El estado de tensión previa o tono, resulta de la suma algebraica de los distintos impulsos eléctricos provenientes de las distintas regiones del Sistema Nervioso Central (SNC), la graduación del tono en cuanto a su tensión variará en los distintos grupos musculares de una misma persona en un mismo momento de acuerdo a las circunstancias que lo rodean y entre ellas cumple una función decisiva el estado emocional, que intentaré explicar en este trabajo fundamentalmente la influencia del tono emocional durante los movimientos fásicos y estáticos, ya que todo el conjunto nos indicará la capacidad de expresión de un músculo.

La elaboración del tono neuromuscular se organiza en el cerebro a partir de las estructuras corticales y subcorticales, siendo estas últimas las que llevan inscriptas dentro de sí los “distintos programas de movimientos”.

Por ejemplo, en los ganglios basales se encuentran los programas de los movimientos articulares más elementales como ser flexión, extensión, rotación, inclinación, etc. Si se acude a estos programas, se los llama desde otra estructura

subcortical como por ejemplo puede ser la sustancia negra, donde se elaboran programas mayores que se aprenden durante la evolución ontogenética (aprendizaje durante la vida), los anteriores son movimientos pertenecientes al aprendizaje filogenético (aprendizaje durante la evolución de la especie), por ejemplo la suma de flexiones y extensiones de los miembros inferiores, fundamentalmente sumados a las rotaciones de la pelvis con respecto al tórax y a partir de este, de la flexo-extensión leve de los brazos, nos va a dar como resultado la formación de un programa mayor que es la del caminar.

Para caminar correctamente no solo hay que movilizar las piernas sino que tenemos que balancear los miembros superiores en forma opuesta a la de los miembros inferiores para mantener un eje de equilibrio y balancear el peso en la marcha, el movimiento de los miembros superiores va a estar relacionado con los desplazamientos de las escápulas sobre la parte superior del tórax, y estas se moverán por las rotaciones del tórax con respecto a la pelvis, y esta producirá inclinaciones con respecto al tórax para amortiguar el impacto de los miembros inferiores contra el suelo.

Aquí vemos como la sumatoria de simples movimientos distribuidos en la totalidad del cuerpo conforma una acción tan importante como es caminar que está almacenada en un programa en la sustancia negra el cual se aprendió a partir de la posición erecta, la cual pertenece a otro programa, y todo esto le llevó al hombre aproximadamente 4 millones de años de trabajo evolutivo , los programas de los ganglios basales ya existían en el homínido semierecto y también cuadrúpedo pero a partir de la posición erecta se conformó un programa mayúsculo de mayor efectividad y menor consumo, y quedó registrado en una estructura superior como es la sustancia negra, siempre dentro del terreno subcortical, como es un programa más complejo el niño aprende recién a ponerse de pie aproximadamente al año de vida y a caminar correctamente hacia los 3 años (ejemplo de evolución ontogénica), cuando las flexiones, extensiones y rotaciones de muchas partes de este programa por ser más sencillas las maneja hacia los 6 meses que es cuando gatea y demás está decir que está reproduciendo la etapa de la evolución filogenética de la cuadrupedia.

Pero esto no es tan simple porque el caminar lleva impreso un tono neuromuscular y entiéndase por este, como ya se dijo, el estado de contracción previa

que prepara para la acción y que existe tanto en esta como en el reposo, si observamos caminar a la gente veremos que de ninguna manera caminan todos igual, si bien todos se acogen a las pautas antes descritas veremos gente encorvada o muy erecta, otros caminarán rápido, algunos arrastrarán los pies, etc, y esto tiene mucho que ver con qué tono han recibido los músculos antes de iniciar la marcha y durante ésta, y eso va a estar cargado de los impulsos recibidos de otras estructuras, como por ejemplo ,el lóbulo límbico o cerebro primitivo, éste almacena los sentimientos más primitivos del ser humano como la agresividad, el miedo, el amor, la conducta sexual etc. De acuerdo como una persona descargue en su marcha estos sentimientos, aumentará o disminuirá el tono, pero es más complejo aún, porque hay toda una fase sensorial importantísima que proviene del mismo cuerpo que informa a través de códigos a la corteza cerebral de la posición del cuerpo, esto se explica de la siguiente manera: el estado de tensión, acortamiento o alargamiento de los tendones, ligamentos o cápsulas articulares, enviarán información de en qué posición está cada una de ellas y la sumatoria de todas la informaciones darán una orientación de la ubicación de la posición global del cuerpo para que se efectúen las correcciones correspondientes de acuerdo a las variables externas por donde se este trabajando, ejemplo, cuesta arriba, cuesta abajo, cargando peso, etc. Esta información se dirige a estructuras mayores como el cerebelo y el tálamo, el primero es el gran regulador del equilibrio corporal al que se le suma la información del oído interno y la visión, todo esto excita las estructuras las cuales van a responder con impulsos que se van a ir sumando en forma algebraica a los impulsos provenientes de otras estructuras antes mencionadas, por ejemplo una cuesta arriba va a aumentar el tono de los músculos extensores, por lo tanto va a sumar positivamente los estímulos en la regulación del tono en dichos músculos, pero si la persona se halla deprimida los estímulos que vienen del lóbulo límbico actuarán en forma de resta por lo que la persona probablemente camine encorvada por una disminución de la excitabilidad del tono de los músculos dorsales que será compensada con más tono en los glúteos , cuádriceps y gemelos para una mayor fuerza de tracción en la cuesta, pero la suma algebraica no se limita a dos estructuras, todos los estímulos que salen y entran de la corteza cerebral sólo pueden hacerlo a través del tálamo al que podemos dividirlo en dos partes, una específica y otra inespecífica , por la primera van a pasar los estímulos tal como son provenientes de los órganos sensoriales existentes, por ejemplo el sonido se introducirá al cuerpo por los oídos y de estos irán al área auditiva para ser procesados, pero para llegar a la corteza necesariamente pasarán al tálamo específico y a

través de las conexiones neurológicas de este serán depositadas en el área auditiva, si hubiese exceso como por ejemplo mucho ruido, los excesos eléctricos producidos en el área correspondiente volverán al tálamo específico y este lo trasladará en forma de impulsos eléctricos al área inespecífica y ésta siempre los enviará a la zona motora que desde aquí bajarán por el sistema nervioso central hacia los músculos y éstos sumarán positivamente dentro de la suma algebraica del tono, esto puede ocurrir con todas las estructuras de la corteza cerebral y subcortical.

Si tomáramos el caso inverso, en lugar de una depresión, un estado agresivo contenido descargará sus exceso en el área inespecífica, ésta en el área motora y nuevamente hacia el aumento del tono muscular, a esto hay que sumarle los estados de fatiga de las estructuras y el envejecimiento, si tuviéramos escasez de sueño, cosa que sucede cuando se fatigan las neuronas de la sustancia reticulada ubicada en la base del encéfalo, el tono tenderá a tener un aporte negativo de esta área, pero si tenemos un estado de correcta vigilia el tono será aumentado por los estímulos de este área. En el caso de deterioro o envejecimiento, un buen ejemplo serían los parkinsonismos propios de la senilidad que ocurren con el envejecimiento de la sustancia negra, entonces en este caso es normal ver en la gente mayor la pérdida del balanceo de los brazos o arrastrar los pies que es más marcado aún en la enfermedad de Parkinson que puede ocurrir en una edad temprana por una degeneración brusca de la sustancia negra con una sintomatología más agravada.

Como se verá la definición mal interpretada pero muy bien enunciada por Sherrington de que el tono neuromuscular es el estado de tensión de un músculo, no se limita al reduccionismo de pensar en una simple tensión muscular, sino que es la sumatoria algebraica de impulsos eléctricos que se originan y transitan por el sistema nervioso central hasta llegar a las unidades motoras, producidas por el emergente de distintas estructuras del encéfalo y la médula que no hacen más que reflejar la evolución filogenética, la evolución ontológica, el estado anímico, la ubicación témporo espacial, el estado de cansancio y lo que es más aún la salud de la persona, darán por resultado en forma variable prácticamente a cada instante lo que se intentó reducir en la frase, “estado de contracción previa de un músculo”, cosa que Sherrington nunca había limitado pero lamentablemente a través de los años se lo mal interpretó como una

definición y no como lo que realmente es la expresión del estado de un ser humano en un momento determinado de su vida..

Pero si nos limitamos solamente al tono neurológico como forma de tensión de un músculo que como se acaba de explicar es la sumatoria de muchos factores en un momento determinado de la vida y que prácticamente cambia a cada instante, no debemos olvidarnos que el músculo está compuesto en el caso de la miofibrilla por proteínas contráctiles que son la actina y la miosina, la primera tiene una elasticidad variable que vista en un microscopio de gran capacidad aparece en una de sus partes conocida como brazo una suerte de resorte o muelle que puede variar su elasticidad frente a fuertes contracciones que posteriormente no son elongadas, aquí aparece la primera variable de lo que podemos entender como estado de tensión por acortamiento mecánico, a esto se le suma que los músculos empiezan y terminan en tendones formados por tejido conjuntivo que entre sus componentes tienen otra proteína llamada elastina, cuyo nombre la grafica lo suficiente por lo que si no se trabaja sobre la reconstrucción del acortamiento mecánico a través del tiempo, los músculos tienen un tono paralelo al tono neurológico, que es el mecánico que además de estar producido por la tensión de las proteínas musculares y tendinosas se va a ver visto fundamentalmente influenciado por el estado de elasticidad de sus envoltorios conjuntivos conocidos como fascias, éstos envoltorios y sus proyecciones intramusculares que envuelven porciones, fascículos hasta llegar a las unidades motoras y la periferia del huso neuromuscular mismo ,son altamente susceptibles de ser moldeables por las contracciones musculares y el tono neuromuscular.

Las fascias no se encuentran aisladas, sino que por el contrario están conectadas entre sí formando un todo en toda la expansión del cuerpo humano rodeando a todos los músculos e interconectándolos a ellos entre sí, variando en grosor desde envoltorios tan microscópicos como la duramadre endocraneal ,que no se la puede distinguir del periostio endocraneal, hasta fascias tan gruesas como la fascia lumbar que es observable a simple vista y palpable entre los dedos, en esta verdadera estructura compleja y maravillosa encontramos el verdadero sostén del cuerpo humano, pero como acabamos de ver presenta su tono mecánico a través del Inter. juego que realiza con el tono neurofisiológico.

Así como definimos al tono neurofisiológico como el estado de tensión que prepara y actúa en una persona durante el movimiento muscular en un momento puntual de su vida, y que varía a cada instante por todo lo ya mencionado, que como ya hemos visto abarcan la totalidad de la existencia humana ontogénica y filogenética, podemos decir que el tono mecánico es la expresión de la huella dejada por la existencia de la persona ya que al ser mecánica no se restituye en su elasticidad por la actividad eléctrica del sistema nervioso, como sí ocurre en el tono neurológico, sino sólo por cambios mecánicos producidos por fuerzas internas y externas.

Podemos decir que en la postura de una persona está escrita su historia , su carácter, su temperamento, su estado de ánimo actual y a través de esto se podrá hacer una lectura del individuo, por lo que es correcto decir que el cuerpo y su postura tienen su propio lenguaje simbólico.

PRIMERA PARTE

SENTIMIENTOS POSTURA Y LESIONES

De acuerdo a lo anteriormente expresado se puede comprender la relación entre los sentimientos y la postura, pero es muy importante destacar que las posturas adquiridas, cuando se sostienen en el tiempo en forma permanente se cronifican, eso lleva a un desajuste de todo el sistema esquelético que arrastra consigo tensiones en los ligamentos, fricciones en los cartílagos de las articulaciones, acortamientos, alargamientos, hipotrofias e hipertrofias musculares, pero fundamentalmente la pérdida de elasticidad de algunos sectores de las estructuras de tejido conjuntivo que conforman la anatomía de las fascias del cuerpo, todo esto va a llevar a que en algún momento de la vida de la persona, un punto determinado de su cuerpo se lesione afectando distintos tejidos y elementos, caracterizándose por la falta de alineación y balanceo de los mismos, produciendo un mal funcionamiento primero a nivel de la fisiología histológica para que luego se modifique la estructura anatómica de estos elementos (músculos, ligamentos, fascias, cartílagos, etc), cuando me refiero a la fisiología histológica me estoy refiriendo al funcionamiento de los tejidos (tejido conjuntivo, tejido muscular, etc), estas alteraciones histológicas llevan a formaciones patológicas como son por ejemplo y principalmente la aparición de un neot Tejido (nuevo tejido alterado del original) como ser el tejido fibroso que se caracteriza por la formación del acúmulo de catabolitos ácidos de las sustancias de deshecho del metabolismo de las células de los tejidos, esto para hacerlo sencillo no es ni más ni menos que la "basura metabólica" que se produce por el mal funcionamiento que parte de la base de la falta de alineación y balanceo de las zonas que hacen que se reduzcan los espacios de ciertas zonas del cuerpo y la circulación de los vasos (arterias, venas y linfáticos), sea deficitaria, por lo tanto la entrada de oxígeno y nutrientes por la vía arterial va a ser pobre y la salida de la basura metabólica por la vía venosa, va a ser escasa o nula, de esta manera se van a producir los acúmulos que terminan generando el tejido fibroso y por otro lado el debilitamiento de las otras estructuras (músculos, ligamentos, fascias, cartílagos), por falta de alimentación adecuada, para llevarlo a un ejemplo práctico las lesiones que se producen por este problema en el cuerpo serían lo mismo que si a un sector de una ciudad se lo aísla del ingreso de los elementos básicos para su supervivencia, al tiempo que se le impide la eliminación de los desechos cloacales y la basura producida por la población, rápidamente aparecerían las enfermedades entre sus habitantes.

Volviendo a la línea original de pensamiento que quiero expresar en este libro si bien los sentimientos se expresan a través de los músculos y estos tienen un lenguaje y una gramática que expresan lo que significa, la sumatoria de los músculos expresarán un lenguaje y una gramática de lo que significan las posturas, por ende, cuando las posturas producen lesiones por lo antes dicho, estas tendrán también un significado simbólico con respecto a los sentimientos que nos quieren expresar, siendo aún esta más importante porque incluirán el dolor y llamarán la atención por la necesidad que sugieren de las demás personas y a esto me referiré en los próximos capítulos, porque síndromes tales como el dolor de cabeza, las migrañas, los mareos, el dolor de cuello, dolor de espalda y otros, tienen significaciones puntuales en lo que refiere a situaciones tales como el cúmulo de sentimientos que nos llevan a un “no doy más”, “voy a perder la cabeza”(me voy a volver loco), “tengo un nudo en la garganta” (llanto contenido), “dolor cervical”(imposibilidad de sostener la cabeza erguida), “dolor lumbar”(sacroileítis, el quiebre de la voluntad), “dolor de rodillas” (sumisión), entre otros.

Podríamos decir entonces que los músculos son las letras , los segmentos corporales las palabras, las posturas las frases y las patologías producidas el significado de estas, por lo que si utilizamos todos estos elementos el cuerpo es un libro que expresa la vida de cada persona.

PRIMERA PARTE

¿QUÉ ES EL DOLOR?

Por definición podríamos decir que el dolor es una señal de alerta que nos indica que algo malo está ocurriendo en algún lugar de nuestro cuerpo. Por lo tanto se puede inferir que el dolor como sensación, tiene una función relacionada con la protección y el dolor como tal es la expresión de un daño en los tejidos del cuerpo y su reacción es directamente proporcional a la intensidad de ese daño.

El daño como veremos a lo largo de los distintos capítulos de este libro, pueden tener origen interno o externo, en el presente trabajo no nos referiremos a los dolores provocados por causas traumáticas de origen externo, ya que este no es un tratado de traumatología sino por el contrario, haremos un desarrollo del hilo conductor que existe entre los sentimientos no resueltos de las personas que atraviesan el cuerpo a través de las tensiones musculares y terminan provocando lesiones en las articulaciones y los elementos que las rodean.

Al hablar del dolor como una señal de alerta, sin duda estamos hablando de algo que es positivo para la persona, ya que a través de esta le permite actuar y resolver el problema que este le ocasiona. Expresado de esta manera ya no parece extraño hablar del dolor como algo beneficioso, porque la sola mención de este siempre se lo asocia a una situación terrible y es lógico, ya que nada es más duro para un ser vivo que el dolor corporal. La historia trágica de la humanidad se basa en experiencias de dolor y es el síntoma inequívoco del sufrimiento.

En el momento de escribir este libro se ha abierto un fuerte debate en la sociedad mundial a partir de una película sobre la vida de Cristo, en la cual para muchos se abusa de imágenes excesivamente explícitas de dolor para explicar el sentimiento de este y por otro lado, la otra parte de la sociedad cree que es la forma más simbólica y ejemplificadora de entender su sufrimiento. No hay duda que la muerte de Cristo en una crucifixión debe haber sido extremadamente dolorosa, y para muchos ese dolor expresaba con claridad el sentimiento de sacrificio por la causa que el llevaba y todos conocemos, establecer la relación entre el sentimiento y el dolor es justo, pero lo que sí ha llevado a opiniones totalmente opuestas es si hacía falta la exaltación en imágenes de

tanto dolor para la expresión de un sentimiento que para muchos estaba totalmente comprendido. Creo que esto refleja cabalmente que las imágenes de dolor son una de las cosas más aterradoras para las personas porque reflejan el sentimiento de quienes lo padecen, pero también han existido otras películas sobre este mismo tema donde el enfoque de los otros directores ha sido exaltar con imágenes los sentimientos de Cristo por su causa, y la atenuada aparición de las imágenes de dolor en su crucifixión también han provocado en los espectadores una cabal comprensión del dolor que este padeció.

Por lo tanto creo que el enfoque tremendista de la presencia de imágenes del dolor ha hecho que millones de personas comprendan el sentimiento de quien las padecía, pero también ha ocurrido lo contrario, la recreación de imágenes de los sentimientos de nobleza, hicieron que la sola mención de la tortura de la persona que otros millones de personas comprendieran el dolor que este padeció. No es de mi interés entrar en el debate sobre quién enfocó mejor el tema, esto ya fue motivo de discusión en los principales medios de comunicación de todo el mundo, sí me interesa que se comprenda el viceversa de la dualidad “sentimiento-dolor”, porque se lo mire por donde se lo mire resultan inseparables.

Retomando el tema del punto de vista fisiológico del dolor y por qué existen perfectos mecanismos para este se manifieste a partir de situaciones límites que enfrentan los seres humanos, es bueno recordar que el dolor es un signo de alarma que sirve para pensar de qué manera hay que enfrentarlo.

Esto significa que todo el tratamiento que se indique, debe solucionar las causas que producen el dolor y no solamente atacar el dolor como entidad en sí misma. Si bien el alivio del dolor es varias veces confortable para quien lo padece, no puede ser el objetivo en sí mismo del tratamiento, ya que quitar la señal de alarma no significa eliminar el peligro. Podríamos dar el ejemplo, no en el cuerpo humano, sino de todos los circuitos de alarma que se han creado para la seguridad, esto es desde la básica sirena que sonaba en los bombardeos de las Primera y Segunda Guerras Mundiales, hasta a los sofisticados sistemas que conocemos hoy, que funcionan a través de complejos sistemas electrónicos e informan el mal funcionamiento de muchas máquinas. Cuando las sirenas suenan o los sofisticados sistemas encienden luces nos están indicando de que hay que tomar una medida para prevenirse del peligro, sabemos

que durante las guerras mucha gente prefería hacer caso omiso al alerta, que otras veces le salvó la vida, , porque se encontraban agotados de vivir bajo el estrés que les provocaba el asociar la sirena y su gran peligro, salvo raras excepciones estas personas terminaban padeciendo las consecuencias del bombardeo, lo mismo ocurriría con los sofisticados sistemas que nos pueden informar que nuestra casa se halla en peligro de robo o que una máquina se encuentre al límite de sus posibilidades y se pueda romper. Si ignoramos la información esto no implicará que el hecho no suceda, con el dolor ocurre lo mismo, acallararlo no significa que el origen del peligro que nos provoca el dolor haya desaparecido. El alto consumo de analgésicos funciona de esta manera en las patologías dolorosas.

Pero el dolor no es sólo expresión en la anatomía y fisiología del cuerpo humano, ya que lleva consigo connotaciones emocionales importantísimas. Platón (500 a.C.) afirmaba que “ el dolor no sólo se presenta por la estimulación periférica sino como una experiencia emocional”.

A la vez, es muy difícil encontrar un paciente con dolor crónico de una patología que lo justifica ampliamente , que no atraviese una crisis emocional. Sólo una mirada integral al paciente doloroso pude encontrar o aproximar una solución a su padecer.

Cuando se encuentran tratamientos absolutamente biológicos, el dolor puede desaparecer, pero inevitablemente vuelve. Cuando el enfoque es absolutamente psicológico, el paciente suele aceptar la situación, su ansiedad y angustia disminuyen pero el dolor no desaparece.

Por lo visto interpretar la justa medida de los componentes biológicos y psicológicos del padecer, es el camino correcto. Es muy importante diferenciar el dolor agudo del dolor crónico. El primero obedece generalmente a causas muy concretas como contusiones, infecciones, etc. Los dolores agudos son proporcionales al agente productor variando desde muy leves hasta insoportables. Las apariciones son bruscas y su alivio obedece a la solución urgente de su origen. En una apendicitis ya diagnosticada, la solución no deja lugar para el análisis al igual que en una fractura. En cambio el dolor crónico, que es aquel que se prorroga en el tiempo y muchas veces dura

años, obedece a causas múltiples como se detallan en los capítulos específicos del presente trabajo.

En el caso crónico, las causas emocionales cobran un valor significativo y se transforman en un efecto predisponente para la prolongación y el aumento del dolor. La gran diferencia entre la aparición del dolor agudo y el crónico es que el primero es limitado en intensidad y tiempo, en cuanto persiste el agente que lo estimula. En el caso del dolor crónico persiste aún cuando los estímulos externos no están activos ya que las secciones terminales de los nervios periféricos en la región lesionada, tienen cambios mecánicos y químicos que aumentan la sensibilidad, con lo cual se desencadena dolor con los más mínimos estímulos, siendo estos muchas veces no agentes nocivos físicos o químicos sino pensamientos y emociones contenidas.

El panorama descriptivo de la medicina tradicional explica dos tipos de dolor, el crónico y el agudo, pero en las últimas décadas se ha instalado una suerte de creencia popular sobre el dolor psicológico. Lejos de ser una creencia, los cambios perceptivos del dolor son más que significativos.

Hasta aquí hemos hablado del dolor como una forma específica de sensación, pero queda un inmenso espacio sin aclarar, que es, cómo cada persona percibe su dolor. Si pinchamos los dedos de dos personas distintas con la misma aguja y la misma fuerza: ¿Les duele igual? Seguramente no, y hoy, a pesar de toda la tecnología para la evaluación física, la única oportunidad que tenemos para saber “a quién le dolió más” es preguntar a cada uno qué interpreta y aún así no sabremos a quién le dolió más.

Entre la sensación y el pensamiento existe un paso intermedio que es la percepción. En esto tallan las experiencias personales de cada individuo, por lo tanto la percepción individual modificará el pensamiento y la sensación. Aquí la creencia popular del dolor psicológico se transforma en un campo de estudio ilimitado que hoy se halla sólo en sus comienzos.

Precisamente porque la historia de la humanidad siempre se halla ligada al dolor corporal y aún hoy no podemos dar una definición categórica de qué es el dolor, cómo

medirlo y lo que es más grave aún existen profundas diferencias desde distintos sectores de la ciencia de la salud en cómo tratarlo.

En su libro “La cultura del dolor” el doctor David Morris, de la Universidad de Iowa, dice: “El dolor de una herida en el pie tiene una fuente inmediata, es obvio, muy distinta del dolor de un divorcio sin remedio. No obstante, a la larga, fuentes distintas no implican necesariamente dolores distintos”.

Hoy el dolor crónico, aquel que es recurrente, está más cerca de lo desconocido que de lo científicamente comprobado.

¿Cuántos pacientes sienten dolor y sus familiares y amigos creen que lo imaginan? Por otro lado, ¿cuántos pacientes sienten dolor y los estudios más avanzados no encontraron la causa que lo “justifique”?

Existen personas que han desarrollado una profesión y generan grandes espectáculos mostrando al público cómo no sienten dolor al comer clavos o al atravesar sus mejillas con agujas de tejer. En cambio, otros se desmayan ante un pequeño corte en un accidente. Entre ambos ejemplos se halla la humanidad y en cada cultura se pueden comparar los dolores relacionados al trabajo. Por ejemplo, los siglos pasados con los actuales, de modernos trabajadores, de sillón y aire acondicionado. Esto no pretende ser una comparación odiosa, por el contrario, ¿quién se atreve a decir quién está más solo con su sufrimiento? El esclavo humillado que se movilizaba por la fuerza que le daba el sentimiento de la búsqueda de libertad o el hombre moderno con un gran vacío espiritual, que todo lo llena con lo material.

Podemos hablar de la espiritualidad del dolor. Se conocen casos en la guerra de Vietnam de soldados que sufrieron mutilación y estuvieron sin atención durante horas y otros que morían de pánico sin haber sido gravemente heridos. Cuando se habla de dolor se habla de una expresión de la persona toda. La suma de las distintas personalidades arma culturas. En la historia hubo pueblos fuertes y guerreros y pueblos débiles y sometidos cuyos integrantes no soportaban el dolor.

Para muchos pensar en los orígenes del dolor pierde importancia cuando el dolor desaparece , concepción errónea porque sin duda el dolor reaparecerá porque no se han enfocado sus causas , lo más importante es entender que no existe el dolor sino los dolores y con esto no me estoy refiriendo a la diferencia entre el dolor de una quemadura o el de una lumbalgia, sino que los dolores son la representación de las personas que lo sufren y lo que es más importante aún, del momento en que las personas lo sufren. Una misma persona a lo largo de su historia puede reaccionar de forma distinta a un mismo dolor ya que si esta hizo un proceso de aprendizaje donde puede manejar el proceso de percepción del dolor, seguramente , también podrá manejar la intensidad de este, pero si esta misma persona en vez de hacer un proceso de aprendizaje sobre la percepción en si misma ha recrudecido el mal manejo de sus emociones y ha hecho de la negatividad una forma de vida nos encontraremos con una persona que ha hecho del dolor una forma de expresión de su modo de vida.

Con esto no me quiero referir a aquellas personas que frente a un accidente sufren más el dolor que otras, en esto influirán cuestiones biológicas, mayor o menor número de exposiciones a situaciones dolorosas físicas, no sufre igual el dolor de los golpes una persona que ha practicado deportes de contacto, que una persona que siempre ha sido sedentaria y no ha practicado deportes. Seguramente una persona que ha trabajado en minas o en el campo, soportará mejor el dolor que una persona que trabaja en las urbes en tareas que requieran del esfuerzo intelectual y no el físico.

Cuando me quiero referir a las personas que hacen de la expresión del dolor y vivir pendiente de este una forma de vida, son aquellas en las que no pueden relacionar su dolor con sus sentimientos ya que precisamente el dolor es el factor de distracción que les impide pensar en los sentimientos que no pueden resolver, por lo que transforman de manera inconsciente emociones en dolor.

Cuando hablamos de emociones , hablamos de emulsionar, sacra afuera, nuestro cuerpo cuenta con una gruesa capa muscular y en ella se pueden depositar estas mociones que no logran salir al mundo exterior, pero sí salen de nuestra “cabeza” y se quedan depositadas en las tensiones musculares. En el presente texto veremos como esto se transforma en patologías concretas, pero también explicaremos cómo no

confundir esas patologías concretas como la fuente única del dolor sino por el contrario, como la expresión culminante de todo un proceso que se inicia en nuestras emociones.

PRIMERA PARTE

LA ARTICULACIÓN DEL QUIEBRE DE LA VOLUNTAD

Cabe recordar, que muchos de los términos que a continuación se han de expresar en este capítulo y los siguientes, pueden ofrecer cierta dificultad al lector neófito pero interesado en estos temas, por lo que en todo momento, se tratará de hacer una descripción completa y detallada, aplicando la mayor cantidad de conceptos que ayuden a entender los procesos anatómicos y fisiológicos a fin de facilitar al lector su comprensión.

Si bien este no es un libro dirigido a profesionales de la salud en forma de texto, seguramente le va a ser útil a kinesiólogos, quiropractas, osteópatas, psicólogos, fisioterapeutas y médicos interesados en la materia, a todos estos, les pido comprensión en lo que puede parecer una redundancia gramatical, ya que es necesaria para el que se inicia en el tema.

La experiencia que me brinda 20 años de profesión, me permitió atender miles de pacientes con lumbalgias o lumbociáticas, donde gran parte de estos se presentaban con un diagnóstico de hernia de disco, corroborado por estudios de reciente tecnología, como la tomografía axial computarizada (TAC) o resonancia magnética nuclear.

Muchos de estos tenían sugerida la cirugía como opción terapéutica y se los ha podido resolver evitando esta, a través de una técnica manual efectiva basada en alinear las estructuras corporales y a partir de esto la descompresión de las articulaciones por medio de la liberación de las tensiones que producían el desajuste de la postura del cuerpo.

Es importante seguir el delgado hilo conductor que une las emociones con la mecánica corporal, por lo que a partir de aquí, explicaré en la articulación sacro-ilíaca a la que me gusta llamar la “articulación de la voluntad”, cómo los músculos, ligamentos, huesos y fascias musculares se ven sobrecargados de tensión en este punto generando la lesión de esta articulación, a partir de la influencia de los sentimientos que promueven un aumento del tono muscular y el desajuste en este lugar determinado del cuerpo.

Datos filogenéticos (aprendizaje a partir de la evolución de la especie):

El hombre cuando comenzó a abandonar la cuadrupedia hace más de 4 millones de años, transitó un período de semi erección cuya postura era similar a la que hoy conocemos del gorila.

Una huella de esto, que aún pasados tantos años podemos ver, es que si cerramos los puños como un boxeador los dos primeros nudillos son bastante más grandes y salientes porque nos servían como apoyo cuando ya las manos constituídas como tales debían ayudarnos en la marcha, si bien hoy no marchamos con ese apoyo nos queda esa huella en el cuerpo como muestra irrefutable de que hemos pasado por ese estado.

Todos hemos visto alguna vez un gorila, aunque no sea en forma directa, y observamos que la zona glútea está importantemente desarrollada. En esa etapa de homínido semi erecto, poseían un gran y único glúteo, que hoy dada la especialización que dio la bipedestación y marcha en el hombre actual, ese gran glúteo se convirtió en tres, mayor, medio y anterior, lo que nos permite un andar equilibrado y más económico.

Este andar sincroniza las acciones simultáneas de los tres músculos a ambos lados de las caderas y evita los característicos vaivenes de la marcha del gorila.

La alta especialización a través de cientos de miles de años, sirve para explicar desde la paleontología biomecánica la importancia del glúteo como motor principal en la erección del hombre hacia la bipedestación, porque no solo nos levantó este músculo desde la cuadrupedia hasta la bipedestación, sino que se especializó para el confort y economía de la marcha.

La importancia, entonces, del glúteo reside en haber sido capaz de haber tomado punto fijo en el hueso fémur y desde ahí llevar la pelvis hacia atrás desde su otro punto e inserción en el hueso ilíaco de la pelvis, haciendo eje en la articulación coxofemoral,

conocida por todos como articulación de la cadera (para mayor entendimiento articulación que une la pelvis con el miembro inferior).

Al llevar la pelvis hacia atrás arrastró a la columna vertebral hacia una posición que se orientaba perpendicular a la línea del suelo, por lo que los músculos paravertebrales que en la anatomía actual, se describen en muchos haces especializados, en cortos medianos y largos, siendo cada grupo de estos, hoy músculos independientes en si mismos que actúan en conjunto con el fin de mantener la erección de la columna vertebral, ya que la especialización a través de tantos millones de años, ha hecho de una gran masa muscular alargada que comenzó paralela a la línea del suelo y que fue pasando por todos los ángulos posibles hasta quedar totalmente perpendicular, hizo que esos distintos haces de la gran masa se fueran especializando para que estos pudieran cumplir con el objetivo final de lo que hoy conocemos como la lucha antigravitatoria. Como ley básica de la biomecánica los haces cortos se especializaron en la función de sostén de los segmentos formados por las 34-35 vértebras (según diferentes anatomistas), y sus discos correspondientes en el caso de que no sean vértebras fusionadas como el caso del sacro y el coxis que son vértebras que se fusionaron a fin de resolver un problema estático que se generó en la conformación anatómica del anillo pélvico desde muchos millones de años antes, cuando pasamos de reptiles a cuadrúpedos. Los haces medianos y largos son los que dieron movilidad a la columna, a mayor longitud mayor dinámica, a menor longitud mayor fuerza, sugiero a aquellos que quieran profundizar en el conocimiento puntual de la anatomía descriptiva de estos músculos leer a alguno o ambos autores de los textos que realizaron Testut por su lado y Rouviere por el otro, ya que sería engorroso en este libro detallar nombres, inserciones, etc a los fines prácticos que este texto busca.

Resumiendo, sabemos que los glúteos giraron la pelvis de tal forma que dejaron la columna perpendicular al suelo y los espinales sostienen ahora la columna vertebral en posición erecta.

En cuanto al miembro inferior los músculos isquiotibiales colaboraron con los glúteos dada su inserción superior en la pelvis, por delante el gran cuádriceps extendió la rodilla, mientras los músculos de la pantorrilla extendieron el tobillo.

En relación a los músculos propios de la nuca que ayudaron a los espinales a colocar la caja craneal con la mirada puesta en el horizonte, me referiré en el capítulo correspondiente a cabeza y cuello..

Ahora que ya tenemos al hombre de pie tal como lo conocemos hoy, al tiempo que sabemos a muy grandes rasgos cuáles son los músculos que se encadenaron para lograrlo, vamos a plantear qué emociones se asientan en estos músculos y cómo la articulación sacroilíaca se transformó en el punto débil de la posición erecta y su dolor nos infiere que algo nos está pasando con la voluntad.

Los músculos espinales son músculos que en los mamíferos ya sean cuadrúpedos o erectos o de tránsito en ambas posiciones como el mono, son músculos que se tensionan notablemente frente a situaciones de peligro y agresividad, esto se denota con claridad en los animales que tienen pelo y podemos tomar un ejemplo que seguramente todos han visto, que es el del gato o el perro que ante una situación de peligro o de ataque se le erectan los pelos de su lomo, si bien esto le sirve para impresionar a su adversario, a nosotros nos da la referencia de que los músculos subyacentes se encuentran en una tensión muy elevada, expresando un sentimiento de miedo o agresividad o ambas cosas. En definitiva son las dos caras de una misma moneda, ante una situación de peligro se intenta huir, pero si en esa huída el animal queda acorralado atacará, por lo que los músculos espinales son los músculos del miedo y la agresividad, como quedó demostrado, porque frente al peligro o al ataque son capaces de tensionarse a tal punto que en los mamíferos con pelo, estos se erectan para acompañar la reacción.

Como el ser humano hoy carece de pelo duro y sólo tiene vello, esta reacción solo es palpable en la musculatura espinal, de cualquier manera el dicho, “se me ponen los pelos de punta”, refleja esta situación desde la sabiduría popular que si bien carece de metodología científica nadie le puede negar los años de observación, si bien es cierto que los pelos se erectan por el músculo propio del bulbo capilar a estos les corresponden el mismo dermatoma (conjunto de piel y músculos correspondientes a un mismo nervio) que los músculos espinales.

Los músculos espinales nacen en la parte inferior en una zona denominada masa común que abarca todo el hueso sacro y las inserciones superiores terminan en las

vértebras cervicales y la base del cráneo (occipital), ante una situación que nos genera estrés, mezcla de miedo y agresividad, que de acuerdo al carácter de las personas, un sentimiento puede ocultar al otro pero nunca actuar por separado, nuestros músculos espinales se tensionan fuertemente llevando la pelvis hacia atrás, aumentando la curvatura lumbar y echando ligeramente la cabeza hacia atrás, por lo que acortamos la distancia entre la pelvis y la caja craneal, aunque sea en forma poco perceptible.

Esto significa compresión de todos los elementos que conforman la columna vertebral, incluidos obviamente los músculos.

No hace falta que tengamos en la cultura que vivimos hoy un gran peligro por delante para que genere esta situación, solamente con salir a la calle desde nuestro hogar y encontrarnos en la vorágine de una ciudad agitada, llena de ruidos y con personas ensimismadas, comienza a transmitirse aumento del tono muscular en la zona espinal, que se va a potenciar con los pensamientos cotidianos que llevamos en nuestra mente, que son los problemas a resolver cada día y que con el correr de la horas irá aumentando esa tensión, y que cuando los problemas se dificultan en resolver volveremos a nuestros hogares con el estrés en los músculos.

Entonces, como le pasa a la gran mayoría de la gente, no podremos relajarnos adecuadamente porque seguiremos con las actividades de nuestra casa y pensando como el día de mañana resolveremos los problemas que no resolvimos hoy , nuestro descanso será pobre y el día siguiente estaremos nuevamente en la calle viviendo lo que acabamos de describir otra vez, por lo que esta cultura cuyo icono y norte es el éxito parece ser que hace vivir a la mayoría de sus integrantes en tensión los 365 días del año y las 24 horas del día.

Esta situación que acabo de describir de los músculos espinales, ocurre en la mayoría de los músculos, pero como los músculos espinales tienen el valor real y simbólico en lo primero, mantenernos erectos, y en lo segundo, erguidos ante la vida, transita a través de ellos algo descrito como el reflejo de la agresividad, entendiendo por agresividad en un extremo, el ir a....., buscarnos la vida, ganarnos el sustento, conseguir nuestros logros y en el otro extremo la agresión desmedida que como los animales nos puede poner los pelos de punta y ser capaces de lastimar material o

simbólicamente a quien se nos ponga en el medio de nuestros objetivos, por otro lado si la realidad nos vence el reflejo de la agresividad decaerá y perderemos tonicidad sobre nuestros músculos espinales y veremos la típica actitud del “derrotado”, con su dorso doblado y su cabeza caída que también nos lleva a pensar en la postura de la persona deprimida, muchas veces la derrota se asocia a la depresión pero no necesariamente siempre la depresión es derrota.

El reflejo de agresividad, como todo reflejo es la respuesta a un estímulo, alguna vez el estímulo para el hombre empezó con la sensación de hambre y a partir de esta, salir a buscar comida, siendo la comida generalmente otro animal que dentro de las posibilidades físicas podía cazar, ningún animal en el reino sale a cazar otro que esté fuera de sus alcances, en otro caso veremos otro animal más pequeño defenderse de uno más grande, pero nunca vamos a ver a un ciervo perseguir a un león para comérselo.

El hombre persiguió a sus víctimas por una necesidad básica de supervivencia, ya habiendo podido lograr la posición erecta contaba con poderosos miembros inferiores para correr y saltar y sus brazos y manos para atrapar y luego cargar el preciado tesoro para compartirlo con sus congéneres. Cuando el hombre primitivo acorralaba un animal colocaba en fuerte tensión sus músculos glúteos e isquiotibiales, para llevar la pelvis hacia atrás los espinales producían un arqueamiento posterior de la columna y fundamentalmente los músculos de la nuca ya sea los espinales o los propios del cuello echaban hacia atrás la cabeza para cobrar impulso y asestar fuertemente sus dientes sobre la carne de la presa, finalmente cerraban poderosamente la mandíbula con los músculos masticadores y ayudarse con las manos para matar al animal.

Sin duda esto conllevaba una fuerte descarga de adrenalina que producía una alta excitabilidad del sistema nervioso central, que se descargaba fundamentalmente en toda la musculatura descrita y como por aquel entonces la caja craneal tenía un diámetro antero posterior bastante más grande que el que tenemos ahora, la mandíbula era mucho más grande lo cual la hacía el arma principal de caza del hombre. En la medida que el hombre fue desarrollando su inteligencia y creó armas como lanzas, arco, flechas fue dejando de necesitar la boca como elemento mortífero y se restringió al proceso de la masticación pero como también descubrió la forma de crear el fuego pudo cocer la carne la cual era más blanda a la hora de masticar, estos elementos produjeron un

retroceso en el diámetro antero posterior de la cabeza hasta llegar a la forma actual de la caja craneal, donde nuestra mandíbula es mucho más pequeña y se destaca la diferencia frente a la fuerte protusión que había en aquella época.

Tengamos en cuenta que este proceso que se describe en unas pocas líneas llevó miles y miles de años por lo que el resabio de la tensión muscular en el reflejo de agresividad recorre fundamentalmente desde la zona glútea, músculos espinales, músculos propios de la nuca y cuello y masticadores.

Volviendo a la vida de hoy y retomando lo antes dicho, cuando digo que ningún animal pequeño sale a cazar uno grande para satisfacer su necesidad no hace falta ser muy lúcido para buscar ejemplos en la vida cotidiana, porque está claro que el león es el que persigue al ciervo, cuando nos encontramos frente a un problema, nuestros glúteos se contraen, actitud que no sólo está relacionada como se dijo antes con la agresividad, que en este caso sería mantener erguida la pelvis, sino que también la compresión de los glúteos va acompañada con una fuerte tensión del esfínter anal y todos sabemos la relación que hay entre defecar y el miedo, ante situaciones de profundo disgusto y estrés son comunes las diarreas o simplemente las ganas de excretar, tan común es esto que en cualquier idioma existe el dicho popular que refiere “fruncir el c.....” o el “c.....de miedo”, como ya veremos en otros capítulos todos los dichos populares con respecto al cuerpo obedecen a simples sensaciones corporales, el nudo en la garganta, el nudo en el estómago, me ahogo (y no falta el aire), fruncirse, etc, etc, pero lo que me interesa destacar es la relación miedo- agresividad, como se dijo antes como las dos caras de la misma moneda, estoy agresivo porque tengo miedo y tengo miedo porque algo me puede pasar.

Los músculos espinales son más agresivos porque revelan una posición de ataque tanto en lo real, porque pone el cuerpo en forma funcional para la descarga de la posible violencia corporal, como pueden simular una posición que amedrenta al posible enemigo.

Si bien todo esto hoy en la vida cotidiana donde la violencia subyace en cada uno de los actos que realizamos en forma simbólica. Donde podemos mantener una conversación de negocios y lo que está en juego son hechos abstractos y difícilmente

termine en un intercambio de golpes, no podemos evitar la tensión agresiva que transita por nuestro cuerpo y que hemos heredado de nuestros antepasados.

Todos sabemos que luego de una jornada tensa sentimos un agotamiento muscular en la zona de la espalda y el cuello que no se condice con la realidad de haber estado sentado y no haber realizado grandes movimientos, es la contracción permanente y sostenida la que nos agota y consume energías. Cuando nos vamos a dormir luego de este tipo de jornadas, que cada vez son más habituales, dormimos con los dientes apretados, esto se llama bruxismo, que también ocurre en muchas personas no solo al dormir sino también durante el día (a esto nos referiremos con más detalle en el capítulo de cuello y caja craneal) y sentimos que al intentar abrir la boca una gran tensión en los músculos masticadores, que no es más que el viejo reflejo de morder como una forma de ataque, que hoy lo contenemos de una manera conciente y madura, ya que en los niños de muy corta edad el morder es una forma de juego y de expresión cuando están enojados. Resumiendo entonces, una corriente de tensión muscular transita desde nuestros glúteos todos los músculos de nuestra columna vertebral en mayor o menor grado de acuerdo a las circunstancias y la personalidad del individuo frente a los hechos cotidianos de la vida que significan ganarnos el sustento o abrírnos paso dentro de la sociedad que no es ni mas ni menos, que la representación actual de aquel hombre primitivo que corría a su presa para satisfacer el hambre de él y de los suyos. Esos antiguos hombres actuaban en forma gregaria o sea en grupos y luego repartían el alimento obtenido con el resto de su grupo de pertenencia que los esperaba en su morada, por lo tanto el hombre de hoy y su remoto antepasado sigue peleando por lo mismo, lo único es que han cambiado las formas y los valores materiales.

Surgirá la pregunta si el hombre prehistórico se contracturaba y la respuesta es sencilla, aquel hacía un gran gasto físico para obtener su sustento, descargaba sin ninguna piedad toda su agresividad y por último disfrutaba de su logro satisfaciendo su necesidad básica, hoy somos absolutamente intelectuales, contenemos la agresividad, nos movemos poco y nuestras necesidades básicas están sobredimensionadas en lo material y no se limitan a calmar simplemente el hambre como sensación fisiológica sino como necesidad de estatus social, por lo que la contención de la agresividad en algunos casos se libera a través del abuso de poder,(en cualquiera de sus formas), el resentimiento a los superiores, o simplemente la agresividad que se dispara diariamente

en el trato cotidiano de las ciudades modernas, esto siempre refiriéndose al hombre común de todos los días, sin entrar en la violencia criminal que ya es moneda corriente en las grandes urbes y se transforma en uno de los puntos de mayor reclamo de los ciudadanos a los políticos en la inmensa mayoría de los países.

Como ya dije en mi anterior libro *Dolores Corporales* las tensiones de los músculos que rodean a la articulación sacroilíaca le juegan a esta una trampa de tal suerte que la resultante de la dirección de las fuerzas de las distintas cadenas musculares, termina provocando sobre esta articulación un desajuste que tensiona y hasta disloca (milimétricamente hablando), a la conjunción del hueso sacro con el iliaco en donde se interpone un fuerte ligamento, el más grande e innervado del cuerpo, es un ligamento de aproximadamente casi 1cm de grosor y unos 10cm² de superficie (para una persona de 1,70m), semejante tamaño nos indica que la anatomía ha reconocido en este lugar un punto de altísimo sacrificio mecánico. Sin querer entrar en una explicación académica (para eso ver *Alteraciones Biomecánicas*, Ariel Joselovsky, 1992), utilizaré una explicación sencilla pero clara de la guerra de tensiones musculares que se produce.

Los espinales, al producirse la tensión de la que hemos estado hablando hasta ahora, impulsan a la totalidad del hueso sacro hacia arriba y hacia atrás, tomando como referencia el extremo inferior de este, cosa que realizan con muchísimos kilos de potencia que como se vio en el reflejo de agresividad, lo hacen en forma sostenida, mientras este dure, al tiempo que los glúteos mayores toman el alerón pélvico (coxal) y lo llevan hacia atrás y hacia abajo, tomando como referencia el extremo superior de este. Esto produce un movimiento inverso de ambas piezas óseas que virtualmente intenta retorcer al ligamento, ya que el eje del intento de giro pasa por el centro de la articulación, por lo que el ligamento sufre tensiones internas en sentidos contrarios, la parte del ligamento que se inserta en el sacro lo acompaña hacia arriba y hacia atrás y la parte más externa del ligamento que se inserta en el hueso iliaco, hace lo contrario yendo hacia abajo y hacia delante por su parte inferior. Obviamente el desplazamiento es mínimo y las fibras que van de un extremo de un hueso al otro insisto se retuercen como si fuera un trapo, (la figura de retorcerse sobre si mismo como el trapo es la forma más gráfica de entender lo que le ocurre al ligamento), lógicamente en movimientos que están por debajo del milímetro, pero son lo suficientemente intensos para que un ligamento con terminaciones nerviosas por doquier, genere un intensísimo dolor

cuando sobre esta situación de la que venimos hablando, un mal movimiento, por ejemplo agacharse, sobrepasa los límites de tensión y estalla la crisis, en la conocida situación donde la persona no puede volver a incorporarse e instintivamente coloca la mano sobre la articulación. A este juego de músculos hay que sumarle otros importantes como los conocidos músculos isquiotibiales ubicados en la parte posterior del muslo, que desde el punto de vista de las tensiones emocionales juegan un papel similar al del glúteo mayor en cuanto a la expresión de miedo, poniendo rígida la articulación de la cadera en su parte posterior y traccionando del hueso coxal desde un sector llamado isquion (esa punta ósea que nos podemos palpar cuando presionamos nuestra nalga en su centro).

La tracción de los isquiotibiales desde el isquion favorece la acción de llevar hacia abajo el alerón pélvico y bloquear la rodilla hacia atrás, un ejemplo de la tensión que reside en estos músculos es lo fácil de ver en la mayoría de la gente cuánto le cuesta tocarse la punta de los dedos de los pies con las manos con las rodillas extendidas y cómo pareciesen romperse. Precisamente esto es lo que dice la persona que produce una sacroileítis , o sea, la inflamación del ligamento sacroilíaco, que al realizar el movimiento que desencadena el dolor lo acompaña con un “me rompí la cintura” y se le atribuye al movimiento final toda la culpa de la lesión ,siendo solo éste la gota que rebalsó el vaso, ya que el proceso aconteció durante meses o años de una vida en permanente tensión y la articulación dijo basta.

Siempre que ha llegado un paciente a mi consulta en estas circunstancias dolorosas luego de hacer la inspección corporal correspondiente donde palpo la tensión desmedida de los músculos, la inflamación y proceso fibrosos del ligamento sacroilíaco y otros elementos de valor semiológico que no son de interés en este libro, me preocupo rápidamente por su estado emocional y a través de años de trabajo no he encontrado a alguien donde su situación personal no atravesase una crisis de larga o mediata data. Ya veremos en los próximos capítulos, casos de ejemplos descriptivos de esta situación.

Para terminar si los glúteos, isquiotibiales y espinales fueron los responsables de colocar al hombre en posición bípeda a través de un esfuerzo de trabajo de cientos de miles de años, es lógico que hubo una voluntad de la especie por alcanzar esta postura, la parte superior de nuestro cuerpo se apoya en el hueso sacro una vez erectos , éste

anat6micamente se apoya en los huesos iliacos a trav6s e un sistema mec6nico brillante, como toda nuestra anatomía, que es una doble cuña , que absorbe peso hacia abajo y hacia delante , en el espacio que le conforman los dos huesos iliacos y le permiten absorber la fuerza que desciende hasta ah3 desde la cabeza hasta la última v6rtebra lumbar , esto implicaría todo el peso del cuerpo menos los miembros inferiores, más la implicancia de la acción de la gravedad, a partir de ah3 se divide hacia ambos lados del hueso atravesando las articulaciones sacroilíacas para luego descender por los miembros inferiores hasta llegar al suelo.

Claro que cuando las tensiones musculares alteran la posición del sacro, este produce un microdesplazamiento dentro de la doble cuña, por lo que entonces la articulación sacroilíaca sin el efecto mecánico descrito ahora alterado, es sometida a una gran presión en la posición erecta, resintiéndose ambos ligamentos principalmente uno de ellos en función hacia dónde se haya micro desplazado el sacro, y esa será la articulación altamente dolorosa.

Cuando las tensiones musculares son exageradas en forma permanente por los sentimientos provocados por el reflejo de agresividad y miedo en reacción ante el mundo exterior, es en esta articulación donde se descarga la tensión de la voluntad que hay que poner para sobrevivir en esta cultura cuyo icono es la lucha por la obtención del sustento para la inmensa mayoría de la gente, pero cuando gran parte lo alcanza, parece que no le sirve y sigue por más, incentivado por la misma cultura en que vivimos y ninguno se siente exento de hasta dónde queremos llegar en la búsqueda del éxito y la posesión de bienes y el miedo que nos produce la pérdida de éstos, que nos retrotrae a la fantasía de quedar fuera del sistema y no tener para el sustento y debemos reconocer que el sistema expulsa y quita el sustento a muchísima gente , no hay dudas que para vivir hay que poner mucha voluntad y permítaseme abusar de los dichos populares “ hay que estar de pie para la lucha”.

Creo que esto deja claramente explicado porqué la articulación sacrolilíaca es la articulación de la voluntad y cuando el dolor se expresa en ella nos indica que ya no podemos más o debemos parar , y cito como ejemplo exultante que la primera causa de ausentismo laboral en el mundo desde hace muchas décadas, año tras año, es el dolor lumbar (no se tienen estadísticas de los millones de mujeres que trabajan en sus casas y

se ven afectadas por este problema en las mismas circunstancias y tienen la vital tarea de llevar adelante un hogar).

Un correcto diagnóstico de esto, nos lleva a que la mayoría de los dolores lumbociáticos se han originado en esta articulación y su desajuste estructural por todo lo antes expresado.

Si nos preguntamos porqué los diagnósticos sobre las lumbalgias han sido siempre tan erráticos, es porque están en concordancia con la errática situación del hombre y su espíritu en los tiempos que vivimos, el célebre Charles Chaplin que siempre se adelantó con su pensamiento, hace muchísimas décadas parodió la situación de la falta de concordancia entre el trabajo y las reales necesidades en la película *Tiempos Modernos*.

Para reforzar la relación mecánica con los sentimientos en el contexto de la sociedad en que vivimos, quisiera hacer una reflexión, en la sacroileítis el hueso que se micro desplaza a través de las tensiones producidas por los músculos que expresan sentimientos de miedo, voluntad y agresividad se llama sacro y sacro significa vida, la simbólica alteración de nuestra vida se materializa en ese microdesplazamiento.

Para ser razonables este microdesplazamiento se soluciona con una manipulación suave, sutil y precisa, pero esto no solucionará nuestra vida, a la maniobra se la acompaña con técnicas de acomodación estructural de los músculos que produjeron el hecho y la eliminación de las tensiones que en ellos existía, esto quita el dolor y hace “funcional” a la persona, pero si esta no comprende cómo se llegó a la patología, no podremos decir que se haya solucionado el problema en su plenitud..

En los casos atendidos por mí, que se exponen en este libro se puede ver graficada esta situación.

PRIMERA PARTE

SENTIMIENTOS BLANDOS

Tal como hablamos del reflejo de la agresividad, del que podemos decir, se establecen los sentimientos duros, que en su descripción queda clara su ubicación en la parte posterior del cuerpo, debemos hablar de los sentimientos blandos que se instalan en la parte anterior del tórax, el abdomen y la pelvis.

Los sentimientos blandos no se expresan a través de un reflejo, pero si por corrientes de aumento tónico que siguen la dirección de distintos músculos que voy a describir a lo largo de este capítulo.

Cuando hablamos de sentimientos blandos, estamos hablando de ternura, amor, sexualidad, sentimientos agradables cuando se los expresa pero también son sentimientos blandos la angustia, la tristeza y el vacío existencial. Todos estos sentimientos tienen su origen, no en los músculos en si mismo sino en los órganos que éstas capas musculares revisten y protegen

No es nuevo relacionar el corazón y el amor, desde tiempos inmemoriales, el corazón representa como símbolo al amor, lo difícil es demostrar si el amor se origina en el corazón desde un punto de vista no tan romántico, sino desde un punto de vista científico.

Alexander Lowen, psiquiatra, ha escrito numerosos libros en relación a las corrientes energéticas que transitan por los músculos y las corazas musculares, basándose en los estudios previos de Wilhelm Reich.

Lowen, hace referencia directa a la relación del amor y el corazón en las enfermedades que se provocan en personas que manejan mal sus sentimientos durante las relaciones amorosas, en su último libro *El Gozo*, donde lo escribe con bastante más de cincuenta años de trabajo profesional, y casi 90 años de edad, presenta numerosos casos de personas que ante la imposibilidad de disfrutar el amor, enferman este órgano tan preciado. Anteriormente Lowen ya había escrito un libro puntualizando las relaciones sexuales basadas en el amor y la salud del corazón. Wilhelm Reich en su obra

La función del orgasmo, traducido a casi todos los idiomas, se transformó en un clásico de la literatura del pensamiento, este libro es un verdadero tratado sobre un tema del que nunca se había abordado una explicación científica, tan adecuada como Reich lo hizo en su época y aún mantiene su vigencia.

El autor de esta obra menciona al amor como el principal afrodisíaco para alcanzar la máxima expresión del orgasmo y la capacidad de liberación de tensiones que éste produce en las personas.

Todos sabemos hoy que el estrés cotidiano nos lleva a un aumento de la tensión muscular en forma permanente, reside en este punto la importancia a alcanzar un orgasmo pleno como lo denominan Reich y Lowen, como las formas fisiológicas de eliminación de tensiones, y a través de esto como fuente de salud en la actividad cardiaca.

En las últimas dos décadas se desmitificó la prohibición de la actividad sexual en aquellas personas que habían sufrido un infarto o tuviesen problemas coronarios, por el contrario se las recomienda como un ejercicio moderado y las estadísticas indican que la actividad sexual en las parejas estables con un buen vínculo amoroso, facilitan la rehabilitación del corazón dañado.

De lo expresado se desprende, que las relaciones sexuales plenas donde se alcanza un orgasmo completo tienen como base la expresión del amor, que si bien libera tensiones y es un ejercicio moderado no podemos caer en el reduccionismo de que amar sirve para liberar tensiones y ejercitarnos moderadamente, la verdadera virtud del amor expresado y recepcionado recíprocamente produce una felicidad que considero la expresión del motivo de la vida. Siguiendo esta idea, la expresión del amor no solo se limita a la vida sexual, sino también al entendimiento profundo de una vida común.

Pero no solo el amor de pareja es el único que nace del corazón, el latido del corazón de la madre es el sonido más importante que recibe el feto durante la gestación, por eso el apoyo del bebé recién nacido luego del parto se hace sobre el pecho de la madre y de más está decir la reacción tranquilizadora que esto produce en el bebé, para ser francos en esa tranquilidad también influye el contacto corporal global con la madre,

pero esto ya lo he descrito en mi anterior libro Dolores Corporales y no invalida la referencia al corazón.

Los órganos digestivos fundamentalmente los intestinos delgados y gruesos junto al estómago son los órganos que generan sensaciones relacionados a los vacíos existenciales y las angustias.

Veremos a partir de ahora cómo estos dos sentimientos se relacionan con la protección que reciben de los músculos abdominales por delante y diafragma por arriba, este último divide la caja torácica de la cavidad abdominal y su actividad regula la frecuencia y el volumen respiratorio, por lo que existe una vinculación también entre las sensaciones digestivas mencionadas y las respiratorias a la hora de expresar con alteraciones funcionales los estados de angustia y vacíos existenciales.

La tensión del diafragma influye en la producción de sensaciones como el ahogo en referencia a situaciones acuciantes, su contracción sostenida genera que la parte central de él, que no está constituida por fibras musculares sino por una lámina conjuntiva de tramado resistente y conformación sólida, llamada centro frénico de lugar al acúmulo de tensiones de las fibras que se insertan en este lugar y en estas tensiones aparece lo que conocemos popularmente como “nudo en el estómago” que no es ni más ni menos lo que acabo de describir y que es propio de la angustia y la tristeza.

La contracción espasmódica y arrítmica del diafragma son la base fisiológica del llanto profundo, aquel que aparece en la infancia propio en los lactantes frente a situaciones que ellos entienden como peligrosas y que se centran en la pérdida, y a través de este logran la atención de las personas que lo rodean, con el avance de los años socializamos este tipo de llanto al punto tal que lo inhibimos aún cuando necesitamos descargarlo, por ejemplo frente a la pérdida de un ser querido o un amor muy preciado, quedando entonces el diafragma como un elemento que empuja los pulmones hacia arriba e interfieren en nuestra respiración normal.

Los músculos externos de la parte anterior del torso protegerán las sensaciones referidas al amor y los del abdomen provocarán contracturas por el aumento de su tono al ritmo de las sensaciones que provengan del interior en referencia a estados de

vacíos existenciales como ya veremos propia de sensaciones estomacales, por lo que en una persona que está atravesando una crisis sentimental, veremos que sus músculos pectorales están retraídos protegiendo al órgano del amor, todo lo contrario ocurre en el enamorado, que lo encontraremos pletórico con su tórax amplio y expandido, su diafragma funcionando a buen ritmo y respirando profundamente con alegría y cumpliendo con el dicho popular “cosquillas en el estómago”. Los vacíos en el estómago frente a situaciones de gran angustia llevarán a una tensión de los músculos abdominales, que nunca deben confundirse con la hipertrofia de estos, propia de situaciones estéticas o de entrenamientos físicos relacionados al deporte, cuando existe una angustia marcada y sentimos que nuestro estómago se cierra los abdominales se retraen y damos la sensación de hundir nuestro vientre, en las situaciones de estrés los intestinos y el estómago producen gases, dilatan los órganos y estos empujan a unos “débiles” abdominales y el vientre parece que fuese a estallar. Cuando me refiero a débiles abdominales me refiero a una debilidad funcional transitoria y no a músculos incapaces de realizar su verdadera función biomecánica, en la cultura de hoy en particular la de los últimos años, los músculos abdominales han tomado una presencia estética sin precedentes a otras épocas, en las que si bien no era agradable un abdomen abultado y grasoso, no se había llegado al punto tal de que la presencia de grasa por delante de éstos por mínima que sea, fuese motivo de preocupación, es tal la necesidad que se ve en las personas que los vientres que hoy vemos en modelos, playas y gimnasios son artificiales.

Fisiológicamente por delante de los músculos siempre hay un mínimo de grasa necesaria para el funcionamiento de las hormonas lipodependientes (funcionan a partir del consumo de grasa), y por más estricta que sea la dieta habría que pasar hambre por períodos muy prolongados para que esta desapareciera, particularmente en los hombres donde genéticamente acumulan este tipo de grasa y por supuesto los excesos, en las mujeres estos van a la región glútea.

Explico esta situación para poder llegar al punto que me quiero referir, que es el vientre y su símbolo en los seres humanos a través de los últimos siglos, una mujer rolliza en un cuadro de Rubens era el prototipo de la mujer bella, al igual que La maja desnuda de Goya, un rey que se precie de ser rey o un hombre que se precie de ser poderoso y que lo podríamos resumir en el caso de Enrique VIII, inmortalizado en los

cuadros de época que se pueden ver en galerías de arte, su mirada y su postura eran directamente proporcional al poder que llevaba y ostentaba, también era visiblemente su abdomen el cual ni él lo escondió a la hora de posar y los artistas no solo no lo disimulaban sino que lo exaltaban, hoy Enrique VIII sería considerado un hiperobeso, no puedo hacer referencias a su salud pero seguramente su obesidad extrema no le haría nada bien, y aunque murió a los 56 años para esa época era una edad razonable, por lo que no vamos a hacer una apología de la obesidad ni mucho menos, pero todos sabemos que este buen señor vivió a sus anchas y a pesar de sus barbaridades su presencia física era admirada y lejos de ser un hombre descuidado como suele considerarse hoy a una persona que sufre de obesidad, su vestimenta era por demás elegante y ostentosa y su capacidad para dirigir Inglaterra produjo transformaciones políticas y económicas que dieron los cimientos a una futura potencia naval, por lo que es difícil creer que Enrique VIII haya sido un obeso acomplejado. Mucho más cercano es el ejemplo de Winston Churchill, que ostentó una gran habilidad política en tiempos muy difíciles y sus memorias son casi siempre motivo de lectura por los presidentes actuales, de lo cual siempre hacen referencia a modo de ejemplo de habilidad política. Su abdomen era tan característico como su sombrero y su inteligente mirada, y si bien tampoco tuve acceso como es lógico a su historia médica, Churchill murió a los 91 años. Hablamos de dos personajes con muchos siglos de diferencia entre ambos a los que los une el poder, la toma de decisiones y vidas plenas.

Supongo que habrán sentido muchas cosas pero difícilmente vacíos existenciales, al menos a lo que refiere a su autorrealización como personas de acción.

Si buscamos un ejemplo de abdomen abultado perteneciente a otra cultura, es la imagen de Buda, que para cerca de mil millones de personas en la actualidad es el símbolo religioso máspreciado, esa imagen expresa paz espiritual y sabiduría. Un ser cuya existencia no es real pero por demás simbólica es Papá Noel o SantaClaus, se lo ha caracterizado sobre un anciano obeso y al parecer por su famosa risa, muy feliz. Insisto en que la obesidad está demostrado científicamente es un factor de riesgo, pero de ninguna manera un vientre saliente con la grasa suficiente puede ser considerado como un ejemplo de falta de salud, por el contrario nos habla de una persona sin tensión en la región diafragmática y abdominal, puntos clave de la angustia y los vacíos existenciales y como imagen irrefutable y por último cito la de un bebé o un niño de corta edad que

libre de responsabilidades por lo tanto libre de preocupaciones, lleva libremente su vientre hacia delante y es el ejemplo más claro de una respiración diafragmática fisiológica sin ningún tipo de crispaciones.

El lector se preguntará porqué el vacío en el estómago representa un vacío existencial, y esto encuentra una respuesta en los orígenes de la vida, tanto ontogénicamente como filogenéticamente. En el primer caso (la evolución desde que nacemos), la primera situación de necesidad y peligro de existencia que tiene un bebé, comienza en el preciso momento que tiene hambre luego de nacer, cosa que experimenta como una molestia en el estómago y a partir de eso llora en reclamo de una solución, en condiciones normales y desde siempre la madre ofrecerá el pecho para satisfacer esta demanda, esto se repetirá en forma incesante a través del tiempo hasta que se alimente con alimentos sólidos y abandone el pecho, nadie tiene el recuerdo de que su primera necesidad de hambre haya sido un vacío en el estómago, pero si tenemos el recuerdo de que una sensación parecida fueron nuestras primeras necesidades de alimento, claro que en ese momento y nuevamente en condiciones normales, sabíamos que nuestra vida no corría peligro porque de alguna forma accederíamos a él. Desde el punto de vista filogenético(evolución de la especie), ha ocurrido lo mismo a través de millones de años, pero nuestros antepasados adultos no solo peleaban por obtener alimento para cubrir su necesidad de hambre y cuya obtención muchas veces ponía en peligro su vida, sino que también debía conseguir alimento para sus crías y resto de las familias que quedaban a la espera de los cazadores, por lo que la sensación de vacío en la zona abdominal es filogenética y ontogénicamente una sensación de necesidad que esta ligada a la existencia y así se nos ha instalado en nuestro inconsciente a través de los orígenes de nuestra especie y del desarrollo de nuestra persona a partir del nacimiento,. Apelo una vez más a los dichos populares y aquello de que “no solo de pan vive el hombre”, es por eso que ha ido sumando en las necesidades existenciales, las necesidades afectivas y materiales que ambas son generadoras de angustia.

La necesidad de afecto es similar a la sensación del hambre porque surge de una necesidad cuya respuesta es el contacto con otro cuerpo desde la sexualidad , el sexo pero fundamentalmente desde el amor que no necesariamente va a estar vinculado a los anteriores, éste es el mejor paliativo a la soledad existencial de la que si bien nunca vamos a escapar ya que somos únicos e irreproducibles, encontramos en el amor hacia

las personas los vínculos para el desarrollo de nuestro ser, por lo que la autorrealización a través de obras materiales tiene un límite existencial si falta el amor.

En cuanto a la transformación del alimento en la necesidad de otros objetos materiales ha ido avanzando a lo largo de la cultura humana, en un principio con la lógica de proveerse las cosas indispensables para conservar la vida como ser el abrigo, la vivienda, etc, pero a través de siglos y siglos y en particular , luego del medioevo con la desaparición de los feudos, donde comenzaron a formarse formas individuales de ganar el sustento, la necesidad de elementos materiales se fue sofisticando a tal punto que se perdió el sentido de la lucha por la supervivencia para transformarla en una actividad competitiva donde se transformó el sentir por el tener y demás está decir que muchas de las angustias que vive un sector determinado de la población tiene que ver con la falta de obtención de bienes materiales de elementos que no ponen en riesgo la vida y paradójicamente se plantea la situación en el siglo XXI donde la mitad del mundo sufre por no tener en lugar de sentir, y la otra mitad realmente sufre por todavía sentir la falta de lo elemental para sobrevivir. Como se dio a lo largo de toda la historia de la humanidad los seres humanos que habitan el mundo pueden compartir el tiempo cronológico pero no el tiempo de desarrollo social.

En la medida que pasan los años y aumentan nuestras preocupaciones a partir de la toma de responsabilidades nuestros músculos abdominales aumentan su tono muscular, comprimen nuestras vísceras e impiden un buen descenso de nuestro diafragma por lo que comenzamos a tener una respiración crispada y respiramos con nuestros músculos accesorios, fundamentalmente los pectorales y los músculos del cuello, cuya acción primaria no reside en la respiración, pero nosotros los acostumbramos a ser los motores de esta, contracturándolos con esta función y obteniendo un menor nivel de oxigenación de nuestro cuerpo. Esta actitud ansiosa se relaciona con la sensación de “ahogo” promovida por la angustia y los vacíos espirituales.

Conocidas técnicas milenarias como el yoga de indiscutible bienestar par el cuerpo humano, se basan en la respiración diafragmática en la que necesariamente en la inspiración, debemos expandir el vientre hacia delante, sin embargo hoy quién puede decir que estando delgado u obeso al entrar a una reunión o evento social no introduce

su abdomen y contiene momentáneamente la respiración para sentirse más seguro porque cree estar más elegante.

En realidad esa “elegancia”, no es más que proteger con los músculos abdominales la zona de nuestros sentimientos débiles y desde esta actitud ha nacido la cultura a través de los años y puntualmente los últimos, de los súper abdominales, éstos a los que ya no se aspira a que sean tensos sino altamente hipertróficos “ muy marcados y visibles” y con una inexplicable carencia de grasa, todos sabemos que salvo un puñado de privilegiados esto no se consigue con ejercicios exacerbados hay que recurrir a las liposucciones y la ingesta de quemadores de grasa y anabolizantes para obtenerlos, estos últimos causan gran daño en el hígado y son de uso corriente en muchos gimnasios de casi todos los países.

Lo que podemos concluir que los modelos estéticos de hoy están en relación a los tiempos que vivimos donde la imagen ocupa el rol de los sentimientos por lo tanto veremos a personas muy elegantes y cuerpos de personas que van desde la delgadez hasta aquellos que parecen escapados de películas de superhéroes y junto con esto va en auge la falta de espiritualidad provocada por los vacíos de la falta de autorrealización y amor, perseguir el éxito por el éxito mismo y aún a pesar de haberlo alcanzado nos lleva inexorablemente al fracaso, porque la inmensa mayoría de la gente sobrevive y no vive, porque ni siquiera sabe qué es lo que debería hacer en la vida para sentirse bien consigo mismo.

La cultura de la imagen personal arrasa con todos nosotros , ya que el modelo de perfección es un inalcanzable porque es un cuerpo no fisiológico, antifuncional que se obtiene por medio de cirugías, dietas extremas y consumo de químicos altamente perjudiciales, la anorexia y la bulimia son los extremos de esta triste situación que padecemos y a la que hoy debemos sumar el consumo de tóxicos para la obtención de cuerpos maravillosos. En la anorexia y en la bulimia la delgadez se transforma en la fantasía de la belleza y lejos de ser bellas se autodestruyen, en el caso del consumo de tóxicos se pueden alcanzar cuerpos esculturales basados en patrones actuales, pero el riesgo de vida se pone en juego al igual que en la bulimia y la anorexia, en todos estos casos la idealización del cuerpo nos hace olvidar la verdadera razón de existir.

El no poder asumir los sentimientos blandos se podría resumir en algo tan sencillo desde el punto de vista corporal como esa inspiración que hacemos antes de entrar en un evento social. De tal suerte podemos concluir que los músculos abdominales cumplen una función imaginaria como un escudo protector de nuestras angustias, y éstas tienen origen generalmente en problemas que nos crean o nos creamos nosotros mismos y que las vamos a solucionar a partir precisamente de enfrentar la realidad tal como es y para eso deberemos hacernos cargo de esta y resolverla porque mientras no tengamos la certeza de qué es lo que queremos hacer con nuestras vidas, como mínimo debemos hacernos responsables de nosotros mismos y actuar como seres individuales en un contexto social y así y todo tendrá algún sentido y en algún momento de nuestras vidas sabremos por qué todos esos momentos en los que nos hicimos cargo de situaciones y resolvimos los problemas, nos han llevado a la concreción de una autoestima verdadera y duradera, basadas en el amor propio y hacia los demás y la capacidad de realizar cosas por nosotros mismos que si bien podemos aceptar la ayuda de otros seremos nosotros el motor para alcanzar el objetivo que nos satisfaga .

Volviendo al correcto funcionamiento de nuestro cuerpo, una buena respiración diafragmática, que no nos de miedo relajar el vientre para que este deje de actuar como escudo que comprima nuestras vísceras y el principal músculo respirador actúe descendiendo sobre éstas y desplazándolas hacia delante nos brindará una adecuada respiración que nos provea del elemento vital que es el oxígeno necesario para una vida seguramente con problemas, pero sin crispaciones musculares producto de fantasías concientes e inconscientes.

Si nos preguntamos entonces cuál es la patología que representa la indiscriminada tensión de los abdominales , la respuesta será una respiración deficiente que si bien hace posible la vida, ésta nos encontrará minados en nuestras energías algo que es muy común en estos tiempos donde todo el mundo se queja de fatiga, a pesar de tener ganas de seguir adelante, en realidad la mayoría quiere seguir adelante por no quedarse atrás en la loca carrera por el éxito ya que parecería ser que éste garantiza la vida, pero como se desprende en lo que acabamos de ver, garantiza una vida tan pobre como su respiración.

La angustia, es el sentimiento que se produce entre el deseo interior que va en busca de algo que nos satisfaga y el choque con la realidad que se lo impide, claro que siempre se cae en la retórica de creer en el complot externo, entiéndase por esto que todo lo que está a nuestro alrededor nos impide desarrollarnos, es cierto que muchas veces elementos externos que están fuera de nuestro alcance nos van a limitar, pero creer que eso siempre ocurre es una mística que creamos para justificarnos.

El verdadero choque contra la realidad que nos produce angustia, es la imposibilidad de encontrar los caminos para sortear los obstáculos de la vida.

Por lo que la solución a nuestras angustias, es reconocer la realidad y crear a partir de nosotros mismos la solución de los problemas que nos acucian.

La tristeza en cambio, es un sentimiento distinto, que no parte de la frustración sino que su punto de partida es la pérdida de algo querido o amado, por lo que en cuanto al cuerpo refiere encontraremos que los músculos que protegen al corazón serán motores de la postura triste, en particular los músculos pectorales, que se van a retraer adelantando los hombros y ahuecando nuestro pecho. Esta actitud que es contraria a la agresividad se va a ver por la espalda a la altura del dorso, con el encorvamiento de este expresando el doblegamiento de la actitud tensa de los músculos espinales de dicha zona. En la tristeza los músculos abdominales se van a encontrar blandos y ligeramente hundidos y nuestra cabeza adelantada con respecto al eje del cuerpo.

Tal como dijimos que el reflejo de la agresividad expresaba la lucha del hombre para ponerse erguido, la tristeza es un proceso de regresión donde el cuerpo tiende a ser atraído por la acción de la gravedad, este desajuste estructural del cuerpo produce tensiones en la zona del cuello, y la nuca es el asiento del dolor de la tristeza, ya que la estructura del cuello trabajará en forma alterada por el adelantamiento de la cabeza con respecto al resto del cuerpo. Paradójicamente la nuca también duele en los procesos de agresividad producto de un estrés sostenido, pero los dolores son distintos, en la tristeza tendremos una sensación de cansancio y agobio en los músculos que se hace poco soportable, mientras que en la agresividad los dolores son intensos y se acoplan a la rigidez de toda la parte posterior del cuerpo.

Muchos dolores de hombros tienen que ver con la tensión de los músculos pectorales, que traccionan los miembros superiores hacia delante, desplazando las escápulas que se encuentran en la parte posterior del torso y el mal funcionamiento del movimiento de éstas terminan lesionando músculos de los hombros, por lo que es común escuchar en las personas tristes la falta de fuerza en sus brazos, situación que tiene una justificación mecánica pero que es por demás simbólica en la que los miembros superiores tienen que ver con el hacer y el retener objetos.

En el capítulo de cuello, en el que nos referiremos más adelante, veremos más detalles que tienen que ver con la expresión de la tristeza.

La región anterior encuentra en su base los músculos de la pelvis, estos cumplen con las funciones de los movimientos de la cadera, participan en la estática de la bipedestación y el movimiento de la pelvis misma, y como es lógico a partir de este último movimiento son indispensables en la vida sexual de las personas, no solo para la realización del acto en sí mismo sino que una vez instalada la sexualidad en la persona luego de la adolescencia estos músculos serán los que contendrán con aumento de tonicidad las sensaciones provenientes de la zona genital en nuestra vida sexual.

Vivimos tiempos muy distintos en cuanto a la forma de llevar adelante esta sexualidad, hoy en día en muchos lugares del mundo hay una aceptación distinta con respecto a las relaciones sexuales, por lo que hace que los jóvenes crezcan con muchos menos tabúes que las generaciones anteriores, existe una libertad que no genera culpa a la hora de gozar de la sexualidad, aún así esto no es homogéneo en toda la civilización y por supuesto no lo fue así en los años que nos precedieron, donde en el sexo se depositó la culpabilidad y los músculos de la pelvis actuaron como una verdadera barrera de contención para que las sensaciones que venían de las zonas genitales no se irradien al resto del cuerpo.

La dificultad de alcanzar el orgasmo pleno, ya que cuando este se obtiene se realiza a través de una sensación que se difunde a través de los músculos y produce un fuerte estado de relajación, el miedo al sexo produce fuertes contracturas sobre todo en la región lumbopélvica y los músculos abdominales, produciendo un verdadero anillo que impide en muchas personas de ambos sexos el avance de la sensación orgásmica

hacia el resto del cuerpo. La culpabilidad lograda a través de la presión social durante tantos siglos, nunca mejor dicho podría decirse se hizo carne en nosotros, al punto que muchas personas tienen la idea que si se entregan al placer que produce el orgasmo total, sienten miedo y generalmente no saben a qué. Este miedo sin duda, es la sensación que se produce en el orgasmo que para ser pleno debemos liberarnos de todo estado de conciencia y dejarnos ir a la inconciencia, este estado a mucha gente le puede parecer una situación de no retorno y que sin saberlo lo asocian a la muerte, y para muchos otros un estado de locura del que nunca volverán.

Entonces los anillos musculares que se producen dentro y por encima de la pelvis son para limitar los orgasmos a la de la periferia de la zona genital y mucha gente se conforma con la pobreza de la expansión de semejante placer a fin de evitar esos procesos inconscientes que se asocian a la muerte y a la locura.

Sobre este tema recomiendo leer el libro de Wilhelm Reich *La estructura del carácter* y *El Placer* de Alexander Lowen

En este ítem que es muy interesante y atractivo podría explayarme tanto como para escribir un libro que seguramente alguna vez haré, pero a los efectos de lo que se pretende en el presente texto, lamento tener que limitarme a las principales patologías que expresan una vez más los sentimientos contenidos y no hacer un tratado de sexualidad.

La tensión permanente como fue descrita antes, que conforman los músculos abdominales, en particular en su inserción en los huesos del pubis y ramas pélvicas, los espinales en la zona del sacro y los músculos que cierran el anillo pélvico por abajo conocidos como periné, se expresan en patologías particulares fundamentalmente como lumbalgias, si bien estamos hablando de sentimientos blandos y habíamos dicho que estos tenían origen en la parte anterior, claro está que los genitales se encuentran en esta región pero la irradiación de las tensiones llevan al desajuste de la pelvis y una vez más otra causa que afecta a la articulación sacroilíaca, esta vez por un mecanismo secundario, pero no hay que dejar de tener en cuenta que esta articulación que denomino “de la voluntad”, precisamente ésta, la voluntad, es algo que en forma conciente generaciones y generaciones a través de años y años tuvieron que poner para contener

sus deseos sexuales al punto tal que esta contención pasó a ser parte de su personalidad y se transformó en una actitud inconsciente que se expresa a través del aumento del tono de los músculos mencionados, produciendo las lesiones también dichas. La dispareunia es el dolor de los genitales en el acto sexual, variadas son las causas que lo producen en el hombre y no son importantes aquí aclararlas, pero en el caso de la mujer hay una que sí es importante aclarar que es el vaginismo, ya que la vagina es una gran anillo muscular y en esta situación se produce una contracción involuntaria y sostenida que impide la penetración normal y es altamente doloroso, además está decir que esta es otra expresión a través de los músculos de un estado emocional que no solo se limita a los antecedentes que tenga la mujer en su historia de educación sexual, sino a que con quién lo está haciendo y en qué momento, por último quiero cerrar que en el caso de la mujer el tema de la castidad ha recaído fuertemente sobre ella y aún hoy en el siglo XXI se lo sigue considerando una virtud conservarla hasta el matrimonio.

Los músculos aductores del muslo son los que acercan las piernas al eje central y en el caso de las mujeres que han sido obsesionadas con el tema de la virginidad, es normal encontrar hipertonicidad sobre estos.

En el tratado de anatomía de Testut, como nombre alternativo al de aductores los llama también “custodios de la virginidad”, este libro fue escrito en 1901 en París y aún sigue vigente para el uso del estudio de la materia en muchísimas universidades, no deja de reflejar con esta mención el pensamiento machista de esa época pero también el de muchos sectores de la sociedad actual y de las distintas culturas del mundo, porque claro está que también los hombres tienen aductores y por más que estos cierren los miembros inferiores se puede realizar el acto sexual pero no así en las mujeres.

La tensión de los músculos aductores, que son tres en cada miembro y cuando se contraen en conjunto obtienen gran poder, la tensión permanente de estos, lleva a la inclinación de la pelvis hacia delante y la salida hacia atrás del sacro, posición que es común ver en las adolescentes, momento del estallido de la sexualidad y esta postura nos indica la confusión que están atravesando entre lo que sienten y cómo lo limitan.

La parte que corresponde a los sentimientos de la parte anterior del cuello no la describiré en este capítulo y la veremos en el correspondiente a cuello donde por cuestiones de didáctica es mejor ver este segmento del cuerpo en su conjunto para ver la interacción que existe entre todas sus partes.

PRIMERA PARTE
CABEZA Y CUELLO
CUELLO

No sería nada novedoso describir anatómicamente y fisiológicamente esta región. Desde el punto de vista simbólico unir la cabeza con el resto del cuerpo le da al cuello un valor especial. Paul Schilder, describía en su libro “Imagen y apariencia del cuerpo humano”, que la ubicación corporal del yo se encontraba aproximadamente en el entrecejo y realmente es algo no muy difícil de comprobar, ya que si alguien al hablarnos nos apunta con el dedo hacia una rodilla, no sentiremos que nos está amenazando o que su gesto es inquisidor, claro que si la misma frase la pronuncia apuntándonos con el dedo al entrecejo sentiremos inmediatamente que va dirigido hacia nosotros en forma directa y contundente.

Cuando imaginamos ya sea con los ojos abiertos o cerrados la imagen de nuestro pensamiento aparecerá por delante y entre medio de nuestros ojos, pensar, imaginar, crear, no solo ocurre en la actividad fisiológica de nuestro cerebro sino que también tenemos la “sensación” de que el pensamiento está ahí, en la cabeza.

Podríamos pensar que el cuello ya formaría parte del cuerpo y así lo es, pero todos sentimos que es lo que conecta la cabeza con la parte ejecutora de las acciones, una suerte de puente entre el intelecto y la máquina, al tiempo que notamos que el cuello es el lugar donde se apoya y se sostiene la cabeza, algo que desde el punto de vista anatómico y biomecánico es obvio, pero también es importante destacar que es algo que sentimos como un pedestal de nuestra capacidad de autoconciencia.

Un ejemplo importante a tener en cuenta es que dos de las formas históricas de los seres humanos para ejecutar personas han sido la horca y la guillotina y cuando una persona se sale de sí y quiere matar a otra lleva sus manos directamente hacia el cuello de su posible víctima, claro está que no existe otro lugar del cuerpo que pueda asegurar la muerte de forma tan fácil como este segmento.

Cuando al doctor Guillotin se le pidió que realice para el gobierno francés en el siglo XVIII una máquina de ejecución rápida para la aplicación en la pena de muerte,

creó lo que conocemos como la guillotina, Guillotín que era médico no dudó en apuntar hacia el cuello cuando pensó en el cuerpo para una muerte rápida y segura.

Aunque vulgarmente se dice que “le corta la cabeza”, en realidad la cabeza se desprende del cuerpo porque lo que se corta es el cuello.

La horca está en el imaginario popular como algo que aprieta el cuello hasta tal punto que produce la asfixia del ejecutado, cosa que no es así.

Cuando se acciona la palanca que deja caer al tapa del suelo donde se apoya el individuo el peso del cuerpo tracciona con tanta violencia hacia abajo que el lazo de la horca se cierra rápidamente traccionando hacia arriba y produce la fractura de la columna cervical de tal forma que la muerte se sucede en forma inmediata, en el caso de que este mecanismo falle como habrá ocurrido infinidad de veces es entonces cuando la soga comprime el cuello y puede producir asfixia y disminución de la irrigación cerebral, con lo que el proceso de la muerte puede durar muchos minutos y hasta no ser posible.

En relación a todo lo antes expuesto queda claro que de una u otra forma el cuello es un sector vital en nuestro cuerpo y esto se establece ni más ni menos por los elementos que en él transitan y que son a saber: la laringe, las arterias carótidas, y el nacimiento del 4º nervio cervical o nervio frénico responsable de la inervación del diafragma.

En el caso de la rotura de la laringe la muerte por asfixia es casi inmediata, en el caso de la compresión de las arterias carótidas en forma sostenida priva al cerebro de irrigación y producirá primero un síncope y luego la muerte de éste, y la rotura del nervio frénico produce la parálisis inmediata del diafragma por lo que se produce el paro respiratorio.

Si bien son muchos más los elementos nobles que transitan en el cuello estos tres los quise destacar por lo que su lesión significa la muerte casi instantánea, si bien es cierto que los otros elementos nobles también pueden provocar la muerte sería engorroso detallarlos a todos.

En síntesis, por todo lo expuesto hasta ahora es lógico que el cuerpo a través de los músculos quiera defender el cuello.

Como ya vimos el aumento tónico en un músculo puede expresar muchas cosas, en el caso de los músculos del cuello que cumplen con pautas biomecánicas que tienen que ver con el movimiento de la cabeza y del cuello mismo y que no debemos olvidar, la sensación de protección del cuello se expresa a través del aumento de tensión de los músculos de esta región.

La sensación de protección del cuello que nace de la simbología corporal del mismo, se asocia a otra simbología que tenemos del cuello, que no es la de su debilidad o punto factible para la muerte sino que es la que mencionamos antes , el puente que une el intelecto con la máquina, la autoconciencia con la acción.

Cuando nos encontramos sobrecargados en nuestro pensamiento por todo lo que significa nuestra existencia sumado a los problemas de la vida cotidiana, sentimos agotamiento mental y corporalmente se nos expresa como que nuestra cabeza se hincha, que puede explotar o que podemos volvernos locos, lo que popularmente llamamos “siento que voy a perder la cabeza”, en ese instante nuestro cuello se transforma en un ancla que tiene que evitar la “supuesta pérdida”, que si bien sabemos que anatómicamente es imposible simbólicamente se traduce a través de la expresión de un aumento de tensión de los músculos del cuello.

Existe entonces un Inter. juego permanente entre la actividad vital del cuello y su relación “entre el intelecto y la máquina” que hace que determinados músculos del cuello acumulen sentimientos que no podemos expresar, como ya lo hemos mencionado de otros sectores del cuerpo.

Ahora es el momento de empezar a detallar cuáles son los músculos, qué sentimientos pueden acumular, cómo se lesionan, qué sintomatología expresan y qué nos quieren decir éstas.

Existe un músculo que cruza el cuello desde el centro hacia la parte posterior de la cabeza a ambos lados cuyo nombre es esternocleidoccipitomastoideo, de aquí en más por cuestiones prácticas lo llamaremos bajo la sigla ECOM.

El ECOM, nace en el tórax en la región esternal y asciende oblicuamente por el cuello atravesándolo todo hasta llegar a la base de la cabeza e insertarse en los huesos occipital y temporal y tiene la capacidad de hacer girar al cabeza hacia el lado contrario, o sea el izquierdo gira la cabeza hacia a derecha y viceversa. También inclina lateralmente la cabeza hacia su mismo lado y cumple con una paradoja biomecánica en donde la mayoría de sus fibras musculares pueden flexionar la cabeza hacia delante y otras echarlas hacia atrás.

La experiencia indica que este músculo descripto como tal es la conjunción de cuatro músculos, por lo que demás está decir su importancia biomecánica en la función de los movimientos del cuello, pero en lo que interesa a este texto la producción de aumentos tónicos para la expresión o contención de sentimientos es notable y me gustaría detallarlo claramente, para que se entienda porqué cuando se lo trabaja manualmente en forma terapéutica no solo se solucionan muchas patologías cervicales, sino que son el punto de quiebre de muchos pacientes para la expresión de sentimientos guardados.

Es importante aclarar que existe una relación anatómica y fisiológica entre el movimiento de los ojos y la puesta en tensión de los ECOM, cuando direccionamos nuestros ojos hacia cualquiera fuese el lugar, en cuestión de milisegundos se produce un reflejo que aumenta la tensión de estos músculos, que como vimos antes, pueden movilizar la cabeza a casi todos los lados posibles de tal suerte que los ECOM producen una acomodación del cráneo a fin de facilitar la ubicación definitiva de los ojos cuando miramos algo.

Las imágenes percibidas también generan sentimientos e inclusive aquellas cosas que no queremos mirar, también lo producen, esto es un motivo más por lo que los ECOM cargan y descargan aumentos tónicos en función de la expresión de emociones.

Como indiqué antes los ECOM cruzan diagonalmente al cuello, particularmente su parte anterior, el aumento de tensión de ambos (izquierdo y derecho), pueden darle una sensación de compresión a la laringe que es lo que comúnmente conocemos como el nudo en la garganta.

Cuando una persona pasa un largo período emocionado y siente ganas de llorar, provoca un estado en la zona anterior del cuello que bloquea la expresión del llanto, y los ECOM son responsables en gran medida de esta situación. Como veremos en la descripción del capítulo de casos, cuando en este tipo de pacientes se practican maniobras de despegue de los ECOM suelen, si el ambiente es propicio, comenzar a lagrimear y si se los induce con la palabra ocurre un desbloqueo de sus emociones que conlleva a un llanto verdadero, esto lo he visto a lo largo de muchos años de trabajo profesional tantas veces que en lo que a mi respecta no me queda ninguna duda de la relación de los ECOM y la contención del llanto.

Por otro lado cuando se palpa entre el pulgar y el índice todo el vientre del conjunto muscular en su trayecto ofreciendo una suave presión sobre este y buscando despegarlo de los planos profundos, los pacientes refieren un ligero dolor que se confunde con una sensación de alivio generalizado en el músculo pero también que se proyecta hacia la cabeza y algunas veces al resto del cuello, aquí podemos ver una de las vertientes de la función del ECOM en lo que llamábamos la función simbólica el evitar el “perder la cabeza”, cosa que se constata aún más porque cuando se realiza la maniobra desde abajo hacia arriba en la medida en que nos acercamos a la porción de inserción del occipital y el temporal, el músculo es natural y anatómicamente mas grueso, pero precisamente en esa zona más fuerte es donde aumenta el dolor y disminuye la sensación placentera evidenciando la fuerte tensión de sostén que realiza el músculo donde es común encontrar en casi todas las personas un punto de dolor permanente.

La observación a través de años de miles y miles de cuellos a los cuales he trabajado detalladamente me ha llevado a la conclusión de que prácticamente siempre un ECOM se encuentra ligeramente desarrollado y el otro ligeramente atrofiado, lo cual produce una diferencia substancial en el grosor de ambos, esto conlleva a una inclinación de la cabeza no muy ostensible al ojo de un no profesional pero si real y

existente y que tiene que ver con un efecto de acomodación de la horizontalidad de la mirada.

Esto nos significa una actitud de recargar la cabeza hacia un lado ante la imposibilidad de mantenerla en equilibrio, no existe una causa para pensar que la cabeza pesa más de un lado que del otro pero si sobran los motivos para creer que las ideas de todo tipo nos hace sentir la cabeza más pesada, nos desequilibra la sensación de sostén de esta y la volcamos hacia un lado como queriendo buscar un apoyo confortable.

Por lo expuesto hasta ahora, vemos que los ECOM se relacionan con las emociones del llanto contenido, los estados de estrés perdurables en el tiempo y las ideas confusas que nos resistimos a desmarañar.

Otro músculo, como siempre de ubicación bilateral importante a detallar en la representación simbólica de los sentimientos en el cuello es el angular del omóplato, éste músculo se inserta como refiere su nombre en el ángulo superior e interno de la escápula, comúnmente conocida como paletilla, desde ahí avanza hacia arriba en forma oblicua para insertarse en las apófisis laterales de las primeras vértebras cervicales, por lo que si toma punto fijo en su base inclinará el cuello hacia su lado y si toma punto fijo en la columna cervical elevará el hombro en todo su conjunto, la acción simultánea de los dos músculos eleva ambos hombros, echa hacia atrás ligeramente la cabeza y mantiene el eje de simetría del cuello y la cabeza. Esto último que acabo de describir particularmente elevar ambos hombros y echar la cabeza hacia atrás, es un gesto típico que nos ha ocurrido a todos alguna o varias veces en la vida cuando alguien nos sorprende por detrás, en una clara señal de susto, también hemos descrito en los sentimientos duros la tensión de la parte posterior de la espalda y el cuello ante la agresividad y el miedo.

Si hay un músculo en el cuerpo que reacciona con claridad gestual de representación simbólica del miedo es el angular del omóplato, no solo por su capacidad de elevar las escápulas como forma de protección de la parte posterior de nuestro cuerpo, cosa que es cierta, sino que la palpación sistemática en una infinidad de pacientes muestra que este músculo siempre se encuentra en un estado de acortamiento permanente en todas la personas, con mayor o menor grado de simetría pero siempre

acortado y sí existe un gesto típico de relajación que simboliza esta claramente es la de dejar caer los hombros, y esto solo se produce si el angular del omóplato deja de contraerse.

Es tal la función de sostén permanente que este realiza, elevando ligeramente las escápulas, que es extremadamente común encontrar que su inserción escapular siempre se halla irritada y una presión profesional con el pulgar sobre ella despertará un intenso y marcado dolor en la persona, al tiempo que si presionamos en las primeras vértebras cervicales donde este se inserta encontraremos otra zona irritada y dolorosa como muestra de una actividad permanente de dicho músculo.

Siempre como ocurre con el ECOM, uno trabaja más que el otro, una palpación profesional del vientre del músculo, es decir, desde una inserción hasta la otra encontrará a este no solo acortado sino tremendamente hipertónico y como ocurre con el ECOM voluminoso, pero el paciente al referir el dolor también refiere una sensación de alivio ya que este tiende a relajarse al tiempo que la persona nos cuenta que ese es el músculo que le provoca los dolores de cabeza.

El angular el omóplato es un músculo claramente relacionado con la agresividad y el miedo, que como ya hemos visto la suma de estos sentimientos se expresan en el estrés permanente de nuestra vida cotidiana. La inserción superior del angular queda muy próxima a la parte superior del ECOM formando un triángulo donde si uno coloca el dedo se palpará un importante nervio cervical que queda comprimido entre ambos, y estos producen la irritación del mismo, cuando esto ocurre la reacción de este nervio provocará dolor en la región lateral correspondiente y la base de la cabeza, por lo que las personas que padecen dolor en la presión dolorosa del ángulo superior del omóplato, la palpación también dolorosa del cuerpo muscular al igual que el dolor en la inserción superior son símbolos de miedo, estrés y agresividad en una persona.

Cuando me refería al ECOM hice la salvedad de que siempre uno tiene mayor volumen que el otro, en el caso del angular ocurre algo parecido, pero es mucho más marcado el acortamiento de uno con respecto al otro y de ese lado se encontrará la “patología”, pero es importante destacar el detalle de que hay una Inter. relación entre la función del ECOM voluminoso y el angular acortado, esto ocurrirá siempre e

indefectiblemente así en forma contra lateral, para que quede claro, si el angular acortado es el derecho, el ECOM voluminoso será el izquierdo o viceversa, esto tiene que ver con que uno trabaja de delante hacia atrás y el otro trabaja de atrás hacia delante y al traccionar en forma asimétrica ambos promueven a un eje de simetría donde la cabeza se desplaza hacia un lado por el ECOM pero recupera el eje porque el angular desplaza la cabeza hacia el centro atrayendo las vértebras cervicales que se hallan por debajo de ésta, de esta manera la cabeza no parecerá torcida ni las cervicales tampoco, pero sí tendremos una alteración mecánica de las articulaciones de la cabeza con la primera vértebra cervical y de las cervicales entre sí.

Esto es fácil de ver en una radiografía y de más está decir que promueve a la lesión , al dolor y al desarrollo futuro de artrosis.

Aquí vemos un ejemplo nuevamente de Inter. Relación de sentimientos duros y blandos como veremos en los capítulos de casos, encontraremos gente con sus ECOM tensionados por comprimir la salida de un llanto ahogado perteneciente a un sentimiento noble y los angulares muy contracturados por una agresividad perteneciente a un enojo que demuestra la dureza de la expresión.

Los músculos escalenos se hallan ubicados en los laterales del cuello, si antes hablamos de que el ECOM y el anular formaban un triángulo, en el fondo de ese espacio triangular vamos a encontrar a los músculos que estamos describiendo, que son a saber tres: anterior, medio y posterior. Éstos se insertan en su parte superior a lo largo de toda la columna cervical y en su parte inferior en las dos primeras costillas. Si toman punto fijo en la parte superior son capaces de elevar las dos primeras costillas produciendo una expansión de la caja torácica cuando trabajan juntos el grupo izquierdo con el derecho, que es capaz de ingresar en los pulmones aproximadamente 500ml de aire, por lo tanto son músculos respiratorios accesorios. Como ya hemos visto los accesorios no deberían ser utilizados si efectuamos una buena respiración diafragmática, pero la incapacidad de respirar adecuada y relajadamente, nos lleva a una hiperactividad de éstos que se traduce en un fuerte aumento de la tonicidad de los escalenos.

Por otro lado cuando los escalenos toman punto fijo en las costillas, son capaces de inclinar la cabeza hacia su lado, pero si los dos grupos de escalenos actúan

simultáneamente, producen un movimiento antagónico entre ellos que da como resultado la centralización de la columna cervical y esto le permite a la cabeza apoyarse con firmeza sobre dicho conjunto vertebral, un ejemplo es que durante muchísimos años y aún hoy en algunos lugares del mundo la cabeza sirve como apoyo para llevar grandes pesos y vemos en antiguas pinturas transportar tinajas con muchos litros de leche o agua, o cuando se lavaba la ropa en el río se transportaba grandes bultos de éstas sobre la cabeza. Esto demuestra la gran capacidad de los escalenos para formar una verdadera rígida columna por debajo de la cabeza.

En las grandes civilizaciones rara vez esto ocurre, pero no es tan raro que la gente esté fuertemente alterada, ensimismada en sus pensamientos, y como ya lo dijimos varias veces tenga la sensación de que su cabeza va a estallar, de que su cabeza se hincha y se va hacia arriba o como ya dijimos la frase de "voy a perder la cabeza", como un ejemplo de la pérdida de control de la ejecución de los actos. Los escalenos entonces se ponen sumamente tensos para dar esa rigidez a la columna cervical y soportar simbólicamente el peso de los pensamientos. Cuando palpamos a una persona tumbada sobre la camilla donde la cabeza no se encuentra bajo los efectos de la gravedad, las escalenos deberían encontrarse relajados, pero lejos de ser así en la totalidad de la gente que he visto estos se hallan extremadamente rígidos y siempre me gusta para hacerles tomar conciencia de lo que está ocurriendo preguntarles qué creen que es lo que estoy palpando, la mayoría de la gente contesta algún hueso, porque aunque conozcan la anatomía la dureza de lo que se toca los confunde de tal manera que no pueden creer que eso sea un músculo.

No hace falta que una persona crea que se está volviendo loca para que la hipertonicidad ocurra, simplemente con vivir la vida cotidiana de las grandes urbes alcanza para que nuestro sistema nervioso central se excite de tal manera que tensione estos músculos, ni tampoco hace falta que una persona sienta que se asfixia para que los escalenos actúen como músculos accesorios, los estados de ansiedad permanente que vivimos hace que los escalenos y todos los accesorios se encuentren en permanente acción.

Por lo expuesto entonces el estrés, causa sobre los escalenos esta doble acción simbólica que se ejecuta sosteniendo la cabeza e inspirando por demás.

Desde el punto de vista mecánico los tres escalenos forman entre ellos, dada su ubicación que le da el nombre en escalera, o sea uno detrás del otro dos grandes espacios, uno entre el anterior y el medio y otro entre el medio y el posterior, estos dos espacios son atravesados por los troncos primarios del plexo braquial, dicho de un modo más sencillo todo el conjunto de nervios que precisamente va a inervar todo el miembro superior, son dos cordones gruesos que aglutinan, como se dijo todos los filetes nerviosos. La tensión de los escalenos achica los espacios y comprime estos gruesos troncos y por supuesto esto llevará con el tiempo a un conjunto de síntomas que se conoce como “síndrome de los escalenos”, que se caracteriza fundamentalmente por la aparición de adormecimiento de las manos , en especial de los tres últimos dedos, dolores en la muñeca, codo u hombro y algunas veces hasta la pérdida de volumen de los músculos del miembro superior, que se traduce en muchas personas en la pérdida de fuerza de éstos y algunas personas se quejan de que se les caen las cosas de las manos.

El trapecio es un músculo muy grande ubicado a ambos lados de la columna que va desde el dorso hasta la cabeza y por sus extremos hasta las escápulas, tiene múltiples acciones y varias direcciones de fibras.

Las que me interesan destacar en este caso son las fibras superiores y externas de este músculo, que van desde el extremo superior y externo de la escápula en la proximidad del hombro en forma longitudinal y oblicua hacia la parte posterior de la cabeza y tienen como acción inclinar la cabeza hacia el hombro o tomando punto fijo en la cabeza, junto a otros músculos elevar el hombro y el miembro superior.

Aquí ocurre algo parecido al angular del omóplato, de hecho las fibras superiores y externas del trapecio (FSET), tienen una función agonista (función conjunta de igual dirección) con el angular del omóplato por lo que la descripción de los problemas de FSET son prácticamente idénticas a la del angular el omóplato pero me interesa destacarlas porque es una zona muy álgida del cuerpo y su trabajo genera una importante mejoría en las patologías cervicales.

Cuando digo que genera los mismos problemas que el angular del omóplato no solo me estoy refiriendo a las patologías y sus funciones mecánicas, en todo caso si se

quiere son dos músculos que trabajan en forma muy similar pero de distintos ángulos, lo importante es destacar que atienden la capacidad de elevar el omóplato, el angular desde el ángulo superior e interno del omóplato y FSET desde el ángulo superior y externo de este mismo hueso, cabe recordar entonces lo que significa este gesto de elevación y su relación con el miedo y el estrés y relacionar a FSET con la expresión de estos sentimientos.

De la parte posterior del cuello son muchos los músculos que habría que describir, empezando por las fibras del trapecio que se encuentran por dentro de FSET y músculos más intrínsecos de la zona del cuello que se hallan inmediatamente por debajo de la zona del trapecio. Para no hacer engorrosa la descripción anatómica llamaremos a todo ese conjunto muscular, y que me disculpen los anatomistas, extensores propios de la nuca, estamos hablando de más de una docena de músculos que de distintas capas y ángulos producen la extensión de la cabeza o sea echarla hacia atrás.

Sabemos que el movimiento de extensión de la cabeza es una acción que filogenéticamente, como ya lo explicamos en los sentimientos duros, está sumamente vinculada a la agresividad, y como ya describí tantísimas veces en este libro la agresividad y el miedo sumados son lo que hoy se llama estrés, por supuesto que ante el miedo tenemos una tendencia a llevar la cabeza hacia atrás, como también sabemos que miedo y agresividad son las dos caras de una misma moneda y siempre van de las manos, a esto se le suma un punto que ya describí en el libro Dolores corporales que es el hecho de que la acción de la gravedad tiende a que la cabeza siempre se caiga hacia delante, ya que su eje de estabilidad pasa por la unión del tercio medio con el tercio posterior, y cito como siempre el mismo ejemplo, cuando estamos correctamente sentados con el cuerpo vertical y el cansancio nos vence, la cabeza tiende a ir hacia delante y si nos quedamos dormidos en esa posición como muchas veces ocurre, lo haremos con la cabeza hacia delante.

Por lo que entonces resumiendo el grupo extensor de la nuca resume la función del sostén gravitatorio de la cabeza y acumula los sentimientos duros de la zona, extendernos en lo que significa simbólicamente esto, sería repetir lo que ya hemos visto en capítulos anteriores, pero sí quiero aclarar cual es la patología que distingue la

excesiva tensión de este grupo muscular, obviamente el dolor de cuello, pero también a esto se le suma el dolor de distintas áreas de la cabeza que son a saber:

A- A- dolor de la base de la nuca, generalmente comienza desde la mañana con el despertar y se mantiene durante gran parte del día, se trata de un dolor muy molesto que impide la concentración de la persona . Este dolor refleja una personalidad obsesiva que lleva mínimamente la cabeza hacia atrás en relación con las primeras vértebras cervicales con el fin de darle punto fijo al cráneo para que sus ojos puedan ubicar la mirada, cuando le pregunto a los pacientes que padecen este dolor si hay alguien que a lo largo de su vida los ha marcado con una mirada fuerte, indefectiblemente encuentran a alguien que generalmente es su padre o su madre en la infancia y muchas mujeres en un marido dominador y que puede transportar esta actitud al resto de su vida en personas que ejercen autoridad sobre ellas y en las que coincide que tengan una mirada fuerte. Desarrollarán sobre estas personas una actitud que oscilará entre el sometimiento y la resistencia, cuando se trabaja manualmente sobre estas personas y se alivia la tensión de la base de la nuca suelen quedarse tan relajadas que pueden dormirse, esto es un claro indicador de que han perdido el estado de alerta permanente que acarrearán ante una posible agresión que existe en su inconiente. Cuando estas personas se incorporan no solo refieren el alivio sino que también comentan que ven mejor y se observa que sus ojos están totalmente abiertos ya que no solo se protegen fijando el cráneo sino también entrecerrando los ojos.

B- B- Dolor de cuadrante, este se caracteriza por un dolor muy intenso que aparece en forma progresiva a lo largo del día alrededor de un solo ojo, tomando la parte superior de la frente correspondiente, el lateral y se proyecta hacia atrás por la zona parietal. Cuando el dolor es muy intenso puede ir acompañado de sensaciones de náuseas y rara vez, aunque ocurre, ganas de vomitar y más raro aún pero también ocurre, vómitos. Este dolor nace por la compresión de un nervio llamado nervio de Arnold, conformado principalmente por la segunda raíz cervical con ramas de la primera y tercera raíz que es un grueso nervio que atraviesa un poderoso músculo extensor llamado esplenio y que al llegar por fuera a la región occipital también perfora la inserción del trapecio para dar inervación a los músculos pericraneales. La tensión permanente del esplenio y el trapecio irritan a este nervio y desencadenan la situación antes descrita, este dolor se caracteriza en personas de mucha actividad intelectual,

sumada a una alta carga de ansiedad, porque no todos los intelectuales sufren de dolores de cabeza, pero la combinación de la actividad mental sumado al apuro por conseguir el objetivo promueve una agresividad por los logros y esto describe a considerable cantidad de individuos de nuestra sociedad actual, obviamente el factor intelectual no es el problema a resolver sino es la ansiedad, como actor psicológico. En lo que obedece a la práctica manual la técnica es liberar la tensión de los músculos y quitar el atrapamiento del nervio de Arnold,.Este dolor generalmente suele ocurrir del mismo lado aunque a veces alterna de ojo y nunca he conocido y con esto no invalido que haya ocurrido, la aparición bilateral simultánea, es un dolor cuya frecuencia varía con la actividad y su intensidad está relacionada con el avance de los años sin tratamiento adecuado ya que con el tiempo suele volverse inmune a los analgésicos tradicionales y aún se hace rebelde a analgésicos poderosos.

C- C- Dolor frontal, este como su nombre lo indica es un dolor que atraviesa la frente de lado a lado terminando sobre ambas sienas, es un dolor de mediana intensidad pero muy prolongado lo cual agota a la persona y generalmente va acompañado de un agotamiento de la visión, que las personas lo refieren con un “se me cierran los ojos” y un “me molesta la luz”, esto último es conocido como fotofobia, la característica de las personas es la preocupación permanente, la cual no es en vano ya que siempre existen motivos para dicha situación, claro que en las personas en que este dolor se hace crónico, suelen hacer de la preocupación un motivo de vida, y si bien se preocupan por cosas que son muy importantes no pocas veces se terminan preocupando por cosas que nunca van a ocurrir y temas menores. La contractura de los músculos frontales es la clave del dolor pero también afecta a los músculos orbiculares de los ojos y a los microdesplazamientos de los huesos craneales a los cuales me referiré al final de la descripción de los dolores de cabeza, y donde particularmente la micromovilización de estos huesos son la solución a este dolor en particular.

D- D- Dolor en casco, precisamente la representación de un casco que comprime toda la geografía que abarca en la cabeza, es lo que refiere el paciente y siente que su cabeza se va a romper, inversamente y por los mismos motivos que voy a describir más adelante las personas pueden sentir todo lo contrario, que en lugar de la compresión sienten una sensación de estallido. Los dos se originan por una fisiopatología similar al dolor frontal pero esta vez ocurre en todos los músculos de la

parte superior del cráneo y la constricción de la fascia pericraneal que se halla aproximadamente en la zona de la coronilla, en este caso la personalidad se caracteriza por una forma mixta de las personalidades del dolor del cuadrante y del dolor frontal, son personas de buena capacidad intelectual, ansiosas y que vuelcan su intelecto en forma obsesiva y ansiosa a la resolución de un problema puntual y existente en ese momento que no pueden resolver y que generalmente se sienten trabados en la resolución por los bloqueos emocionales que les impide afrontar el problema porque creen que la solución le va a traer problemas afectivos con personas de las que su cariño les es muy importante. En otros casos, el bloqueo sigue siendo emocional pero consigo mismo, ya que la solución pasa por un cambio en sus vidas que implica un riesgo ya sea por ejemplo, cambiar de trabajo, independizarse de los padres, divorciarse o hechos similares. La mecánica como en el caso frontal tiene que ver con la micromovilización craneal y la tensión permanente de todos los músculos implicados, por lo que la solución también será la liberación de la tensión de los músculos y la realineación de la caja craneal, sobre lo cual me expandiré en el siguiente punto.

El cráneo o caja craneal consta de 22 huesos incluida la mandíbula, ésta es un hueso que se une al resto por dos verdaderas articulaciones móviles conocidas como temporomandibulares (ATM), y haremos hincapié en las mismas y sus dolencias cuando nos centremos en los problemas del bruxismo (oclusión o cierre de las arcadas dentales en forma sostenida). El resto de los huesos se encuentran unidos entre sí por verdaderas suturas óseas conocidas anatómicamente como sinartrosis o articulaciones fijas.

Hace poco más de un siglo Andrew Still de los Estados Unidos y casi simultáneamente el británico William Sutherland, discípulo del anterior, impulsaron sobre el descubrimiento de un mínimo de movilidad en estos huesos que aún hoy en la medicina moderna se los sigue considerando como fijos e inamovibles, una ciencia conocida con el nombre de osteopatía que a partir de la movilidad de estos huesos y su proyección sobre el resto del cuerpo favorece la reestructuración de los ejes corporales al tiempo que como ellos destacan mejora la función de los órganos, quiero hacer esta mención con mucho respeto a esta ciencia que es universitaria y que se practica en los principales países del mundo con grandes resultados y su descripción completa se inscribe en cientos de tratados y no es mi intención desarrollarla en este texto, para no

caer en el pecado del reduccionismo de una ciencia universitaria tan desarrollada con tantos alcances y logros.

Rescatar la movilidad de los huesos de la caja craneal entre sí, como un modo de terapia corporal, independientemente de la osteopatía, puede ser una práctica muy importante a la hora de buscar una solución en las técnicas manuales que abordan los dolores de cabeza y los problemas cervicales.

Cuando digo movilidad y movilización de los huesos del cráneo estamos hablando de una micromovilización, desplazamientos casi imperceptibles para el paciente y sólo realizables por manos profesionales expertas y muy experimentadas.

La alteración de la ubicación de uno de cualquiera de los 22 huesos del cráneo promueve la alteración de todos los otros huesos como si fuera un puzzle, produciendo alteraciones de las distintas circunferencias e la caja craneal y de la maleabilidad plástica de los huesos de la cabeza, que ante una mano experta aparecen como ligeras deformaciones que no son susceptibles al ojo de un neófito, estas transformaciones estructurales promueven dolores de cabeza y pueden ser eliminados a partir de un correcto trabajo manual que devuelva las formas originales.

Por la parte interna de los huesos craneales, el periostio (membrana que recubre cualquier tipo de hueso), se une íntimamente a las membranas más externas que protegen al encéfalo conocidas como duramadre, se unen tan estrechamente que son indivisibles, entre la duramadre y el encéfalo transcurre un líquido protector llamado cefaloraquídeo, lo cual marca una clara distancia entre éstas y los tejidos nerviosos del encéfalo. La duramadre, la membrana protectora tapiza toda la caja craneal por dentro y al llegar al orificio de la base del cráneo se continúa sin distinción por el conducto raquídeo protegiendo la médula, ésta constituida de un tejido conjuntivo idéntico a las fascias o membranas que recubren a los músculos, por lo que de una forma anatómica existe una continuidad entre los músculos del cuello y la protección del tubo neural que atraviesa la región cervical, esta continuidad anatómica es engorrosa de describir para un texto de estas características pero está perfectamente demostrado, quiero llegar con esto a que no solo se debe trabajar la micromovilidad de los huesos de la caja craneal

sino que también se debe trabajar estas membranas faciales pertenecientes no solamente a los músculos de la nuca sino también a los músculos del cuello todo.

Los músculos cervicales son los únicos músculos de todo el cuerpo que tienen una conexión doble con el sistema de equilibrio, conformado por el cerebelo, el oído interno y los órganos de la visión. Esta doble conexión nerviosa nos indica la preponderancia que tiene la información que llevan los músculos del cuello hacia el sistema de equilibrio, ya que si hay un segmento corporal determinante que va a indicar cuál es la posición del resto de los segmentos en una postura equilibrada la cabeza y los músculos del cuello son los que determinan los movimientos de esta.

Si los músculos cervicales se encuentran en un estado de tensión exagerada por los distintos motivos emocionales que ya hemos visto y esa exageración tónica no representa el verdadero sostén para el equilibrio de la cabeza, la información que llega al ordenador de equilibrio corporal también va a ser exagerada por lo tanto errónea, entonces a partir de esto las correcciones posturales que realce este sobre el resto del cuerpo, fundamentalmente los miembros inferiores van a ser erróneas y en muchas personas esto se traduce en una sensación de vértigos o mareos que hacen que la persona se asuste y tenga la sensación de que se va a caer.

Algunas veces ocurre por breves instantes y desaparece y el individuo no le presta atención, piensa que a lo mejor tiene la tensión arterial baja o que está fatigado, pero cuando esto se repite en el tiempo y algunas veces los vértigos son muy intensos y la persona necesita obligadamente sentarse o apoyarse en algún lado comienza a producir miedo, sobre todo cuando se toma la tensión arterial y esta se halla correcta y se realizan consultas médicas y no se puede encontrar el foco que ocasiona los vértigos y los mareos y ya que tanto la revisión neurológica como la del oído y la vista dan correctas.

En la medida que esto avanza y no se soluciona los temores van en aumento ante la aparición de los síntomas y se acompañan de una fuerte descarga de adrenalina en cada situación, esto produce síntomas aparte de los mareos tales como palpitaciones, sudor, y muchas veces sensación de desmayo pero este nunca ocurre.

Aquí sería bueno separar que el vértigo y el mareo son producidas por la señal equívoca de la excesiva tensión muscular provocada por los factores emocionales que ya describimos, aquí el síntoma comienza a cobrar una importancia muy grande en la vida de la persona que le hace olvidar los problemas que originan sus alteraciones emocionales y su vida empieza a girar alrededor del problema que le generan la falta de un equilibrio que le permite una vida normal cuya que este tipo de vértigos se los denomina paroxísticos, esto es que aparecen y desaparecen en forma abrupta sin ningún tipo de frecuencia ni periodicidad, eso hace que la persona esté pendiente todo el tiempo de cuándo esto puede ocurrir y le promueve a una gran inseguridad a su persona, esto conlleva a un nuevo sentimiento de miedo o temor que no hace mas que agravar el cuadro, por lo que los músculos del cuello aumentarán su tensión y se generará dentro de ellos y particularmente dentro de la nuca la formación de tejido fibroso de la forma que ya lo hemos descrito en capítulos anteriores. Este tejido fibrosos puede llegar a alcanzar volúmenes considerables y llegar a generar un efecto secundario que es la compresión de los elementos nobles que dentro del cuello transitan, de esta manera se genera una presión interna dentro de la zona de la nuca que va a afectar fundamentalmente el correcto flujo sanguíneo dentro de las arterias vertebrales.

La arterias vertebrales existen, una a la derecha y otra a la izquierda y en su conjunto transita el 40% de la irrigación de la cabeza y se dirige fundamentalmente a todas las áreas de la parte posterior, donde se encuentra precisamente el aparato que conforma el sistema del equilibrio o sea el cerebelo que junto al oído conforman la parte fundamental de la organización del equilibrio. De aquí se desprende que cuando el problema se cronifica entra en un círculo vicioso que no hace mas que aumentar el problema hasta límites insospechados, en el presente libro se describe un caso extremo de exitosa resolución, pero a lo largo de tantos años de experiencia de trabajo sobre este tema he visto personas que conviven con ligeros mareos, otras donde los mareos suelen ser intensos pero esporádicos y algunas que llegan al extremo que no pueden salir sin compañías fuera de su casa porque el temor a caerse se transforma en una fobia que no solo va a tener solución con técnicas manuales de recomposición de la tensión y los tejidos fibrosos que provocan los vértigos y mareos sino también hay que recurrir a la ayuda psicológica.

Profundizaremos en esto cuando veamos el caso que vamos a describir como se dijo anteriormente.

BRUXISMO

En las líneas anteriores he nombrado varias veces el hecho de que la descarga de tensión agresiva incluye el apretar la mandíbula contra la arcada dentaria superior, este hecho es el bruxismo, muy común y frecuente en estos tiempos. En la odontología actual ha pasado a ser un tema de especialización de muchos profesionales para la prevención del bruxismo en sí mismo que lleva al desgaste de las piezas dentarias, que es un grave problema y a su vez nos lleva a otro problema de gran importancia que es la alteración de la articulación temporomandibular (ATM). El daño de esta articulación es doloroso en sí mismo pero como vimos antes también se asocia a la alteración de los huesos de la caja craneal y puede ser productor de dolores de cabeza, la presión constante entre los dos maxilares se transmite por efecto biomecánico a la columna cervical, produciendo un aumento en la tensión de esta zona, esto se debe como ya lo hemos explicado , a que los músculos masticadores a los que ahora me referiré en detalle, actúan en conjunto con los músculos de la nuca en el reflejo de la agresividad.

El bruxismo no es ni más ni menos que una expresión de agresividad contenida, la odontología moderna ha desarrollado las placas de descanso que absorben la presión entre las arcadas dentarias pero que también y fundamentalmente corrigen los desvíos de la oclusión o cierre, si esto no ocurriese comienzan las lesiones de la ATM, las placas de descanso son bastante comunes en la última década, sobre todo las de uso nocturno, aunque en la actualidad ya existen las de uso diurno para la corrección de los problemas de oclusión, y hay una mayor concientización y difusión de este problema.

Como ya había mencionado, antropológicamente cuando el hombre era cazador su boca era el arma principal, poseía una gran mandíbula y el acto de la mordida de la presa estaba asociado a la inclinación hacia atrás de la cabeza para asestar el impacto sobre el animal a cazar, esto explica la relación, primero entre la mordida y sus músculos y éstos con los poderosos músculos de la nuca y segundo la actividad agresiva que significaba el hecho de cazar, ya que lejos estaba de ser un deporte sino un acto de necesidad para su alimentación y la de sus crías.

Si bien hoy hemos disminuido el tamaño de nuestras mandíbulas y la fuerza de compresión en la masticación, esta sigue siendo lo suficientemente fuerte para que cuando se bruxa, sea un proceso de gran presión y se transmita a las piezas dentarias y las ATM, al tiempo que conservamos también la agresividad, como ya antes se describió y la liberamos en los procesos inconcientes, sobre todo durante las fases del sueño, pero también lo realizamos durante el día. Si a esto le sumamos que el bruxismo incluye la tensión exagerada de los movimientos de apertura y cierre de la boca que estos se realizan en un mínimo de mil veces por día, ya sea par masticar, deglutir, hablar, etc, el problema es realmente serio.

El uso de las placas de descanso y reeducación de la oclusión son muy útiles y cuando son bien realizadas ofrecen una gran solución a este problema, pero también esta debe ir acompañada por un trabajo manual sobre los músculos masticadores que se ven afectados como cualquier otro músculo que se ha sometido a una tensión permanente por tiempo indeterminado, por lo que encontraremos en ellos acortamientos, procesos fibrosos y alteraciones asimétricas. Ésta últimas serán el eje del trabajo manual, ya que hay que buscar que la longitud perdida de los músculos sea recuperada a fin de otorgar la simetría en el proceso de contracción.

Los músculos masticadores son : Maseteros, poderosos músculos que van desde la mandíbula hacia los pómulos en dos fascículos por lado y que son los únicos músculos del cuerpo con un ángulo de tracción perfecto que es de 90° sobre la mandíbula la cual elevan esa ventaja biomecánica los hace tremendamente poderosos y les permite ejercer una presión de 350kg por cm², creo que esta cifra nos puede dar una magnitud de lo que significa tenerlos tensionados por un tiempo prolongado en forma innecesaria comprimiendo nuestras piezas dentarias y ejerciendo presión sobre las ATM. Temporales, músculo que sale de la región lateral de la cabeza y va a insertarse en la rama ascendente de la mandíbula y produce la elevación de esta cuando se contraen simultáneamente de ambos lados, este músculo contribuye en la elevación y compresión de la mandíbula actuando en sinergia con los maseteros, aumentando así la fuerza de compresión.

Es importante destacar que el músculo temporal a pesar de su nombre no se inserta solamente en el hueso temporal sino que lo realiza también en un lugar llamado fosa temporal que está compuesta por el hueso temporal y huesos adyacentes a este, el grosor del músculo es tan importante que cubre por completo la fosa y da la sensación externa que esta no existe, por lo que la gran masa carnosa de la que se compone no solo eleva la mandíbula, sino que el movimiento de compresión puede microdesarticular los huesos de la fosa, en particular el hueso esfenoides de importancia estratégica en la conformación de la caja craneal, si bien no es motivo de esta obra hacer una detallada descripción de los microdesplazamientos craneales o lo que otros profesionales considerarían problemas osteopáticos, pero para mí es importante destacar que considero al esfenoides como la pieza angular de la arquitectura del cráneo y su alteración promueve a síndromes dolorosos fundamentalmente caracterizados en los dolores de cabeza, dicho de otro modo la excesiva tensión del músculo temporal en el bruxismo, junto a la tensión de los maseteros, que también indirectamente producen microdesplazamientos óseos, son responsables de muchos de los dolores de cabeza antes descritos, por lo que el tratamiento de estos músculos a la hora de solucionar los dolores de cabeza, son focos de mucha atención.

Músculos pterigoideos internos y externos, la descripción de sus inserciones la simplificaré en que van desde la rama ascendente de la mandíbula y el ángulo de esta al hueso esfenoides, sin entrar en más detalles a los efectos de no generar confusión, pero quiero que quede claro que estos músculos son cortos y estratégicos y su función no es nada despreciable, no solo en la masticación son en la articulación de la palabra y otros movimientos más, por lo que cuando estos se tensionan en el bruxismo también van a alterar la posición del hueso esfenoides y por lo tanto la alteración de la arquitectura de la caja craneal con los consecuentes síndromes dolorosos ya vistos.

A todo lo antes expuesto es importantísimo destacar que el bruxismo en sí mismo se caracteriza por el elemento más sencillo que hasta ahora no nombré, que es el dolor o las algias de los músculos participantes en su ejecución, por eso el trabajo de manipulación, elongación y ablandamiento de éstos les causa un gran alivio que facilita la tarea de las placas de descanso y corrección de la oclusión dentaria y para terminar otro problema sencillo y obvio pero no por esto menos importante en el bruxismo es que se produce la limitación de la apertura de la boca y la dificultad de los movimientos de

lateralización de la mandíbula con sus lógicas consecuencias y aquí también la importancia de la alineación y balanceo de las tensiones musculares a fin de restablecer la normal biomecánica de los movimientos propios de la boca.

CONCLUSIÓN:

La descripción realizada de los distintos problemas de cuello y la boca se ha realizado en forma topográfica o lo que es lo mismo decir por regiones, y dentro de las regiones se ha descrito en forma analítica los distintos músculos que eran importantes detallar y los síndromes que estos generan y por los cuales se caracterizan y qué sentimientos los impulsan al aumento de las tensiones, pero es justo decir que nada ocurre de forma tan aislada y así como hemos hablado del ECOM, escalenos, angulares, músculos de la nuca, ninguno de estos problemas ocurre en forma exclusiva ni aislada de los otros, sino que precisamente el problema es la simultaneidad e Inter. juego de por lo menos dos o más afectaciones, ya que uno lleva al otro y a través del tiempo el Inter. juego es tan grande que todo el conjunto se ve afectado en mayor o menor medida, por lo que la destreza del diagnóstico no va a estar en descubrir el músculo afectado en exclusividad sino ir analizando cada uno de los elementos descritos en este trabajo a fin de hallar el mayor o menor grado de afectación de cada uno de estos y conformaremos entonces diagnósticos personalizados que nos llevarán entonces a la ejecución de correctos tratamientos acorde a lo que le ocurre a cada uno de los individuos, apelando así al viejo adagio de la medicina de que “no existen enfermedades sino enfermos”.

No podemos decir que la descripción hecha de las disfunciones de las tensiones musculares provocadas por las tensiones exageradas producto de las emociones contenidas, o mal expresadas sean una enfermedad, (entendiendo por esta alteración de la salud), originada por una lesión primaria de distintos orígenes sino que por el contrario a partir de un estado de salud la disfunción biomecánica causada es la que termina originando la lesión o conjunto de estas y de esta manera se origina la enfermedad. El mayor o menor grado que alcance esta , estará relacionado con la tardanza en encontrar el correcto diagnóstico y la rápida ejecución de un tratamiento asertivo.

Pensar entonces que las tensiones musculares del cuello son de una u otra manera una enfermedad, implica que todas las personas activas que viven distintas emociones a diario, en algún momento de su vida se encuentran con este problema y claro está que en esta sociedad todos nos encontramos con este problema, la rigidez del cuello parece ser un estigma que caracteriza a las personas mundanas, la forma de vivir actual nos ha llevado a construir nuestro propio collarín, porque sostener nuestra cabeza desde el punto de vista biomecánico no debería ser tan difícil ya que el mecanismo del cual estamos provistos es una maravilla, pero “sostener la cabeza” desde el punto de vista simbólico sobrepasa los límites de la buena voluntad, de la anatomía y la fisiología de nuestro cuello, y esta rigidez característica o “autocollarín” parece ser una solución, pero en realidad termina siendo un problema, ya que nos somete a dolores, incomodidades y otros síntomas que nos desvían la atención del origen de nuestros verdaderos problemas, pero claro está que no podemos negar que los dolores existen y que su solución es necesaria, pero también en algún momento ya sea en paralelo o a posteriori debemos encontrarnos enfrentando el ordenamiento de nuestras emociones y su correcta canalización

PRIMERA PARTE

TENSIONES MUSCULARES Y ESCÁPULA

Como regla general se sabe desde hace muchos años, cuando un músculo se tensiona, o lo que es lo mismo aumenta su tono muscular, esa tensión se trasmite hacia los huesos que se inserta, Si estos huesos son lo suficientemente fijos ya sea por su articulación con otros huesos o por su ubicación postural, absorben gran parte de la tensión y en algunos casos su totalidad, si la tensión es desmedida, esto provocará modificaciones estructurales en el tejido propio del hueso, pero de este punto nos ocuparemos mas adelante.

Ahora quiero referirme sobre la situación que nos ocupa cuando un hueso actúa como enlace entre tensiones musculares.

Cuando un músculo esta inserto en algún lugar del contorno óseo, su tracción sobre el mismo , se transmitirá a otro músculo insertado en otro extremo del hueso, dicho de otra forma, no es que la tensión del primer músculo tense al hueso y este tense al otro músculo, sino que la tensión del músculo A desplaza proporcionalmente al hueso y a través de este movimiento provocará un aumento en la tensión del músculo B, de tal suerte que formaría una cadena, en este caso no estaríamos hablando de cadenas musculares sino de cadenas músculoesqueléticas.

Lo que acabamos de describir es muy importante para entender cómo una cadena muscular, puede transformar la postura de uno o más huesos y a través de éstos transmitir su hipertonía a otras cadenas musculares.

Si bien esto ocurre en gran parte del cuerpo o prácticamente la totalidad, en este capítulo nos ocuparemos de la importancia que tiene la escápula u omóplato, conocida popularmente como paleta o paletilla, como hueso que encadena las tensiones de distintos músculos que implican cambios en la ubicación de los segmentos a saber: de la escápula a la cabeza, de la escápula a la columna, de la escápula a la pelvis, de la escápula al brazo y de las escápulas entre sí.

Cabe aclarar que hasta ahora sólo nos habíamos referido a las tensiones musculares que cambian con microdesplazamientos las posiciones de los huesos entre sí, y cómo esto afectaba a las articulaciones.

Antes de entrar en el detalle de todas las interconexiones que el omóplato realiza, comentaremos el punto pendiente de aclarar, qué le pasa al tejido del hueso cuando este queda sujeto a tensiones musculares crónicas por tiempo indeterminado. Como los alcances de este libro, no incluyen hablar de las patologías que se producen dentro de los huesos por este motivo, me limitaré solamente a describir que la experiencia clínica a través de los años, me ha demostrado que cuando una cadena muscular ha traccionado en forma hipertónica durante mucho tiempo sobre el hueso, la parte del hueso afectada a las inserciones de esa cadena, responde con un aumento a la dureza de este, tengamos en cuenta que el hueso en el ser vivo, si bien es una estructura sólida, mantiene a través de sus trabéculas una flexibilidad que le permite amoldarse a las descargas de peso y tracciones, pero esta flexibilidad se pierde a través de los años y de acuerdo a cómo se utilice el esqueleto.

Como dije antes las tensiones musculares cónicas de las cadenas musculares que se transmitiesen sobre un punto determinado de un hueso a través de las inserciones de éstas, quitan flexibilidad sobre el hueso y aumentan su rigidez. Para concluir este punto a los efectos de este libro, quiero aclarar que esto es reversible, quitándole primero la tensión a la o las cadenas implicadas y por raro que parezca se pueden hacer maniobras similares a masajes que devuelven la elasticidad perdida del hueso. Estas manipulaciones son estrictamente profesionales y expertas.

Para poder entender cómo la escápula es un centro de retransmisión de tensiones musculares desde todas las partes mencionadas anteriormente, primero haremos una descripción de la anatomía de este hueso tan particular, las modificaciones filogenéticas que sufrió a través del cambio a la postura bípeda y luego haremos una descripción topográfica o regional, de los principales músculos que interconectan al omóplato o escápula con la columna cervical, con la columna dorsal, con la pelvis, con la parrilla costal, con los huesos del cráneo y el miembro superior.

Por último comprendiendo todo esto, podremos establecer cómo la escápula es un nexo entre sentimientos blandos y duros..

La escápula es un hueso plano de forma triangular, cuyo ángulo recto se encuentra ubicado en la parte superior e interna , un poco por debajo de este ángulo nace lo que se llama la espina del omóplato que es una formación ósea y fuerte que la atraviesa en todo el ancho de su tercio superior que en forma curva sale desde la parte posterior de la escápula y se proyecta en su parábola hacia delante terminando en la zona del hombro, uniéndose a la clavícula, de esta manera podemos distinguir dos partes principales de este hueso.

En el ángulo superior y externo se engrosa formando una cavidad llamada glena que es la que se va a articular con el húmero formando la articulación del hombro propiamente dicha.

Por lo que la clásica descripción de que la clavícula es un hueso plano, nunca hay que olvidar estas dos fuertes condensaciones recién descritas, que son fundamentales para la formación de la articulación del miembro superior y la movilidad de este, se puede decir entonces que la escápula u omóplato es el primer hueso el miembro superior y a partir de esta hay que observar la movilidad del miembro, cuando muchas veces se suelen observar los problemas de este desde el brazo.

Finalizada esta breve descripción anatómica del hueso que es suficiente para entender lo que se va a describir, sugiero a aquellos que quieran profundizar remitirse a textos de anatomía humana.

Cuando el hombre no había pasado a la bipedestación y marchaba en cuadrupedia, la escápula, funcionaba como un hueso de absorción de descarga e peso para los miembros superiores, tal como lo hacen hoy los huesos coxales de la pelvis que se articulan con el miembro inferior. Al colocarnos de pie a través de los millones de años que esto llevó, la vieja escápula que era mucho más fuerte y gruesa que la actual, se fue adelgazando en su grosor y a su vez perdiendo cierto tamaño en proporción a la pelvis que fue aumentando ya que todo el peso de la carga del cuerpo para el sostén de este, recayó en la cintura pélvica, y la cintura escapular (ambas clavículas y ambos

omóplatos) quedó liberada de su acción de sostén y carga para obtener libertad de movimiento que se transmite a todo el largo del miembro superior y culmina con la habilidad de la mano. La transformación del miembro superior de sostén a miembro libre y hábil está estrechamente vinculada a la capacidad y el desarrollo del intelecto de los seres humanos, el miembro superior que comienza en la escápula, ha ejercido en los millones de años que siguieron al paso de la cuadrupedia y de esta a la bipedestación y de ahí en adelante, en el elemento ejecutor de la capacidad creativa del hombre, siendo el extremo terminal la mano el más desarrollado en cuanto a precisión, tengamos en cuenta que una escápula bloqueada va a impedir un correcto desempeño de todo el miembro, por lo que si llamamos a los movimientos más “inteligentes” del cuerpo humano y su capacidad creativa, y estos surgen del miembro superior que nace en la escápula, tenemos que pensar que los músculos que las mueven, a pesar de ser mucho más rudimentario que los sofisticados músculos de la mano, también son músculos cargados de sentimientos nobles y muy importantes para la expresión creativa el hombre. Muchos antropólogos sostienen la teoría de que la libertad del miembro superior a transitado a través de la historia del hombre paralelamente a su desarrollo intelectual, esta teoría está fuertemente sustentada, con los hechos y hallazgos antropológicos que comienzan con las primeras pinturas en las cavernas de hace cientos de miles de años hasta las increíbles construcciones halladas con menos de diez mil años.

La posibilidad inicial que recibió el ser humano en la bipedestación de dejar libres sus miembros superiores le permitió entre otras cosas, cargar con sus brazos y transportar con estos objetos que conseguía o cazaba a distancia hasta sus primitivos hogares, luego construyó armas que le facilitaron la caza, aprendió a hacer el fuego y sucesivamente fue sofisticando su capacidad de realizar y crear por lo que asociar la capacidad intelectual al desarrollo y sofisticación de todas las estructuras del miembro superior para obedecer las órdenes provenientes del las áreas motrices de un cerebro en franco desarrollo, tienen un lógica estricta, una coherencia filogenética y al día de hoy, claramente nuestros miembros superiores siguen siendo los ejecutores de nuestra capacidad creativa, aunque solo sea para pulsar el teclado de nuestro ordenador, que en definitiva plasmará en la pantalla nuestras ideas.

Vamos a dedicarnos ahora a la mención de los músculos que se insertan en la escápula, y solamente haremos una descripción detallada de los que no han sido mencionados anteriormente.

El angular del omóplato ya ha sido mencionado, pero recordemos que es el músculo que ofrece por detrás el sostén que por delante ofrece la clavícula, claro que este tiene la capacidad de producir movimientos de la escápula porque aventaja a la clavícula en su capacidad de contracción voluntaria contra un hueso que solamente ofrece la posibilidad de ser sostén pasivo. Nos habíamos referido a las fibras superiores y externas del trapecio, pero este es mucho más que ese manojo de fibras, podríamos decir que es uno de los “grandes” de la parte posterior del cuerpo y no solo por su tamaño sino por sus múltiples inserciones, direcciones de fibras y acciones. Este músculo se inserta a lo largo de las doce vértebras dorsales e ininterrumpidamente para insertarse en la siete vértebras cervicales para luego hacer una fuerte inserción en el hueso occipital del cráneo, desde esta longuísima línea de inserción vertical, todas sus fibras convergen en la espina del omóplato de tal suerte, que las fibras que se hallan por debajo de la espina tienen una dirección oblicua de abajo hacia arriba, en la medida que nos acercamos a la altura de la espina la oblicuidad se va transformando en horizontalidad y así llegan estas a la espina, las de abajo lo hacen hacia la parte más externa e inferior de la espina, las horizontales o casi horizontales hacia a parte media e interna de la espina y las superiores ya nuevamente oblicuas, pero esta vez con dirección de arriba hacia abajo, lo hacen hacia la parte más externa de la espina en su labio superior. De esta forma vemos que un mismo músculo puede tener tres haces distintos de fibras con acciones distintas y hasta antagónicas (contrarias), si las inferiores, que son las que toman inserción en las últimas dorsales pueden hacer descender la escápula, en la medida que nos vamos acercando a las horizontales o casi horizontales estas aproximarán a la escápula a la línea media y las que están por encima de la espina que son las que nacen de las dos primeras dorsales todas las cervicales y el occipital, pueden elevar la escápula que es el movimiento antagónico al de las inferiores, pero cuando actúan todas en su conjunto llevan la escápula hacia adentro y hacia atrás con muchísima fuerza, ya que las superiores y las inferiores anulan entre sí el movimiento antagónico y todas traccionan con gran potencia en la dirección antes mencionada. Si esto ocurre con ambos trapecios simultáneamente, o sea el izquierdo y el derecho, ambas escápulas se acercarán entre sí y el pecho se verá impulsado hacia

delante, movimiento que popularmente llamamos “sacar pecho”, posición utilizada por todos los ejércitos en la alineación de sus filas, por lo que aquí vemos un sentimiento de agresividad y amedrentador que se expresa por delante pero se origina en la parte posterior, por supuesto que esta no es la función principal del trapecio pero la cito como ejemplo a la hora de expresar.

La multiplicidad de las direcciones de las fibras del trapecio permiten que el omóplato pueda ser traccionado de tal forma que gire sobre su propio eje, para que esto se realice no lo hará solamente a partir de este músculo, sino que también necesitará de este y de la sinergia de otros, como por ejemplo ya vimos el angular del omóplato, cuando este le da punto fijo a la parte superior e interna, las fibras inferiores harán girar la escápula de tal manera que el ángulo inferior rotará hacia dentro, esto es solamente un ejemplo del cual podría citar muchos más pero como esto no es un compendio de biomecánica lo que quiero que quede claro es que el trapecio participa de la mayoría de los movimientos de la escápula por lo que es un músculo que trabaja mucho a la hora de expresar cosas con los miembros superiores, por lo que es un músculo que siempre se halla en hipertonía porque carga muchas de las cosas que no nos animamos a expresar, como por ejemplo de acuerdo a como se lo mire, un sentimiento primitivo que es el de agredir con nuestros brazos a otra persona, digo de acuerdo como se lo mire porque todos los días o al menos muy seguido sentimos ganas de agredir a alguien por cosas cotidianas, pero como seres civilizados que somos o al menos lo decimos, contenemos esos golpes y seguimos como si nada hubiera pasado, pero toda esa tensión irremediadamente queda acumulada en los trapecios, fundamentalmente desde la parte media a la superior, que es la típica zona que nos quejamos cuando decimos que tenemos el cuello y los hombros muy cargados. Ahora ya tenemos la respuesta: “de qué se nos cargan los hombros y el cuello”.

Otro músculo muy importante pero muy desconocido popularmente, pero no profesionalmente, es el serrato mayor o anterior se inserta desde delante hacia atrás en las diez primeras costillas y desde esa inmensa superficie va a insertarse a lo largo de todo el labio anterior del borde interno de la escápula, si tenemos en cuenta que la ubicación anatómica de la escápula es entre la segunda y la séptima costilla, nuevamente nos enfrentaremos un músculo con tres órdenes de fibras, las que se hallan por encima de la segunda costilla tracciona hacia delante y hacia arriba, las que van

desde la segunda a la séptima la traccionan hacia delante y las que se insertan en la octava, novena y décima costilla traccionan hacia delante ya hacia abajo y cuando traccionan todas juntas llevan la escápula fuertemente hacia delante produciendo la actitud cuando se origina en forma simultánea con la otra escápula de encoger los hombros y hundir el pecho, todo lo contrario a lo que realiza el trapecio, aquí encontramos el primer enlace entre sentimientos duros y blandos.

Por otro lado si las fibras del serrato mayor toman punto fijo en la escápula y esta es sostenida por el trapecio, el serrato se transforma en un importantísimo músculo accesorio inspirador y estará relacionado con los sentimientos de ansiedad y angustia, pero para esto como dijimos, necesitará del trapecio, aquí vemos un Inter. juego entre músculos anteriores y posteriores donde se entremezclan sentimientos blandos como la angustia y mixtos como la ansiedad.

El músculo romboides une el borde interno de la escápula a la columna dorsal, las fibras de este músculo tapizan las costillas sin insertarse en ellas, ya que se dedica a la movilidad de la escápula. Sus fibras son oblicuas de arriba hacia abajo y tienen la capacidad de acercar y elevar simultáneamente la escápula, es un músculo que normalmente trabaja en conjunto con los dos antes descritos, por lo que participa en forma directa en los movimientos de adelantamiento, retroceso o giro de la escápula y a través de esta del sostén del miembro superior. La contractura o el aumento de las tensiones en este músculo se van a ver relacionadas con todos los sentimientos descritos hasta ahora, ansiedad, angustia, agresividad y lo que es más importante si favorece los movimientos del miembro superior toda la capacidad de expresión creativa que tenemos a través de este.

El pectoral menor es el único músculo que se conecta a la escápula partiendo desde la parte anterior del tórax, esto lejos de ser una anécdota, nos indica la importancia de esta conexión con lo que denominamos sentimientos blandos. El pectoral menor, se inserta en la tercera, cuarta y quinta costilla en la parte anterior del tórax, desde allí avanza oblicuamente hacia arriba formando un triángulo cuyo vértice se va a insertar en una pequeña y fuerte eminencia ósea que tiene el omóplato en su parte anterior llamada apófisis coracoides, de tal forma que la contracción del pectoral menor, hace que el omóplato vaya hacia delante o hacia abajo o ambas cosas juntas,

aquí aparece otro elemento que no va a actuar por sí solo, sino que participa en el Inter. juego que va a dar una ubicación en el espacio a la escápula. El hecho de que el pectoral menor está ubicado debajo del pectoral mayor, del cual ya hemos hablado en otros capítulos, atraiga hacia sí, o sea hacia adelante, al tiempo que la descienda, produce sobre el hombro que trabaja y si lo hace en ambos la típica posición de un cuerpo deprimido con el pecho hundido, los hombros caídos y adelantados, claro que esto lo va a hacer en combinación con el serrato anterior, y aquí aparece la participación del pectoral mayor que tiene una inserción más amplia por sobre este, que va desde la primera hasta la séptima costilla y desde allí al húmero, hueso del brazo, que como sabemos se articula con la escápula formando el hombro, este poderoso músculo al arrastrar el húmero o los húmeros hacia sí en un estado de hipertonía consolidaría la posición antes descrita, pero también hay que tener en cuenta que la hipertonía de los pectorales mayores y menores sirven como un escudo de protección a la zona “noble” del pecho y que un desbalance de tensiones en estos músculos y los descritos en la parte posterior favorecen la postura depresiva o la defensiva del pecho, pero i los músculos posteriores de a espalda alta que se unen a la escápula también se hallan en tensión y en su conjunto toman punto fijo en ésta, se transformarán en músculos inspiradores, por lo que tendremos un tórax insuflado que puede caracterizar una postura falsa, pero al fin amedrentadora, una persona que intenta asustarnos pero que en definitiva tiene miedo, y la retención de aire nos indicará una gran ansiedad.

El dorsal ancho es el gran y poderoso músculo de la espalda que tiene una larga línea de inserción en la columna, particularmente en la zona lumbar y sacra, y desde allí avanza hasta el húmero, que como se dijo, es el hueso del brazo, al pasar cerca del ángulo inferior de la escápula, inserta ahí una suficiente cantidad de fibras que cuando se tensionan pueden provocar el bloqueo del giro del omóplato sobre sí mismo, y bloquean todos los movimientos que ya hemos visto, y también cuando todo el dorsal se encuentra tensionado arrastrará a la escápula hacia atrás en forma inversa de cómo lo hacen los pectorales hacia delante, y también existirá la creación de un Inter. Juego de tensiones a través de la escápula y el húmero como huesos que encadenan, entre el gran dorsal y lo pectorales, lo cual variará y modificará e cada persona la ubicación del complejo del hombro, conformada por los dos huesos mencionados más la clavícula.

Quedarían otros músculos a detallar, como por ejemplo los músculos redondo mayor y menor, que van desde el ángulo inferior del omóplato y su borde externo al húmero y que compiten con el romboides por la ubicación del ángulo inferior de la escápula y el desplazamiento de la misma, a esta descripción la completamos con un músculo que tapiza por la parte anterior a toda la escápula y se llama subescapular y termina insertándose cerca de los anteriores en el húmero, el conjunto tendrán que ver con los movimientos de rotación del miembro superior sobre su eje, con respecto a la articulación el hombro, pero el subescapular, suele estar tensionado y como se inserta en la parte anterior de la escápula suele adherirse a las fibras del serrato anterior, que como recordamos se inserta en las diez primeras costillas desde la parte anterior, lateral y parte de la posterior de éstas hasta el borde interno de la escápula, la adhesión fibrosa de ambos músculos elimina el espacio de deslizamiento existente entre ambos y nuevamente caeremos en un problema de un mal desplazamiento de la escápula, todos los problemas de giros, adelantamientos y retrocesos como así los ascensos y descensos de la escápula, recaerán en un mal desempeño de la función del movimiento escápulo-humeral, ya que siempre existe una sincronía entre el movimiento del húmero y la escápula para que los movimientos del hombro se realicen. Cuando esta sincronía se pierde indefectiblemente, tendremos dolor en el hombro que puede llegar a tornarse crónico e insoportable y es muy importante a la hora de su cura tener en cuenta toda la descripción biomecánica que se hizo, porque si no se entiende de dónde parten los bloqueos que generan la falta de sincronía y no se trabaja manualmente sobre las contracturas y la eliminación de los tejidos fibrosos que aparecen alrededor de esta mecánica de relojería que he descrito en estas últimas páginas, la sincronía escápulo-humeral no se va a recuperar y el dolor del hombro no va a desaparecer. Muchas lesiones de hombro duran años porque se las trata con antiinflamatorios o analgésicos, o tratamientos fisioterapéuticos basados en la aplicación de agentes físicos que proveen calor y no se encuentra la solución, ya que nunca se colocan las manos como principal agente terapéutico para reestablecer la verdadera ubicación de la escápula y permitir que ésta se deslice fluidamente y se devuelva el movimiento completo de la articulación escápulo-humeral a través de la sincronía de los movimientos de los músculos participantes, por lo que a todo lo antes expresado aparece ahora el dolor de hombro como una expresión de uno, alguno o todos los sentimientos mencionados que han hecho que las tensiones provocadas por las hipertonías de los músculos participantes generen la patología dolorosa y expresiva, por lo que independientemente de la asociación con

los sentimientos, la correcta exploración de todos los músculos que se insertan en la escápula y a partir de la valoración del estado que se haga a partir de esta exploración, se diseñará un tratamiento manual de exquisitas maniobras realizadas con los dedos que puede devolver en pocos días o semanas los movimientos perdidos y la desaparición del dolor en esa región, o sea, el hombro, y luego se puede seguir con el análisis de los sentimientos que provocaron la situación, pero antes se le habrá quitado al paciente la pesada carga de haber llevado durante tanto tiempo un dolor tan poco soportable como es el del hombro.

Para resumir , al principio dijimos que si un músculo se tensiona, este mueve o desplaza un hueso y transmite su tensión a otro músculo, que le contesta al anterior con un aumento de su tensión o tono, como acabamos de ver, el omóplato es un centro de retransmisión de tensiones musculares e tantísimas direcciones como no existe en otra parte del cuerpo. Entiendo que la comprensión de la compleja descripción que hicimos de este verdadero mecanismo de relojería, se hará difícil para el neófito lector en esta materia que es la biomecánica, pero sugiero su relectura al solo fin de entender, no las inserciones ni los nombres, ni los detalles aquí descritos, sino comprender las tantísimas direcciones a las que se ve sometido este hueso y cómo entre ellas no hacen mas que potenciarse para establecer lo que me gusta llamar una verdadera “guerra tónica”, la cual como todas las guerras es difícil saber quién la empezó pero una vez establecida no hace más que aumentar en una escalada que sólo lo complica todo. Para aquellos que hayan entendido el problema anatómico y biomecánico, se darán cuenta de la importancia del trabajo que significa el correcto diagnóstico de las tensiones de los músculos participantes para la solución de las patologías, pero tanto el erudito como el neófito habrán entendido que este hueso es de vital importancia en el comportamiento de la postura de una persona, y su ubicación en el cuerpo, no hará más que describir estados de ánimo, expresión de sentimientos, patologías y consecuentes dolores, cuando el omóplato no se halla ubicado en el lugar que le corresponde, ya sea uni o bilateralmente.

El lector se preguntará, cuál es la correcta ubicación, podría escribir un tratado sobre esto, ya que la escápula es algo que ha llamado mi atención desde el inicio del estudio de la problemática del movimiento del cuerpo humano, y seguramente otros autores podrían describirlo y hasta no estar de acuerdo conmigo, algo que sería lógico y

respetable, pero daré sólo a los efectos de no confundir y hacer engorroso este difícil, pero esencial capítulo las pautas en las que estamos todos de acuerdo:

1°- que la escápula debe ubicarse su parte superior a la altura de la segunda costilla

2°- que su ángulo inferior debe coincidir con la séptima costilla

3° - que el vértice del ángulo formado en el hombro por la unión de la clavícula con la espina del hombro, debe coincidir con el lóbulo de la oreja

4°- que cuando se elevan los brazos, la relación del movimiento escápulo-humeral es de 3 a 1 a favor del húmero, o sea por cada tres grados que se desplaza el húmero o brazo, uno le corresponde al desplazamiento de la escápula, si no es así, habrá asincronía.

Seguramente estos cuatro puntos serán muy difíciles de encontrar en alguna persona, ya que todos sufrimos guerras tónicas y por lo menos uno de los cuatro puntos se verá alterado.

Volviendo al tema de las emociones y su expresión fisiológica a través del tono muscular, aunque haya sido difícil entender tantas inserciones y tantas direcciones de fibras de tantos músculos, sí es fácil darse cuenta a capacidad de Inter. Conexión que atiende la escápula ya que une la parte anterior con la parte posterior del tórax, sentimientos duros con sentimientos blandos, la cabeza con el miembro superior, intelecto y expresión, la escápula con la columna, voluntad con expresión, sentimientos blandos e intelecto y por último la escápula con la pelvis, sexualidad y expresión.

Para terminar, sin perder la línea de pensamiento de este texto, me interesa destacar que nada ocurre en forma aislada, el Inter. Juego es lo más destacable, ocurre en forma permanente, varía a cada instante con la tonicidad de cada músculo, la ubicación de cada hueso que interviene en forma directa o indirecta y de esta manera los cambios posturales focales, zonales y global que ocurren a cada instante.

Permítaseme un comentario, a través de muchos años de trabajo, con miles de pacientes en los que he manipulado sus escápulas tantísimas veces , en pacientes que no se conocen entre sí, han repetido la misma frase cuando logro despegar estas el cuerpo y en una maniobra intensa alejo notablemente la escápula del resto del cuerpo buscando la elongación de los músculos al tiempo que realizo movimientos elongándolos a éstos, se repite siempre el “parecen alas” y siempre respondo, son las alas del pensamiento. Creo que esto resume la capacidad de expresión que hay en este hueso.

SEGUNDA PARTE

ACLARACIONES

Los siguientes casos los he seleccionado dentro de los miles de casos que he tratado a lo largo de los años de mi carrera profesional. Los he elegido , no porque sean únicos, ya que todos en cuanto a patología se han repetido en múltiples ocasiones y las circunstancias que acompaña a cada uno de ellos pueden parecer situaciones límites o excepcionales, pero también he atendido tantísimos otros casos que no se desarrollan en este libro donde la vida personal de los pacientes los han enfrentado a situaciones tan particulares como la de los casos que se describen en este texto.

Por supuesto que también existen y en gran cantidad personas atendidas por mí o equipos a mi cargo, donde sus problemas son más parecidos a los cotidianos pero también generan situaciones donde los sentimientos no se canalizan adecuadamente y por ende producen las patologías a las cuales ya nos hemos referido en la primera parte.

El hecho de escribir y difundir estos casos no es una violación de la intimidad ya que están relatados de tal manera que no es posible la identificación de ninguna de las personas y a su vez se identifica a cada uno de ellos con dos letras elegidas al azar que de ninguna manera corresponden con ningún dato filial de estas personas.

Espero que los casos que se relatan a continuación sirvan a otras personas a identificarse o en el caso que no sea así a entender que los sentimientos negados, olvidados o mal resueltos se almacenan en la estructura miofascial y en algún momento a través del dolor corporal expresarán el dolor de nuestra alma.

SEGUNDA PARTE

CASO 1

La señora N vino a verme a partir de la derivación de un médico neurólogo que conocía mi trabajo de técnicas manuales. N había perdido en forma abrupta prácticamente la totalidad de su voz, se expresaba con un ligero susurro que si uno se acercaba y prestaba atención podía entender bastante sus palabras, aunque muchas veces la situación llegaba a tal punto que a pesar de pronunciar sonidos no se entendía lo que decía y se comunicaba por escrito. N a partir de la aparición de este cuadro había recorrido prestigiosos otorrinolaringólogos que habían descartado que su especialidad le podía dar solución ya que no habían encontrado ninguna alteración en el aparato de la fonación, por lo que tuvo derivación a neurología donde luego de varios estudios no se pudo concluir con exactitud que tuviese daño neurológico.

Si era evidente una gran rigidez en los músculos del cuello particularmente en los ECOM, su cuello era muy alargado y su actitud era muy correcta y llamativamente pulcra siendo una persona muy cultivada y con una buena apertura a entender que lo físico y lo psicológico interactuaban. En la exploración ya sobre la camilla no solo experimenté con mis manos la fuerte hipertrofia de ambos ECOM, sino también la fuerte adherencia de éstos a los planos más profundos y que toda la musculatura conjunta anterior comprimía la laringe, lo cual me hacía ver que la fonación se hacía muy difícil por el bloqueo de ésta, aquello que parecía un susurro no era más que la expresión de la falta de salida de aire al intentar hablar.

Primero pensé mecánicamente en lo que estaba ocurriendo y pude observar que como era lógico los músculos angulares del omóplato también se hallaban rígidos y dada su tracción mecánica competían en forma antagónica con los ECOM, lo que daba al cuello el aspecto de un collarín. Otros músculos también se encontraban rígidos y colaboraban con este cuadro pero no quiero entrar en su detalle mecánico para no redundar ya que está claro que el problema siempre se asocia a un bloqueo de la garganta. Como síntomas asociados observaba algunas ligeras y ocasionales migrañas que eran compatibles con la rigidez cervical, entendiéndolo que si aflojaba esa rigidez muscular producía el despegue de los músculos entre sí y desarticulaba el bloqueo mecánico entre músculos antagónicos pensé que iba a liberar la zona y mejorar la

fonación, se lo expliqué a N y lo entendió perfectamente y así avanzamos en el tratamiento.

En las dos primeras sesiones avancé bastante en el objetivo y sus palabras comenzaron a tomar un sonido más intenso lo cual nos puso contentos a ambos por lo cual mientras la atendía podíamos dialogar aún haciendo yo un gran esfuerzo por escucharla, N me comentó que me había escuchado en algunos medios de comunicación y sabía que mi trabajo se relacionaba mucho con los estados emocionales, ahí me di cuenta que siendo N una persona muy intelectual y reservada ese comentario no buscaba congraciarse conmigo sino que me estaba dando pie para que le pregunte sobre su problema y si se relacionaba de alguna manera a algo emocional por lo que le pregunté si quería contarme algo, a eso sonrió y no me dijo nada.

En la siguiente sesión sabiendo que se había abierto la puerta de comunicación entre ambos me planteé ser más directo en cuanto a expresarle que bloqueos musculares de este tipo en la zona de la garganta generalmente significaban para mí un llanto contenido, lo que popularmente se conoce como “nudo en la garganta”, y se lo expresé tal como lo escribo, cuando N escuchó esto puso cara pensativa y me dijo que le parecía bastante lógico pero también le dije que desde mi experiencia profesional esos “nudos en la garganta”, ahogaban emociones que no podían salir pero que en el caso de ella no era muy difícil deducir que independientemente de que esté guardando el llanto de algún sentimiento parecía ser que los músculos ECOM tan fuertes y desarrollados y adheridos a los planos profundos y bloqueando la laringe estaban evitando que ella no pudiese hablar por lo tanto había algo importante que a alguien o a algunos no quería contarles, aunque su cara no dejó de ser seria hizo cierta sonrisa cómplice, yo seguí trabajando y noté que comenzó a relajarse lo cual me facilitaba el trabajo, noté que estaba avanzando rápidamente en el estiramiento y desbloqueo de la zona con las maniobras que son habituales en mi trabajo.

Cuando realizo las maniobras en cualquier paciente y necesito hacer maniobras delicadas de mucha precisión a modo de favorecer el tacto de los pulpejos de los dedos miro hacia otro lado o cierro los ojos e imagino la anatomía de lo que estoy tocando, era esto lo que precisamente estaba haciendo cuando N propinó un fuerte grito que me sobresaltó ya que estaba concentrado en una manipulación muy precisa justa sobre la

laringe y despegando el ECOM izquierdo al tiempo que llegué a sentir como éste se soltaba de sus adherencias a los planos profundos, con gran sorpresa los dos nos quedamos mirándonos, esto es lo que yo esperaba y lo que ella quería, saqué las manos de su cuello y le pedí que hablase pero sólo conseguía que su voz tenga un poco más de fuerza pero ni remotamente se asemejaba al grito, le dije entonces: N, se dará cuenta entonces que si usted puede gritar no existe algún daño que le impida hablar, me dijo obvio , se hizo un silencio entre los dos y le dije que pensaba que tenía algo para contar donde se mezclaba el enojo y el odio. N comenzó a lagrimear, después a llorar de forma intensa por razones de seguridad le pedí que se siente y que llore todo lo que quiera, cogí afectuosamente su mano y le dije que no estaba sola. Su llanto era tal que tuve que acercarle una caja de pañuelos porque su nariz estaba llena de mucosidad y se estaba manchando la cara, le dije que si su miedo era a no poder parar de llorar que no lo tenga porque eso no existía, tarde o temprano iba a detenerse y se iba a sentir mejor, cosa que ocurrió minutos más tarde. Preferimos dar por terminada la sesión y seguir en la próxima, se despidió de mi con una notable mejoría en la fuerza de su voz, pensé como me ocurrió en otros casos que solo había dos posibilidades, o no venía ella nunca más a verme porque sentía que había llegado muy lejos y tendría miedo de si misma o que nos estábamos acercándonos al momento en que me iba a contar lo que le pasaba, de igual forma pensé que se me estaba facilitando la parte emocional pero que como kinesiólogo no debía perder el objetivo de la alineación y balanceo de los músculos que habían producido el cuadro a través de las tensiones musculares crónicas que contenían los sentimientos de N y que sabía por observación que la acción de los ECOM bloqueaban la palabra y el llanto.

Afortunadamente N volvió en la siguiente sesión en el horario pactado y muy puntual, siempre con su cara seria y su expresión amable, daba la sensación de estar recompuesta y dar por sentado lo que había ocurrido en forma madura y avanzar en el tratamiento por lo que se recostó en la camilla mientras le preguntaba cómo estaba a lo que me contestó mejor y noté que su voz no era tan fuerte como se había ido pero realmente había una notable mejoría. Le pregunté ya que había pasado tres días si ella había notado que su voz ya era más importante me dijo que por supuesto y que le estaba permitiendo comunicarse mejor con su entorno, le dije entonces casi bromeando, entonces a lo mejor hoy tendrá ganas de contarme algo. Sabía que N trabajaba en una entidad religiosa pero nada más, a los pocos minutos de empezar a trabajar N comenzó a

hablar sin cesar, me contó que había llevado una actividad religiosa profesional durante 40 años y que hacía muy poco la había abandonado, pero como no podía alejarse de ésta porque aún le parecía vocacional trabajaba en una entidad civil en actividades caritativas, le pedí permiso y le dije que si quería no me respondiera y entonces le pregunté si había una relación entre el abandono de los hábitos y la pérdida de fuerza en su voz, me contestó con bastante nerviosismo que esto había ocurrido en forma simultánea, cuando le quise aclarar que esto no podía ser una casualidad interrumpió mis palabras diciéndome que sí, ya lo sabía y que le costaba y le dolía pensar en eso, inmediatamente siguió hablando con la voz bastante firme y en forma casi verborrágica contándome que había abandonado la actividad religiosa porque sentía que estaba traicionando las instituciones que representaba, se hizo un silencio como para que le pregunte cuál era la traición, preferí callarme, el silencio se prolongó y N rompió nuevamente en llanto. Comenzó a contarme que desde muy jovencita había mantenido relaciones homosexuales con una amiga de la cual estaba enamorada, esta relación se mantuvo por más de 40 años y recientemente luego de un profundo deterioro de la relación, ella se enamoró de un joven y mantenía una relación heterosexual, sentía que lo que había hecho no había estado bien y de eso se trataba la traición de la que me había hablado inicialmente.

Lo que relato en este caso no lo cuento para impresionar ni intentar dar un golpe bajo, pero no cuesta mucho entender que lo planteado por N, no es fácil que la sociedad lo entienda y la intensidad de los hechos llevaron a N a un silencio obligado por la incompreensión del entorno. Creo que nadie puede juzgar a N, pero N se juzgaba a sí misma y su silencio se transformó en una verdadera prisión para su aparato de fonación a través de la tensión de los músculos de su garganta.

Si bien los hechos son absolutamente reales no he entrado en detalles de ambas relaciones de N porque verdaderamente son más complejas de lo que aún parecen y esto lo escribo para que se entienda el sufrimiento de esta persona independientemente de las creencias, criterios y leyes con la que los distintos sectores sociales puedan juzgar a una persona. De lo que no me cabe duda es que cuando uno inicia un proceso conciente como en este caso fue guardar silencio en cuanto a no contarle a nadie se inicia otro proceso inconciente que a través del sistema nervioso central genera tensiones

musculares que van a tratar de actuar de forma específica en evitar que ocurra aquello que nos genera tanto miedo, como en el caso de N, fue guardar silencio.

En otros casos veremos que no siempre la actitud consciente e inconsciente están tan de acuerdo como en este caso y a veces las tensiones musculares son las que terminan contando el problema, pero esto quedará mas claro cuando contemos un ejemplo con otro caso, particularmente aquellos relacionados con los dolores de la espalda baja y la voluntad.

Seguramente usted se preguntará cómo se resolvió la situación de N, ella recuperó un alto porcentaje de su voz, lo cual le hizo una vida casi normal en cuanto a comunicarse y en eso consistía mi trabajo de kinesiólogo, le sugerí a N un tratamiento de psicoterapia para poder resolver el desencuentro de sus sentimientos, dijo que lo pensaría , no se si lo realizó ni supe más de ella.

SEGUNDA PARTE

CASO 2

Alguien que me conocía por haber realizado años atrás una transacción inmobiliaria y a quien llamaremos HP me llamó muy preocupado porque llevaba más de 6 meses con un intensísimo dolor de espalda baja diagnosticado como hernia de disco

(en mi libro Dolores Corporales explico mi disidencia con que las hernias de disco sean las causales exclusivas del dolor de espalda y mi oposición a la cirugía como solución y ejemplifico los casos con los que evité operaciones de este problema), acudió a mi porque su cirugía era inminente y sabía que manejaba una técnica con la que solucionaba este tipo de dolencias evitando la cirugía, faltaban 12 días para que ingresase a quirófano.

HP se presentó en mi consulta y me impresionó verlo después de tanto tiempo deteriorado, muy delgado y con el rasgo de sufrimiento dibujado en su cara, me contó que no podía sentarse, que comía de pie, tampoco podía estar mucho tiempo en la cama, por lo tanto su descanso era pobre, ya no había analgésico que le disminuyese el dolor y que se encontraba desesperado.

En su TAC (tomografía axial computada), no sólo se veía una hernia discal sino que se veían tres pero al revisar toda su columna y particularmente ambas articulaciones sacroilíacas, me quedaba claro que estábamos frente a otro caso donde el dolor provenía de la lesión de una de estas articulaciones y esto se corroboró con una de las radiografías de pelvis que me había traído, por lo que si trabajaba en la realineación del sacro y lograba engarzar la articulación limpiar el tejido fibroso que se había formado en el ligamento interarticular, esto llevaría a una desinflamación generalizada de la zona eliminando el dolor principal y su irradiación posterior del muslo (ciática). Aproveché la oportunidad luego de haberlo examinado durante más de una hora para iniciar ahí mismo la primera sesión de trabajo para poder demostrarle a HP que si actuaba en la articulación sacroilíaca (se encuentra en la parte media de la zona glútea y hacia fuera del eje del cuerpo), que marcándole con un dedo dónde estaban las hernias en HP que medía poco más de 1,80 m la compresión de la zona sacroilíaca se encontraba en una diagonal que terminaba a más de 15 cm de donde le habían dicho se producía el dolor y la compresión de mi dedo en la zona que yo le indicaba que se

producía el dolor le originaba la sintomatología más intensa que el describía incluyendo la irradiación a la pierna, le quedaba claro que allí no había ningún disco con lo que me propuse aliviarle su padecimiento con un trabajo específico de media hora para que comprendiese que había un error de diagnóstico y aunque se operase no le iban a quitar el dolor.

Trabajé con mis manos con una técnica específica de presión, manipulación y uso terapéutico del frío, como es lógico no había curado a HP, necesitaba varias sesiones más pero había aliviado notablemente sus síntomas, a tal punto que con bastante facilidad se sentó en la camilla y sorprendido me dijo, usted no sabe hace cuánto tiempo yo no estoy en esta posición, a lo que le contesté ahora usted sabe que no tiene que operarse. HP era una persona de carácter muy rígido, había sido capitán de las Fuerzas Armadas, por su edad sabía que había estado en ejercicio durante la dictadura militar que ocurrió en mi país, a su falta de simpatía debí hacer un gran esfuerzo para que no se note la indignación que me causaba saber que había pertenecido a esa triste etapa de mi país. Yo no podía de ninguna manera hasta ese momento aseverar que HP hubiese participado en forma directa o indirecta en los lamentables sucesos que caracterizaron esa horrorosa dictadura, por lo que decidí concentrarme en mi tarea profesional y no hacer prejuicios, mi obligación era curarlo y nada más, aunque reconozco que quería terminar lo más rápido posible para no tener que volver a verlo.

Se sucedieron reuniones terapéuticas donde HP mejoraba eficaz y velozmente, de algún modo me sorprendía pero por otro no me llamaba la atención que mi imagen creciese frente a la actitud de HP que no era ni más ni menos que la clásica subordinación del militar frente a quien él ahora consideraba un superior, obedecía todas mis recomendaciones como si fueran órdenes y su predisposición durante el trabajo era tan disciplinada que me incomodaba. Como el objetivo se estaba cumpliendo y HP estaba muy contento y mi empatía hacia su persona no mejoraba el diálogo era casi nulo aunque él intentaba congraciarse, el tipo de técnica que le estaba aplicando intercambiaba maniobras sutiles con algunas que por momentos producían dolor, corría el año 1997 y si bien la técnica que realizaba era muy reconocida y efectiva todavía no había solucionado el problema de trabajar esta patología sin generar dolores importantes cosa que logré hacerlo a partir de los cambios efectuados en mi técnica a

partir del año 2000, si esto hubiera ocurrido después de esta fecha no podría contar lo que ahora voy a describir.

Cada vez que producía dolor en HP como a todo paciente le indicaba que pusiera el límite porque no era necesario sufrir indefinidamente y a mis paciente siempre les decía que yo no necesitaba héroes, claro que HP en su condición de militar la palabra héroes tenía a otro significado por lo que simplemente le pedí que me avise cuando dolía mucho. Pero aquí apareció su primera desobediencia, no solo no me pedía que me detuviera sino me pedía que siga mientras hacía muecas de dolor y cerraba sus puños, entonces era yo el que detenía la acción, aplicaba el frío terapéutico y luego continuaba.

Me quedó claro que HP disfrutaba con su dolor, empecé a pensar que HP disfrutaba del dolor, empezó a invadirme la idea del dolor y la tortura, me esforzaba por seguir con mi tarea profesional y no provocarle más dolor del que el necesitaba para curarse, sin que yo le preguntara nada cuando HP estaba casi en el final de su tratamiento con una disponibilidad de la movilidad de su cuerpo, descansaba bien, su rostro había vuelto a ser el de aquel hombre soberbio que yo había conocido, HP, empezó a hablar en las sesiones más allá de mis silencios, hasta que un día me preguntó si los años que él había pasado trabajando en inteligencia del ejército, haciendo guardia en autos (sin identificación), frente a la casa de lo que el llamaba el enemigo y yo conocía como víctimas con su arma reglamentaria colocada en la cintura durante tantas horas podía haber sido la causa de su dolencia. Desde el punto de vista biomecánico esto podría tener una importancia pero cuando HP me dijo esto me di cuenta que estaba frente a un posible asesino y torturador que gozó con el dolor ajeno por una causa que solo él y sus colegas creían que era justa. Ya habían pasado muchos años de aquellos hechos, toda la sociedad de mi país rechazaba aquello, evidentemente HP negaba sus errores y horrores pero se le habían instalado en su cuerpo y lo revivió con mucho dolor, lo sufrió en carne propia, justo en el lugar donde apoyaba su arma, a su pregunta si esto le podría haber provocado una lesión no le contesté, un fuerte suspiro mío le hizo entender mi desagrado y me puso frente al peor desafío de mi carrera profesional, tenía mi fuerte pulgar apoyado en el lugar justo para hacerle doler y encima contaba con su aprobación, podía abusar de la situación, detuve la maniobra, pensé qué hacía, por un segundo reconozco me tenté de hacerle doler mucho pero juro que me di cuenta que iba a ser igual que él.

Terminé la sesión lo más rápido posible y lo esperé para la próxima, en la que lo recibí con un colega que era discípulo en mi técnica y trabajaba conmigo, le expliqué a HP que ya a esta altura su mejoría era casi total cosa que reconoció ampulosamente como un subordinado y que ahora iba a trabajar hasta su alta terapéutica con mi colega.

En su cara se leía como un traspaso de poder, finalmente HP alcanzó el alta y volvió a su vida normal de agente inmobiliario.

. Tiempo más tarde HP se encontró con mi esposa en la calle y se mostró tremendamente agradecido por el trabajo que lo había salvado de la cirugía y su padecimiento, estoy seguro que HP nunca entendió que su dolor tuvo que ver con el dolor que el causó, creo que todavía seguirá pensando que sus víctimas fueron culpables de su lesión , no hay duda que el trabajo técnico que yo le realicé fue la base de su curación pero HP depositó en mi una subordinación similar a lo que ellos llamaron después obediencia debida y con eso lavó su culpa.

Cuando HP entró en mi consulta con su rostro desdibujado por el dolor y el cansancio tenía una postura de hombros volcados hacia delante, el abdomen flojo a pesar de ser delgado y sus rodillas y caderas parecían no poder sostenerlo, esa postura distaba mucho de la que yo conocía de tiempo atrás cuando era una persona extremadamente erguida con su tórax insuflado, sus piernas rígidas, esta es la postura que volvió a tener HP cuando terminó el tratamiento.

HP estaba cargado de sentimientos duros, los sentimientos blandos amor, piedad, compasión, los encontramos en la parte anterior del cuerpo por eso el afecto lo expresamos con abrazos de cuerpos enfrentados por su parte anterior, cuando HP se vio vencido por su dolor tomó una posición volcada hacia delante tratando de recluirse en un sentimiento de afecto, quizás esa haya sido la gran sorpresa que sentí al verlo, su abdomen ya no era tenso, su tórax estaba hundido y sus hombros estaban volcados hacia delante con sus rodillas ligeramente flexionadas al igual que sus caderas. HP había encontrado un lugar donde descansar su dolor en la parte donde volcamos los sentimientos blandos, algo que él no estaba acostumbrado a sentir , en su profesión lo habían adiestrado para ser duro, pero por lo que acabamos de ver en esta situación

necesitó afecto, algo que nunca pidió verbalmente pero su cuerpo lo expresaba, pero dada como estaba estructurada su psicología ni bien se encontró saludable y recuperó su omnipotencia de hombre duro tampoco lo expresó verbalmente pero su cuerpo recuperó su posición intimidatoria.

SEGUNDA PARTE

CASO 3

La señora AA se presentó en mi consulta para iniciar un tratamiento sobre una escoliosis que presentaba desde muy pequeña.

Cuando la asistente la preparó para que la revisase y observé su cuerpo en ropa interior quedé sorprendido por la deformidad de su espalda que si bien la escoliosis puede realizarse cuando no ha sido tratada en forma adecuada y yo había tenido una conversación previa con AA en la cual me había explicado que de pequeña y adolescente había utilizado corsé del que ella había referido no había obtenido grandes resultados pero que por lo menos en su momento había evitado una cirugía que por la edad que en ese momento que tenía AA suponía una mujer de aproximadamente 60 años pensar que en su adolescencia, más de 40 años atrás la cirugías estaban mas en boga que en la actualidad, pero la espalda que yo veía, si bien en mi opinión personal, los corsé no obtienen grandes resultados la deformidad superaba todo fracaso, parecía que nunca habían hecho nada por ella.

Vestida tenía un porte que de ninguna manera dejaba ver tal deformación, examinaba a la paciente con mis manos recorriendo su columna, observaba las radiografías cuyas mediciones me marcaban en la desviación superior 90°, un número que para aquellos que no son legos en la materia, duplica el máximo tolerado por muchos cirujanos que con 45° operarían sin pensarlo dos veces y cualquier libro de ortopedia quirúrgica aún en la actualidad lo indica así, si bien como dije antes no estaba de acuerdo con el uso del corsé tampoco lo estoy con la cirugía pero eso lo sustento siempre y cuando al paciente se le de un tratamiento de técnicas manuales ortopédicas que los reemplace. Lo concreto es que AA era un caso absolutamente excepcional, digno de un ateneo o para figurar en los libros, cuando le pregunté a ella desde qué edad tenía esa desviación me dijo que desde la adolescencia se había mantenido por mucho tiempo entre 45° y 50° pero que desde hacía unos años se había desviado bruscamente y no me contó mas que eso.

Comencé a trabajar la espalda de ella con la técnica de elongación manual selectiva y movilizaciones osteopáticas, no me importaba tanto el número de grados que disminuyeran sino cómo quitarle los fuertes dolores que la aquejaban y darle elasticidad a todo su cuerpo, fundamentalmente a la columna.

Trabajamos en forma periódica dos veces por semana durante más de un mes, e íbamos obteniendo unos resultados realmente entusiastas, al mes sus dolores prácticamente eran mínimos y eso le alegraba muchísimo, ya no tomaba prácticamente ningún tipo de analgésicos y podía dormir toda la noche de corrido. En cuanto a la flexibilidad se podía observar un gran avance que era medible en forma objetiva con pruebas funcionales, pero lo que más me importaba a mi que ella que tenía de profesión la alta costura, tarea que realizaba con su cuerpo durante muchas horas en posiciones forzadas de acuerdo a su relato se hallaba encantada por el rendimiento que tenía, sobre todo cuando en un principio frente a su deformidad me parecía imposible que pasase tantas horas sentada cosiendo con tanta precisión. Me seguía llamando la atención que fue lo que hizo que siendo adulto disparase una medición en su desviación ya tan alta a un número exorbitante, qué músculos habían traccionado tan violentamente y en tan poco tiempo para arrasar hacia delante con tantas decenas de grados, biomecánicamente hablando y patológicamente hablando los espinales juegan en la escoliosis un rol decisivo y fue donde centré más mi trabajo, estaban sumamente rígidos, parecían verdaderos cordones fibrosos y debía ser sumamente preciso y sutil para no provocar dolor en las maniobras, sabiendo que emocionalmente hablando estos músculos se relacionan con la agresividad y el enojo, sabía que la causa estaría por ahí, pero como en un momento me contó que si bien aún ella era una destacada profesional de su medio (vestidos de novia), cosa que era pública y siempre lo había sabido estaba renaciendo de un quebranto económico que había sufrido hacía unos pocos años que la había obligado a vender muchas propiedades, despedir mucho personal de sus talleres y habían sido producto de los vaivenes económicos que se habían sucedido en esos años en el país y realmente poco tenía que ver ella en lo que había ocurrido, creía que entonces ese era el motivo de su enojo, algo estrictamente relacionado con lo material como ya lo había visto en muchos empresarios que sufrían no escoliosis pero sí las lumbalgias y los dolores de cuello eran las constantes frente a estos problemas, pero sabiendo que tenía una base de una gran escoliosis desde pequeña forcé mi razonamiento hacia ese lado en cuanto a querer relacionar las emociones con la patología.

Un día trabajando la parte superior del tórax donde encontraba los músculos pectorales del lado izquierdo tremendamente acortados y adosados entre sí (mayor y menor), haciendo una maniobra en la cual meto la mano por la axila y mis dedos van penetrando por el tórax despegando el pectoral mayor del menor al tiempo que al primero lo estiro, lo alineo y lo balanceo, es un trabajo que suele llevarme la primera vez casi media hora porque es doloroso y lo realizo con mucha suavidad y precisión y actúo en equipo con el paciente que me va indicando la tolerancia a la maniobra, realmente AA lo hacía muy bien y el trabajo nos estaba saliendo de maravillas y la alineación del músculo nos estaba llevando como consecuencia, a la transformación de la postura de toda la parte superior de ese lado, casi al final del trabajo y cuando a ella se la veía muy feliz porque estaba notando cómo la espalda se estaba apoyando en la camilla cosa que no ocurría desde hacía años cuando ella se acostaba en algún lugar, AA comenzó a lagrimear emocionada, pero no parecía una emoción de alegría por la expresión de su rostro sino una tristeza guardada.. En ese momento le pregunté si le pasaba algo, me tomó la mano con la que estaba terminando la tarea de una forma muy afectiva ,con lo que me di cuenta que no me quería retirar la mano por el dolor, le dije entonces un poquito más que ya lo logramos y naturalmente con una voz muy suave me dijo sí, pero ya nadie me lo va a devolver, le pregunté,¿ el tiempo perdido?, me dijo, no eso no tiene importancia, a mi hijo, le dije que no entendía y comenzó a contarme.

Al tiempo que yo retiraba las manos de su cuerpo y le tomé la cabeza con las dos manos para darle una contención afectiva y me preparé para escuchar algo que seguramente sería duro, hacía aproximadamente 7 años a su hijo menor que por entonces tenía 18 años lo asaltaron en la calle para robarle un walkman , al parecer el joven intentó resistirse y sin mediar palabra el asaltante, otro joven, que de acuerdo a la descripción de los testigos parecía un adolescente disparó sin piedad un arma de alto calibre sobre su corazón, asesinándolo instantáneamente. AA me lo contó con lujo de detalles como si todo estuviese ocurriendo en ese mismo instante y ella estuviera presente , a pesar de que ella no estuvo allí, luego me contó que durante más de un año iba a leer el expediente de la causa casi a diario varias veces al día.

Las zonas que había trabajado y desbloqueado era la zona donde había impactado la bala en su hijo, ella sola concluyó y me dijo, me ha destrabado la

protección y el gesto que debe haber hecho mi hijo al morir, realmente no había que tener mucha imaginación ni saber de anatomía para llegar a esta conclusión, casi como una acotación profesional le dije seguramente a partir del incidente es cuando su escoliosis aumentó en forma tan alocada, me contestó que por supuesto tan alocada como la muerte de mi hijo, lloraba en forma bastante contenida, la invité a dejarse llevar por el llanto pero no lo hizo, siguió llorando con una rigurosa discreción a pesar de la confianza que ya se había entablado.

En las siguientes sesiones no hablábamos de otra cosa mientras trabajaba sobre ella que no sea otra cosa, que los hechos que acontecieron alrededor de la muerte su hijo, su marido se había hecho alcohólico y ella se había volcado obsesivamente al trabajo, al tiempo que su cuerpo se había vuelto horrorosamente doloroso pero todos los tratamientos que le proponían eran a base de analgésicos y antiinflamatorios que le habían provocado con el tiempo un principio de úlcera, por lo que sufría mucho sus dolores y se resistía a tomar la medicación por el daño que le causaba y ya con el tiempo la medicación tampoco hacía su efecto, aunque como pasaban tantos años aparecían en el mercado farmacológico nuevas generaciones de analgésicos que amortiguaban por un nuevo espacio el dolor. Así vivió muchos años hasta que entró en un período donde el dolor formaba parte de su vida al tiempo que la deformación corporal se había establecido en las cifras con las que llegó a verme.

A esta altura llevábamos casi 4 meses de tratamiento, el alivio era absoluto y la transformación postural y ortopédica extremadamente notable, ella tenía revisiones semestrales con un traumatólogo de prestigio mundial al que yo respetaba muchísimo, le dije que ante los hechos adelante su entrevista de control porque era evidente que nos íbamos a encontrar con una gran sorpresa en su próximo espinograma, ella también estaba muy entusiasmada en adelantar esa entrevista porque apreciaba mucho a este médico y sabía que estos resultados iban a ocurrir y quería saberlos cuanto antes y los dos sabíamos de la fiabilidad del ortopedista. Y así ocurrió, los resultados fueron extraordinariamente satisfactorios, los 90° se habían transformado en 58° y la corrección de la curva inferior manejaba una corrección similar, pero para mi el verdadero objetivo no era matemático, sino era haberle quitado el dolor, darle una gran calidad de vida y haber asociado el hecho de su hijo como desencadenante del derrumbe de su columna, el médico se comunicó conmigo, nos conocíamos de algunos congresos y nos

respetábamos mucho, convenimos que había que seguir el tratamiento por tiempo indeterminado ya que los dos veíamos que teníamos mucho por ganar y sostener la situación actual, algo que se prolongó por más de un año después de esta charla telefónica.

Pasado ese poco más de un año de tratamiento la postura corporal de AA era altamente satisfactoria , fueron pocos los grados que disminuyeron en ese tiempo pero pudimos romper la barrera de los 50°, era lógico que los grados fueran pocos y desde el punto de vista ortopédico con el traumatólogo coincidíamos que eran los más difíciles y los más loables, a mayor cantidad y teniendo en cuenta el problema emocional eran mas “fáciles” de hacer descender pero estos 9° eran estructurales y muy antiguos, pero insisto como dije antes no se trata de una victoria matemática, la calidad de vida de la paciente era excelente sin ningún tipo de dolor y con una envidiable elasticidad para realizar sus movimientos, participaba en unos grupos de gimnasia postural que yo dirigía y realizaba algunos ejercicios de niveles avanzados que muchos participantes con una columna casi normal no podían realizar.

Un día a la llegada a mi consulta la que entonces era mi secretaria con una cara muy desencajada me informa que AA no iba a venir en esa jornada, inmediatamente me dijo el motivo, su otro hijo que entonces tenía 35 años había tenido un gravísimo accidente automovilístico en la ruta y había fallecido instantáneamente junto a su acompañante. Mi sorpresa fue total, le pregunté si habían llamado de AA porque la imaginé fuera de sí, para mi asombro me dijo que no, que era ella y se lo había dicho con una frialdad que fue lo que más tenía impresionada a mi secretaria dentro del trágico acontecimiento, inclusive le explicó que tardaría algunos días en retomar el tratamiento porque tenía muchos trámites que hacer ya el accidente había ocurrido a muchos kilómetros de la ciudad y pertenecía a otra jurisdicción por lo que los trámites serían complicados, pero le remarcó que le guarde los turnos habituales para diez días porque iba a necesitar el tratamiento más que nunca. Todo sonaba muy coherente y no extrañaba al funcionamiento de AA, pero realmente era poco creíble que las circunstancias no la avasallen por lo que me mantuve atento pensando que se quebraría emocionalmente y pasaría mucho tiempo sin venir, perder un hijo en circunstancias trágicas debe ser una de las cargas más difíciles de sobrellevar, pero que ocurra dos veces en la misma persona a lo largo de su vida y aún más siendo sus dos

únicos hijos parecía más el argumento de una película de mal gusto que la realidad misma.

AA concurre a su cita puntualmente pasados los diez días, reconozco que el día anterior no podía inclinar la balanza hacia el lado de si venía o no venía todo era raro e imprevisible.

Cuando la vi su cara era muy seria pero no estaba transfigurada por el dolor en apariencia ni sus ojos aparentaban sorpresa por lo ocurrido, como es lógico era muy difícil encontrar las palabras para romper el hielo por lo que sencillamente opté por darle un beso afectuoso y abrazarla, sentí que se estremecía y al mismo tiempo trataba de mantenerse firme.

Prácticamente pasamos directamente al trabajo, revisé primero su espalda y si bien habían pasado muy pocos días de la última vez que la atendí, al palpar las apófisis de sus vértebras podía sentir que su columna se había desviado y la tensión de sus músculos era muy marcada, comencé a hacer mi trabajo en función de lo que encontraba proponiéndome ir paso a paso, porque si bien la sesión del día era importante mi duda se centraba en los tiempos que vendrían, cómo manejaría sus sentimientos y de qué manera respondería su cuerpo a estos ya que la patología siempre estaba subyacente. Durante la misma sesión ella comenzó a hablar del hecho, me relató brevemente cómo aconteció el accidente y remarcó la muerte instantánea de su hijo donde se denotaba un alivio para ella porque sabía que no debía haber sufrido, después ubicó la charla en un montón de temas administrativos que si bien eran molestos nunca se podían comparar con el inmenso dolor de la pérdida y casi sobre el final de esa sesión me soltó una frase que nunca olvidaré “por cuestiones de probabilidades creía que esto no me podía pasar a mí habiendo perdido a JJ, las posibilidades de perder otro hijo creía que eran nulas, pero ya ve, esta vida siempre da sorpresas”, la frase era de una lógica estricta, no pude responderle nada pero me asombraba ver cómo había congelado sus sentimientos, lo que no me asombraba, era que los músculos espinales y los de la nuca se encontraban así, como congelados.

Trabajé un mes sobre AA y su cuerpo respondió muy bien pero seguía manteniendo esa actitud fría de no entrega, sabía que la curvatura de su escoliosis había

aumentado, era notable, pero se mantenía sin dolor y aumentaba su rigidez más allá del accidente correspondía una evaluación ortopédica que acusó un aumento de 12°, tanto ella como el traumatólogo y yo teníamos claro de dónde provenía. Seguimos trabajando y AA comenzó a parecerse a una madre que había perdido un hijo hasta que un día me comentó que al fin había podido llorar la muerte de su segundo hijo, eso había ocurrido una noche y lo hizo por muchas horas, a partir de ahí el trabajo se me hizo mucho más fácil, si bien en todo ese período no hubo dolores, tampoco existieron después pero comenzó a flexibilizarse notablemente y a recuperar la elasticidad que le había caracterizado en los años de tratamiento, su cara se avejentó notablemente pero su postura se mantenía en lo habitual, estaba deprimida y comenzó a hacer tratamiento psicológico para acompañar el duelo, así seguí trabajándolo a ella por bastante tiempo, tuve que derivarla porque yo decidí vivir en otro país, realmente fue bastante duro para los dos tener que cortar el vínculo, se mostró feliz porque sabía que ese cambio tenía que ver con cuestiones profesionales satisfactorias para mí, y eso la alegraba y por otro lado el profesional que la iba a tratar era un discípulo mío que conocía perfectamente y sabía que la iba a llevar por el buen camino terapéutico y la contención afectiva.

Este caso muestra una vez más la relación entre los sentimientos, el tono muscular y las patologías que se crean a partir de una hipertonia crónica que se crea a partir de la falta de una buena expresión de los sentimientos.

En el caso de AA el protagonismo biomecánico se lo llevan los músculos espinales en el desbalance que se hizo a ambos lados de su columna, es bueno recordar que a través de los músculos espinales se desliza el reflejo de la agresividad y esto es lo que sentía ella por sobre todo en la primera muerte ya que en la segunda más que agresiva había quedado rígida, no solo en los músculos de su espalda sino también en lo que hacía a su cuello en una clara alusión a no querer perder la cabeza (volverse loca), ante una situación que puede desbordar en la coherencia de cualquier ser humano. Por supuesto en el caso de la mecánica de la producción de las desviaciones trabajaban otros músculos más allá de los espinales, sobre todo aquellos que unen por detrás la pelvis con el tórax y las escápulas con la columna, cuyo protagonismo era secundario pero importante y requirieron un trabajo específico en sesiones aisladas, pero el eje siempre se mantuvo a lo largo de toda la musculatura espinal desde el sacro hasta el

occipital, porque ahí estaba cargado su enojo y mecánicamente mantenían la simetría posible de un cuerpo claramente tironeado por los hechos.

En el caso de su primer hijo los hechos externos se caracterizaron por una violencia irracional en una situación inesperada que la tomó por sorpresa pero su odio podía ir dirigido hacia la persona que asesinó a su hijo, si bien muchas veces ella demostró comprensión hacia el culpable del asesinato, según su relato por la edad y las circunstancias sociales que lo habían empujado hacia eso, su cuerpo no decía lo mismo ya que sus músculos espinales estaban cargados de odio y agresividad. En la segunda muerte la responsabilidad estaba puesta en la imprudencia de su propio hijo quien había adelantado un automóvil en un área prohibida a una velocidad inadecuada con una maniobra temeraria que culminó con su desgracia, creo que la frialdad inicial de AA era porque no quería enojarse con su hijo ya muerto pero conocía perfectamente la responsabilidad de los hechos, en este caso su cuerpo se puso rígido fundamentalmente en los espinales por la agresividad que la situación le proponía pero también hay que tener en cuenta la rigidez de los músculos de la nuca, porque su inconciente pensamiento de que iba a pasar a la locura ante los dramáticos hechos la hacían tener la sensación de que iba a “perder la cabeza”.

En la primer hecho ella lloró durante el tratamiento al tiempo que me contaba lo que sentía y padecía, en el segundo caso no lo hizo, sospecho y solamente eso, sospecho, que cuando lloró en su soledad debe haber descargado el enojo que guardaba a la imprudencia de su hijo pero que su amor por él encubría y no quería que nadie lo supiera.

SEGUNDA PARTE

CASO 4

Este es otro caso en el que se puede demostrar claramente cómo a partir de un dolor que nace desde la articulación sacroilíaca, podemos ir indagando en el cuerpo desde la exploración manual y la observación de las tensiones en los músculos que hacen relieve en la piel del paciente, hasta llegar con el trabajo de restauración a la confesión del paciente de cuánta voluntad sobrecargó sobre la articulación mencionada y cómo esa voluntad se manifestó para poder paliar sentimientos encontrados ante un hecho en el que no podía decir basta.

Una mañana mi secretaria me llama a mi casa diciéndome que una persona había llamado a mi consulta y que en forma insistente quería hablar conmigo lo antes posible, cuando pregunté cuál era la urgencia, ante mi sorpresa, me dijo que esta persona quería hablar conmigo porque se iba a operar de hernia de disco en la tarde de ese mismo día.

Si bien sabía que en esos tiempos cuando vivía en mi país, mucha gente a través de distintos medios sabía que la técnica que yo manejaba y que ejecutaba junto con un equipo de discípulos era una alternativa que había evitado muchas cirugías, ya eran muchos los casos que hablaban por sí solos y yo daba conferencias en numerosos lugares sobre el tema, realmente esta situación me sorprendía a tal punto que me pareció de antemano alguien con poco criterio y que seguramente la situación no sería tal como me la planteaban, porque no parecía nada serio ponerme en la disyuntiva de opinar por teléfono a alguien que se iba a operar unas pocas horas después. Como dejó su teléfono y a esa altura de la mañana ya había llamado ella a la consulta varias veces, decidí tomar cartas en el asunto para tranquilidad de todos pensando que se trataba de alguien que estaba planteando algo que no era real.

Cuando me comuniqué con FF esperando que me atendiese alguien que por lo menos estaba alterada, cuando no en su sano juicio, me encontré con una voz correcta que me agradeció profundamente la molestia de llamarla, y fue ella quien me explicó lo extraño de la situación y me pedía disculpas por el momento de incertidumbre que me estaba haciendo pasar, empezó a parecerme que estaba frente a una persona coherente, y le pedí que por favor me explicara tranquila y con mucho detalle qué le ocurría. Me leyó

dos informes, ambos de tomografías axiales computarizadas realizadas con diferencia de 6 meses, firmados por el mismo médico radiólogo que yo sabía que era un profesional más que confiable, y que pertenecía a una institución de mucho prestigio médico a la cual accedía por su seguro de salud. Los informes eran terminantes en cuanto a que tenía dos hernias de disco, me contó que dos neurocirujanos habían coincidido en que la solución a su padecer era la cirugía y se había puesto de acuerdo con uno de ellos para realizarla, este en particular realizaba una microcirugía de tipo artroscópica lo cual le ofrecía mayor seguridad y menos trauma. A esa altura yo estaba convencido que estaba hablando con una persona totalmente coherente, pero tuve que decirle que a tan pocas horas de la cirugía no era bueno que le de por teléfono mi opinión (no me parecía bien decirle que yo no estaba de acuerdo con las cirugías ya que podría influir en su estado de ánimo ante a inminente operación), fue ella entonces la que me dijo la que sabía que yo no estaba de acuerdo con este tipo de intervención , me había visto en un medio de comunicación dar una explicación sobre esto y había quedado muy impresionada con la opción y a los pocos días una persona cercana a ella le había comentado que se había atendido conmigo pidiéndole que tenga una consulta conmigo ya que ella había pasado por una situación similar y había tenido éxito con el tratamiento que yo le realicé, la suma de ambas cosas ante la realidad inminente de la cirugía de la cual ella nunca había estado del todo convencida, que de sus textuales palabras dijo, me parece algo agresivo y me da miedo.

En ese momento quedé comprometido como opción y realmente poco me importaba el poco tiempo que quedaba para el inicio de la cirugía, y le pregunté si ella asumía la responsabilidad de comunicarse con el neurocirujano y suspender la intervención hasta mejor oportunidad, me dijo que si la atendía en ese mismo día por supuesto lo haría. Cortamos la comunicación para que pudiera comunicarse con el neurocirujano y que le explique su temor porque seguramente el la comprendería y preferiría esperar. Esto ocurrió tal cual, el profesional actuó como tal, le sugirió que me viese ya que el no quería operar a alguien con miedo y que si había una opción a la cirugía debía agotarla, con esto todos nos quedamos mucho más tranquilos y me reuní con FF esa misma tarde sin ningún tipo de presión.

Cuando FF se encontraba boca abajo en la camilla a simple vista veía sus pilares lumbares tremendamente tensos y desarrollados, parecían pertenecer a otro cuerpo ya

que otras parte del cuerpo no tenían ese desarrollo ni esa tensión. Cuando se produce el desajuste de la articulación sacroilíaca un músculo llamado cuadrado lumbar que va desde la última costilla al alerón iliaco y desde ambos huesos a las vértebras lumbares (para mayor información ver Testut o Rouviere), este músculo toma punto fijo en el ángulo comprendido entre la primera vértebra lumbar y la duodécima costilla y las fibras que de ahí emergen cuando llegan al alerón iliaco, hacen de sostén de la inestabilidad de la articulación por lo que cuando uno presiona en este ángulo se encuentra un fuerte dolor y nódulos fibrosos, ese lugar siempre es doloroso a la palpación y el paciente generalmente no sabe que en esa área había un punto tan doloroso, pero los efectos de mi semiología me deja clara la inestabilidad sacroilíaca correspondiente por lo que sé que cuando vaya a presionar a la altura de la segunda vértebra sacra en la articulación encontraré un punto muy doloroso, que es la inflamación y fibrosis de un ligamento de refuerzo que me confirma el proceso inestable. Todo esto ocurrió matemáticamente en el cuerpo de FF, le mostré a ella la distancia que había entre esos puntos tan dolorosos y el lugar anatómico dónde se encontraban las hernias (ya había visto las tomografías), si bien el primer lugar le dolió bastante y le sorprendió tener un punto tan doloroso, el segundo lugar lo reconoció con una frase que me sirve para confirmar el diagnóstico, y al paciente para comprender lo que le está pasando, y esta es “ eso es lo que siento cuando tengo las crisis de dolor”, FF, como lo hacen muchos pacientes me pidió si le podía volver a presionar para poder recrear nuevamente la sintomatología porque esto la convencía de que el problema podría estar ahí, ya que nunca nadie le había explorado ese refuerzo ligamentario (cuando un paciente no lo solicita que son la mayoría, yo se lo propongo para que tenga una representación sólida y eficaz de lo que le está ocurriendo).

En esta segunda oportunidad y avisándole a FF ubiqué bien el ligamento comencé a presionar lentamente hasta llegar a una mayor intensidad que en la exploración anterior y esta vez, con mayor convicción me dijo, sí, es igual al dolor que siempre tengo, sin quitar el dedo del lugar le pedí que observase lo que iba a ocurrir ahora, con igual presión desplazé mi dedo poco menos de un centímetro arriba y poco menos de un centímetro abajo del punto clave y observó como una irradiación bajaba por la parte posterior del muslo en forma, según sus palabras, de electricidad, aclarándome que eso le ocurría muy a menudo junto al dolor. Lo que hice yo con esa

maniobra fue reproducir lo que hace el ligamento sobre las raíces del nervio ciático y reproducir la sintomatología que también compromete al nervio.

Para mí la situación estaba clara y para ella también, por supuesto que otras cosas se agregan a esta semiología y exploración pero no tiene relevancia destacarlas en este momento.

Comenzamos el tratamiento y luego de un mes de trabajo a un promedio de dos atenciones por semana la mejoría era notoria y se podía evaluar puntualmente porque ya no tomaba ningún tipo de fármaco (desde los quince días), los dolores eran mínimos y ocurrían muy espaciadamente y de haber comenzado como una persona prácticamente imposibilitada había pasado a tener una actividad normal. Durante ese tiempo conversando con ella me contó que una noche, el dolor había sido tan intenso, siendo ella abstemia, había cogido una botella de whisky y había bebido hasta embriagarse de tal forma que se había quedado dormida abrazando la botella, otras veces su dolor había sido tan intenso que sus gritos reflejaban tanto sufrimiento que su marido ante la impotencia la abrazaba y lloraba junto a ella. Es cierto que esta lesión pudo ser extremadamente dolorosa y desesperante y no me extraña nada que esto haya sucedido, pero reflejaba claramente que era la expresión patológica y somática de una situación de sentimientos llevados al hartazgo, cuando se lo planteé me contó que sus dolores habían comenzado lenta y progresivamente ni bien había muerto su madre, cosa que tuve en cuenta pero rara vez un duelo se exprese con un dolor en la zona de la voluntad. Se lo expliqué desde mi punto de vista, lo entendió rápidamente y lo asoció con una realidad que yo desconocía, la enfermedad que llevó a su madre a la muerte había sido de una evolución lenta y muy penosa, durante el último año de esa situación diagnosticada como irreversible, FF montó en su propia casa una habitación para su madre con todo el equipamiento necesario (cama ortopédica, oxígeno, etc.), y ella hizo de “enfermera” todo el tiempo. Es lógico entender el esfuerzo físico y el estrés que causó sobre ella este hecho que se prolongó por casi un año, por si todo esto fuera poco a los últimos meses al desenlace de la enfermedad de su madre, el suegro de FF tuvo un accidente cerebro vascular que lo dejó hemipléjico, con el mismo afecto y voluntad trajo al padre e su marido a su casa y allí lo visitaba todos los días el fisioterapeuta que se encargaba de la rehabilitación, situación que sobrepasó la muerte de la madre y mientras se rehabilitaba ella también se ocupaba de ayudarlo en sus necesidades básicas.

Todo esto de más está decir que rebalsa las posibilidades físicas de cualquier persona y lógicamente las emocionales. Cuando el dolor se instaló en FF su madre ya había fallecido, y su suegro con secuelas ya se valía por si mismo y se había ido a vivir a la casa de una hermana del marido, es aquí cuando comienzan a aparecer los dolores. Nadie dudaría en pensar que el esfuerzo físico fue lo que dañó a esta buena señora pero yo planteo que este trabajo lo realizan muchas voluntarias en muchos hospitales y no se lastiman, la diferencia aquí reside en que al efecto indudable del esfuerzo corporal se sumó la carga emocional, primero tiene que haber existido un claro miedo porque sabía que perdería a su madre, tiene que haber habido un claro enojo a esa situación agravado porque la familia tanto por su lado como la del marido se habían desentendido del problema de ambos ancianos y sin ninguna duda esta situación la enfrentó a pura voluntad. Sabiendo esto o me sorprendió que sus pilares lumbares se desarrollaran tanto y se pusieran tan tensos me estaban expresando quiénes la habían tenido erguida ante una situación que doblegaría a cualquiera. Otros músculos como los isquiotibiales que ponen la pelvis en posición erguida con respecto al miembro inferior, también se encontraban con mucha tensión pero no tan impresionante como los otros músculos mencionados, pero tenían la huella de haber tenido que soportar una posición obligada y con firmeza, también me comentó que durante ese período sufrió de estreñimiento y ya tenemos claro por lo mencionado antes la contracción del esfínter anal y los glúteos ante la situación de miedo. Si bien el estreñimiento puede ser acusado a causas de tipo digestivo el hecho de vivir tensionando la zona de evacuación puede llevarnos en un período tan prolongado a un estreñimiento de tipo mecánico porque evacuar sería la forma de reconocer el miedo que se tiene a la situación que se vive. Surgirá naturalmente al pregunta de por qué los dolores comenzaron tiempo después y no durante el hecho.

Cuando alguien tiene la absoluta convicción y decisión de encarar una situación, como los tiempos que le tocaron a vivir a FF, y los realiza con una voluntad férrea, el estallido vendrá irremediamente, pero siempre ocurre “cuando se puede y no cuando se quiere”, a la muerte de la madre y al resolución de la responsabilidad que FF tenía sobre su suegro pudo bajar la guardia y estalló la situación. El dolor se lanzó en forma de presión contenida y dolió por todo lo que no dolió durante ese período de tiempo, fue como pagar al contado lo que debería haber ido desprendiendo en cuotas diarias, todo

esto como lo relato lo hablé con ella, que era una persona bastante inteligente y bastante predispuesta a comprender que los sentimientos lastimaban cuando no eran bien expresados, ella no lloraba en las sesiones, pero todo esto que hablábamos reiteradamente hacía que llorara por las noches cuando lo hablaba con su marido, yo tenía la tranquilidad que en algún lugar estaba descargando y era bien contenida, por lo que el tratamiento de técnicas manuales que empleé con ella que eliminó la tensión de los músculos espinales, alineó el desbalance de las cadenas musculares que regulan la postura estática, y fundamentalmente la reducción de la articulación sacroilíaca a su posición original con la consecuente desinflamación de su ligamento principal y sus refuerzos accesorios se correspondieron como solución a los problemas mecánicos que la generaron por el esfuerzo físico que ella realizó, pero el entendimiento de FF , que la mala descarga de sus sentimientos le jugaron una mala pasada confluyeron en el éxito del tratamiento del caso.

FF. fue dada de alta sin ninguna sintomatología y absolutamente apta para una vida normal y aún permanecían en ella las dos hernias e disco diagnosticadas, durante bastante tiempo nos mantuvimos en contacto y no tuvo ninguna recaída y el hecho de haber perdido contacto con ella por las situaciones normales de las actividades de cada uno me hicieron pensar que nunca más nos necesitó, cosa que me alegró porque me certificó su cura.

SEGUNDA PARTE

CASO 5

La señora RR había solicitado consulta conmigo a partir de haberme visto en una columna televisiva donde había hablado sobre los problemas específicos de los dolores de columna y había hecho una demostración de las maniobras de la técnica que realizo par solucionar dicha problemática.

Al tiempo que realizaba dicha demostración, no solo explicaba lo que estaban haciendo mis manos sino que contestaba preguntas de la reportera y se entablaba un diálogo sobre la filosofía en la que se basaba el trabajo.

En algún pasaje de la nota mencioné la estrecha vinculación de los estados anímicos y los dolores corporales, realmente pensé que el eje principal de la nota había recaído en las imágenes de mis manos trabajando y las modificaciones que se producían en el cuerpo del paciente que se había ofrecido como modelo para esta ocasión.

Como suele ocurrir, las notas televisivas tienen una gran repercusión, mas aún cuando se realizan en cadenas importantes y en programas de mucho rating como en este caso un programa de noticias.

Entonces los pedidos de citas en mi consulta en forma telefónica fueron muchísimos, la inmensa mayoría se solicitaba en virtud del tema que se había mostrado ese día que era el dolor de espalda baja y las entrevistas de inicio de tratamiento se daban en función de la urgencia que planteaba el paciente y en el caso de no poder establecer las prioridades era yo quien personalmente rellamaba a los pacientes y de acuerdo a mi criterio marcaba las prioridades. Fue entonces cuando hablé con RR porque en un principio su padecer como el de muchos otros si bien existía y necesitaba atención parecía que podía esperar algunas semanas para su inicio ya que su dolor no era tan agudo ni estaba frente a instancias de una cirugía. Lo que me sorprendió de RR es que en lugar de hablarme de una patología de la zona lumbosacra, que fue lo que se habló en la nota y hasta el momento motivaba exclusivamente el motivo de consultas ella me habló de un padecimiento en su cuello y fue la única persona en la gran cantidad de llamados que me planteó el profundo interés por verme ya que había interpretado la

relación de los sentimientos con su padecer, cosa que me sorprendió gratamente ya que fue un comentario al pasar porque la estructura de la nota no me permitía expandirme en ese tema y aún más, ella llevó la interpretación de la relación sentimientos-cuerpo a otro sector como es el cuello que como ya lo he mencionado no era de lo que se había hablado.

En su voz se distinguía un cierto letargo y una gran tristeza y esto me pareció motivo suficiente para darle prioridad a la entrevista.

Cuando conocí a RR me sorprendió la tristeza que tenía dibujada en el rostro, parecía que este sentimiento le había esculpido sus rasgos, al tiempo que sus ojos se hallaban muy abiertos como si estuviese sorprendida y esto se acentuaba con el color claro de los mismos. Comenzamos hablando sobre qué era lo que le ocurría, me comentó que desde hacía un tiempo su cuello se había vuelto doloroso tanto en la parte anterior como en la nuca de una manera insoportable. Ante algunas preguntas más referidas estrictamente a la biología del problema, ella empujaba las respuestas a la mención que yo había hecho entre los sentimientos y el dolor, comencé a prestar atención porque daba la sensación de que algo importante quería contarme.

RR me explicó que ella nunca había padecido ningún tipo de dolor en su cuerpo, en ese momento su edad sería de poco menos de 60 años pero que un día también viendo televisión un médico estaba explicando un método de relajación a través de la respiración, a continuación le pregunté si ella tenía alguna predilección por las columnas de salud o era una mera casualidad que me haya visto a mí y lo que ahora paso a contar le ocurrió con ese médico en la otra nota, me contestó que sí, que ella nunca se perdía ningún programa de salud o notas relacionadas con esta, lo que me hizo pensar si se trataba de una de las tantas personas que se sugestionaba con lo que veía, leía o escuchaba en los medios de comunicación o si realmente era una persona que valoraba y distinguía la calidad de lo que se comunicaba.

Por algunas preguntas puntuales que le realicé me quedó clarísimo que era una verdadera experta en la comunicación de salud y distinguía claramente lo fiable de lo sensacionalista.

Cuando RR vio la nota sobre relajación y respiración, acompañó desde su casa frente a su televisor los ejercicios que se indicaban, y en un principio comenzó a sentirse muy bien y a abandonar algunas tensiones en la zona de los hombros que le dieron confort a su cuerpo, según su relato se perdió en el contacto con el televisor y se encontró de repente sin saber cuánto tiempo había pasado llorando profundamente y golpeando con sus puños el suelo, supuse que probablemente había respirado en forma acelerada y se hiperventiló (respiración superficial de alta frecuencia que no permite la correcta oxigenación y lleva o acompaña a los estados de pánico). Seguramente la intención de la nota no fue lo que ocurrió pero para que esto suceda debe haber un sentimiento muy escondido en la persona que podríamos decir “anestesiado y archivado” en el cuerpo y su mente.

Le pedí a RR que se coloque en la camilla y comencé a palpar su cuello con los datos obtenidos de la charla sabía que algún acontecimiento sumamente traumático había ocurrido en su cuerpo en algún momento de su vida.

Como comenté en el capítulo de cabeza y cuello los ECOM delatan varios sentimientos, el que era evidente en ella, era el del bloqueo de un llanto contenido al tiempo que la parte de la nuca expresaba en su parte más alta un gran miedo a una mirada muy fuerte. Los músculos escalenos estaban totalmente hipertónicos, fijaban su cabeza, en esa descripción ya hecha del miedo a perderla e insuflaban la parte superior del tórax delatando una gran ansiedad.

La mirada de sorprendida de RR coincidía con la alteración de los huesos que conforman las fosas orbitales y evidentemente su sorpresa tendría que ver con algún hecho que habría ocurrido de tal magnitud que le provocaba incredulidad.

Traté de ser yo el que tome la delantera en ir a los hechos que podrían haber ocurrido para que en la exploración clínica de sus músculos y huesos y el episodio contado por ella en la relajación apareciera de su relato y así fue, el comentario mío de hacer referencia a que algo grave relacionado con la violencia podría haber ocurrido en ella hizo que me tomara fuertemente de mis manos y comenzara a llorar. Dejé que esto ocurra por un breve tiempo a modo de descarga y le pregunté si quería contarme algo, sin mediar palabra comenzó a relatarme lo que había acontecido al tiempo que seguí

trabajando sobre los ECOM que eran los músculos que estaba trabajando cuando le efectué la pregunta y que como ocurre siempre facilitan en llanto y la descarga.

Lo que ahora voy a relatar es una transcripción exacta de los hechos que me contó pero me veo en la obligación de suprimir detalles a fin de no herir la susceptibilidad de ningún lector del presente libro porque la paciente fue víctima de los hechos que demuestran que así como los seres humanos podemos hacer maravilla , también podemos realizar las bajezas más extremas que nos pueden colocar por debajo de cualquier animal.

A los 9 años vivía en una gran casona de una adinerada familia de un pueblo y sus padres eran los caseros de dicha mansión, en una oportunidad jugando en los grandes parques del lugar y la única persona que acompañaba en la casa era un empleado que asistía en otras tareas, éste aprovechó la oportunidad para abusar sexualmente de ella, hecho que ella guardó en silencio al regreso de todos los integrantes de la finca por haber sido amenazada por el abusador, quien había sellado dicha amenaza con golpes que ella luego justificó como una caída jugando. Como dije antes no doy mas detalles de este episodio que sí los hubo y son tremendamente dramáticos como para marcar a una niña el resto de su vida.

Esta situación se prolongó por increíble que parezca por dos años , en cada oportunidad que el incalificable podía aprovechar y RR siendo niña lo calló sistemáticamente durante todo ese tiempo, afortunadamente esta persona abandonó su trabajo por motivos ajenos a los que estoy relatando y terminó el calvario. Ella sin proponérselo de acuerdo su relato fue olvidando el hecho a tal punto que lo enterró en su memoria, muchos libros de psiquiatría describen y justifican este mecanismo de negación por extraño que parezca, sugiero la lectura de Freud con respecto a este tema.

Evidentemente a través de los años la niña se convirtió en una mujer triste sin saber porqué, describió que durante muchos años tenía vagos recuerdos de un episodio violento con esa persona que le producían gran angustia pero no podía recordar claramente qué había ocurrido.

Cuando aconteció el hecho de trabajo de respiración obviamente sin conducción alguna, la hiperventilación la hizo entrar en pánico, ya sabemos entonces cual era la base de su miedo.

RR me dijo que luego de ese episodio ocurrido muchas décadas después comenzó a recordar lenta y progresivamente todos los detalles de los graves hechos ocurridos, esto la sumergió en una depresión que la acompañaba hasta el día que yo la vi, al tiempo que aparecieron los fuertes dolores de cuello, insisto, como hemos relatado en otro capítulo la relación entre este segmento del cuerpo y su tensión muscular a fin de comprimir la angustia del llanto y generar la fantasía de que su dureza va a evitar la “pérdida de la cabeza” o lo que es lo mismo el miedo a volverse loco. No es difícil entender que alguien crea que se va a volver loco al recrear en su memoria un episodio semejante, claro que es difícil para muchos entender cómo pudo olvidar este hecho tantos años pero la maquinaria psicológica en particular el mecanismo de negación puede funcionar de una manera tan increíble ya que este mecanismo es el que sin duda permitió que RR nos e vuelva loca y pudo llevar durante muchos años una vida bastante parecida a lo normal.

Como vimos en otros capítulos los casos se pudieron resolver en el aspecto físico con una técnica manual específica que llevaba al desbloqueo de los músculos específicos que participaban en la contención de las emociones reprimidas. Cuando terminó la sesión pactamos una nueva cita y mientras pasaban los días hacia el nuevo encuentro pensaba que si superaba la fase del cuello encontraría una gran tensión en los músculos espinales que dada las circunstancias de la primera cita no pude explorar pero que su postura sí revelaba, al tiempo que pensaba que el trabajo llevaría una gran dificultad en abordar la zona del sacro porque este compone la pelvis y sabemos la implicancia emocional de la sexualidad que tiene esta región.

Ya había trabajado casos de violación que habían dejado fundamentalmente importantes lumbalgias que se reiteraban en el tiempo pero en todos esos casos no había existido el fenómeno de la negación ni siquiera en su más mínima expresión ya que las víctimas recordaban siempre el hecho y sus tristes detalles.

Un día antes del encuentro RR se comunicó telefónicamente, me agradeció lo que habíamos hecho en la sesión pero me dijo que de ninguna manera se atrevía a encarar el tratamiento porque había comprendido perfectamente que la profundización del trabajo corporal iba a agudizar el recuerdo y aunque creía fehacientemente en que esto podía tener un final beneficioso para ella no estaba dispuesta a soportar el tránsito que significaba llegar hasta esa oportunidad de liberarse del dolor de cuello y sus efectos secundarios que eran vértigos esporádicos y migrañas.

Por supuesto le dije que comprendí lo que le pasaba que necesitaba de toda su voluntad para realizarlo y que iba a ser realmente dramático si ella no la tenía y que al mismo tiempo íbamos a necesitar el apoyo psicológico de alguna terapia por lo que le sugerí que por lo menos iniciase ésta.

Lamentablemente pertenecía a una cultura que no creía en la psicoterapia, la circunstancia no se prestaba para tener un intercambio de opiniones en este punto del cual yo estoy absolutamente a favor, pero también en psicoterapia el principio básico para su inicio es tener la voluntad de hacerlo.

La conclusión de este caso es de que a pesar de que a través de la manipulaciones y la inducción verbal el cuerpo puede confesar hasta los más íntimos secretos aún guardados por los mecanismos psicológicos de negación los sentimientos que se generan en una persona a partir de los hechos que el medio externo le generan pueden llevarlo a una situación donde caminarán toda su vida en círculos y aún encontrando los caminos para la salida no se animen a transitarlos.

Demás está decir que este caso no me parece que sea único lo que sí tiene de único es que llegó hasta un punto en que a alguien se lo pudo contar depositando la confianza porque a través de un medio escuchó que alguien relacionaba los sentimientos y el cuerpo, por supuesto que este no es el único camino por el que RR o alguien en circunstancias similares pueda encontrar una opción para liberar su memoria, la psicoterapia en cualquiera de sus escuelas puede también ser un camino pero éstas deben tener siempre en cuenta que el lugar donde ocurren los hechos violentos es el cuerpo.

SEGUNDA PARTE

CASO 6

Cuando recién me instalaba para vivir en una nueva ciudad y aún no tenía mi consulta disponible, sólo me dedicaba a dictar conferencias, fui invitado un importante programa de salud televisivo con la intención de dar a conocer mi enfoque sobre los problemas del cuerpo. Afortunadamente el programa tuvo una excelente repercusión y fui invitado a participar al día siguiente, esto trajo aparejado una gran cantidad de consultas telefónicas que tuve que ir contestando en los días siguientes. Entre tantas consultas, alguien se repetía de forma insistente, por muchas semanas que no solo quería exponerme su problema requiriendo mi opinión, sino que insistía en forma sistemática en que lo viese y de ser posible que lo atendiera. La atención a pacientes no estaba en mis planes hasta los próximos meses, me vi en la necesidad de explicarle este impedimento como lo hice a muchas otras personas que habían solicitado lo mismo, pero la insistencia de él y de otros casos que parecían encontrarse muy angustiados y que ya habiendo recibido diagnósticos y tratamientos no habían tenido solución, hicieron que replanteara la situación de la apertura de la consulta y acelera los trámites burocráticos para su inauguración.

La insistencia de CC era realmente llamativa, ya que durante casi dos meses (tiempo mínimo de instalación de la consulta), la frecuencia de sus llamados era de dos a tres veces semanales, por lo que cuando se hizo presente a la primera consulta sus llamados habían superado algunas decenas.

Esto me generaba una gran expectativa, con su voz grave y seria, me había explicado su problema de vértigos y mareos y su largo peregrinaje donde aparecían diagnósticos difusos y lo que para él era aún peor, de acuerdo a su relato, el diagnóstico de que no tenía nada y que probablemente se los inventase por cuestiones psicológicas.

Imaginaba a CC una persona de aproximadamente 40 años, como describía muy bien sus síntomas siempre me concentré en eso y nunca le había preguntado su edad cuando nos comunicábamos telefónicamente, error que admito porque me habría dado un cuadro de su situación social, en cuanto a responsabilidades, también cometí el error de presuponer que CC se dedicaba a una actividad de tipo empresarial y que se

encontraría agobiado por los problemas propios de ese tipo de emprendimientos. Prácticamente lo prejuicé, como lo que hoy se denomina un “yuppie”, otro grave error mío, a pesar de la larga experiencia de contestar consultas telefónicas durante tantos años, pero esta fue una buena oportunidad para aprender y no repetirlo.

Estando en el despacho de la consulta se me informa que CC se encuentra en la sala de espera, cuando salgo a recibirlo, y como en ese lugar suele haber más de una persona, no lo encuentro entre ellas y me dirijo a la secretaria para preguntarle dónde se había metido, me indica que CC era el joven sentado con pantalón vaquero desgastado, una camisa sport, cara de gran preocupación que escondía el miedo de alguien muy joven y con un aspecto desamparado, lejos estaba del yuppie todopoderoso que atravesaba un mal período, lo invité a pasar a la consulta y tuvimos una larga charla.

Mi error en el prejuicio tenía un basamento, por un lado su voz parecía de un hombre de muchos más años que sus 24 y por otro, su madurez se acercaba más a la de un hombre de mediana edad que a la de un joven. Esto no invalida mi error y convalida la premura de él por ser recibido por alguien que en un principio, por lo que había visto en tv, le inspiraba confianza.

La cantidad de estudios por imágenes de la más alta tecnología que me había traído era asombrosa, en los cuatro años que padecía de vértigos y mareos había recurrido a múltiples especialistas, neurólogos, traumatólogos, otorrinolaringólogos y todos le habían solicitado los mismos estudios en la zona cervical. Las especialidades que había visitado eran las lógicas a recorrer cuando aparece este tipo de sintomatología, en su relato, siempre muy descriptivo y detallista, me explicó que había pasado por profesionales muy comprensivos y honestos que reconocían no encontrar nada que justificase el cuadro, hasta otros que sin dejar de ser honestos, equivocaron su diagnóstico, lo sometieron a tratamientos que no dieron resultado pero cuyas medicaciones se basaban en estados depresivos o alteraciones psicológicas y estas sumados a los vértigos y mareos le provocaban sueño y falta de coordinación muscular lo cual agravaba más la situación.

Su última consulta médica, fue la que lo llevó a un estado de reclusión social, esto es alejarse de sus amigos, perder un noviazgo de más de dos años, abandonar los

estudios y no querer ver más médicos y solo apoyarse en el afecto de su núcleo familiar más estrecho, digo que lo llevó a ese estado porque una médica, que por lo que voy a contar no representa a la medicina sino que representa ni más ni menos que su triste personalidad y su falta de ubicación vocacional en la tarea que realiza, y que refleja que a veces los problemas de la medicina no son la medicina misma, sino en particular quienes la ejecutan y a ello se les debe atribuir la responsabilidad de los actos.

Esta persona, le espetó a CC en compañía de su madre que termine con esta historia y que reconozca su condición de drogadicto.

CC quedó perplejo, y estalló en cólera, su madre, que también se enojó ya que conocía los hábitos de su hijo y sabía que no solo no se drogaba sino que físicamente se veía imposibilitado de proveerse de las drogas ya que se pasaba el día en su cuarto y su único vínculo con la sociedad era ella misma, quien lo alimentaba, le brindaba afecto y cuidaba de su higiene personal. Esto no condena, de ninguna manera a las personas que padecen la enfermedad de las adicciones, pero semejante grado de confusión le quitó a CC toda posibilidad de creer en alguien, porque la acusación de la adicción en si misma no lo había ofendido, sino que lo había lastimado y mucho que se lo trate de mentiroso y manejador.

Cuando comencé a explorar físicamente a CC tumbado en la camilla, mostraba un cuello rígido, con casi todas las características que ya expliqué en el ítem que describía el autocollarín, detrás del cuadro gris que se veía en su personalidad actual se observaba en CC una persona intelectualmente muy desarrollada y de un nivel cultural elevado, todos sus músculos se hallaban sumamente tensos, los ECOM, cruzaban por delante su garganta de forma muy hipertónica y su laringe quedaba comprimida entre medio de estos dos, como ya vimos, esto refiere a un llanto contenido, pero no lo relacioné a una situación de sentimientos muy antiguos sin expresar sino a la angustia actual producida por la falta de comprensión y solución a un problema que el entendía y no se equivocaba tenía una raíz eminentemente biológica. Sus escalenos se hallaban tensos y provocaban cierto grado de inspiración permanente en el tórax, al tiempo que en el brazo izquierdo comprimían las raíces nerviosas y provocaban adormecimiento en la mano, algo que no le preocupaba ya que quedaba muy por detrás de su problema original que eran los vértigos.

En la revisión de los músculos propios de la nuca, la tensión rayaba en lo increíble, los músculos propios de la base de la cabeza estaban sumamente fijos y dolorosos, pero el gran hallazgo se encontró en la palpación del poderoso músculo esplenio, del que cabe recordar mantiene la cabeza en posición vertical y es muy fuerte a la hora de echar hacia atrás a esta y se relaciona con los sentimientos de agresividad y miedo. Del lado izquierdo con una palpación selectiva, habiendo logrado desplazar la gruesa capa del músculo trapecio y penetrando con mis dedos índice y medio por detrás de este músculo y palpando directamente el esplenio a la altura de las últimas vértebras cervicales, en una maniobra que provocaba ligero dolor, pero que el paciente iba entendiendo que me estaba acercando al núcleo del problema y colaboraba de una forma extraordinaria, encontré entre los haces de este músculo un nódulo fibroso del tamaño aproximado de un huevo de codorniz. Este nódulo fibroso que tenía un eje longitudinal de aproximadamente el doble de su eje transversal, lo cual le daba una forma ovoide, no era posible verlo en los estudios de imágenes realizados ya que en estos no se destaca este tipo de tejidos, ni se realizan en la medicina actual, estudios que muestren o demuestren la presencia de nódulos fibrosos por lo que la palpación clínica sigue siendo el elemento excluyente para el hallazgo de este tipo de formaciones.

La sensibilidad de los dedos experimentados permite determinar el tipo de textura de del tejido palpado y permite hacer el diagnóstico diferencial de cualquier neoformación que necesite ser extraída para una biopsia.

El tratamiento consistió primero, en liberar el cuello del paciente de las tensiones puntuales que existían en cada uno de los músculos, trabajando con la técnica específica para esto, se logró desbloquear las tensiones de los músculos de la parte anterior del cuello, se hicieron maniobras de estiramiento de los músculos escalenos y con una manipulación precisa se fueron abriendo y desbloqueando las distintas capas de la parte posterior del cuello, una vez que me encontré con que este tenía los músculos en su justa tensión y a su vez estos alineados y balanceados cumpliendo con su correcta función biomecánica, algo que llevó la primera semana donde trabajamos prácticamente a diario sesiones muy prolongadas, tenía claro cual era el diagnóstico y CC confiaba en eso por lo que como el me dijo había soportado mucho tiempo la sintomatología y estaba dispuesto a trabajar todo el tiempo disponible.

Luego de la primer semana comenzaron a aparecer los primeros síntomas, que nos indicaban una disminución de la sensación de vértigo, esto causó felicidad y esperanza en el paciente y por lo visto también a su entorno familiar, ya que en todas las sesiones venía acompañado por su madre o su hermana.

Tenía claro que el rival a vencer era ese gran nódulo fibroso que se había conformado a través de mucho tiempo, imposible determinar cuánto pero sin duda muchos años, que como ya vimos en el capítulo correspondiente donde se habla de la formación de tejido fibroso, este no era ni más ni menos que un conjunto de catabolitos ácidos, por decirlo de otro modo más sencillo “basura metabólica”, producto del deshecho de la actividad singular de la zona, y que el gran aumento de la tensión de los músculos de la zona, sumados al desbalance mecánico de las tensiones del resto de los músculos del cuello, habrán provocado en el inicio un lugar que impedía el correcto barrido de impurezas ya que la circulación linfática y venosa correspondiente no absorbían los deshechos a la velocidad que se necesitaba y por otro lado, la misma compresión no permitía una buena irrigación a través de las arteriolas que aportase el oxígeno y nutrientes suficientes para que la zona mantenga su correcta vida. Este déficit entre la entrada de los elementos para el desarrollo del metabolismo zonal y el impedimento de la salida de la basura metabólica habían producido el nódulo, una vez instalado este, su propio volumen se transformaba en otro objeto que bloqueaba y aumentaba el problema de entrada y salida de flujos, este círculo vicioso no hizo más que hacer crecer el nódulo a través del tiempo.

Esta explicación es aplicable a cualquier lugar del cuerpo donde existan un conjunto de músculos en estado de tensión máxima y en desequilibrio biomecánico.

Siguiendo con el caso de CC, comencé a hacer un trabajo puntual en el que penetrando con mis dedos en los músculos posteriores de la nuca, ejercía una manipulación con el dedo medio montado sobre el índice, que me permitía alcanzar el nódulo como si mis dedos fueran un cincel y a través de la presión de estos, provocar una fricción en la periferia del volumen de la masa fibrosa e irla desgastando. Este trabajo es ligeramente doloroso y por momentos doloroso para el paciente, pero como lo refieren siempre éstos, sienten que a pesar del dolor el efecto de liberación que se

produce en la zona, le indica parafraseando a CC “siga que vamos bien”, cosa que yo no dudaba en ningún momento pero no quería llegar a niveles tortuosos con la maniobra, por lo que siempre combinaba con el paciente que me indica con su voz o con algún gesto de sus manos que detenga la maniobra o alivie la presión, pero si hay algo que nunca piden y con CC esto también ocurrió es que retire los dedos del lugar.

Se observa en la expresión de los pacientes un enojo hacia el lugar del dolor que en definitiva es el tejido fibroso, como si esa parte del cuerpo no les perteneciese y que sin ninguna duda materialmente es el objeto de su padecer, no deja de ser parte de su cuerpo y yo se los comento, pero siempre la respuesta es “rómalo”, “destrúyalo”, una incitación a agredir ese punto que muestra un odio contra este.

Sin duda los factores que llevaron a CC a tensionar los músculos tendrán que ver con un sentimiento de agresividad y enojo y el nódulo representa simbólicamente el motivo de la producción de ese enojo, y el paciente descarga toda su furia contra él a través de mis dedos, casi siempre en estas situaciones los pacientes empiezan a contar el sentimiento y la motivación que los ha llevado a esa circunstancia pero CC se mantenía parco a la hora de hacer comentarios sobre qué lo tuvo y lo tenía tan enojado. Por lo que avanzábamos muy bien en la evolución favorable de la patología ya que semana a semana el nódulo se hacía más pequeño y proporcional a esto, la sintomatología iba disminuyendo, al promediar el mes de trabajo CC, comenzaba a ser un hombre con una sonrisa en la cara, ya sus esperanzas se transformaban en una realidad y comenzaba a salir de su casa para realizar una vida social, se reunía con amigos y hasta llegaba a salir de noche.

Los vértigos y mareos se habían hecho muy esporádicos y afortunadamente de baja intensidad, esto hacía que CC se tenga mucha confianza en si mismo y sentía que los síntomas que percibía los tenía controlados.

Durante el segundo mes de trabajo de común acuerdo trabajábamos semanalmente con una frecuencia de dos veces por semana y los resultados seguían avanzando por el mismo camino, en definitiva se trataba de mantener la alineación de los ejes del cuello que a su vez se habían traducido en la realineación de la postura total de CC, algo que él había notado claramente y se sentía muy contento y orgulloso de eso,

había abandonado la actitud de su cabeza adelantada con respecto a su tórax, sus hombros adelantados que promovían a un pecho hundido y su espalda encorvada que le daban una expresión deprimida a todo su conjunto y por supuesto una mala mecánica que lo llevaba no solo a los vértigos y mareos sino también a un estado de fatiga permanente.

Esta realineación del eje corporal total como ocurre en todos los casos lo hacía sentir más energizado y con una sensación de autoestima claramente marcada, comenzó a buscar trabajo y lo encontró rápidamente, esto aumentó notablemente la cantidad de horas que permanecía fuera de su casa, su cambio de humor y ánimo fueron bruscos, ahora sí estábamos frente a un joven dispuesto a disfrutar la vida y quizás aún más como queriendo recuperar el tiempo perdido.

Al comienzo del tercer mes sólo quedaban vestigios en su cuello de tejido fibroso que desaparecieron totalmente hacia el final de este mes de trabajo, donde aproveché también la alineación de las cadenas musculares desde la cabeza hasta su pelvis para que me garantizaran una economía postural y un confort estable de su cuerpo.

La micromovilización de los huesos del cráneo fueron una constante a lo largo de todos los meses de tratamiento que me sirvieron en este caso para facilitar la realineación postural, como ya se vio antes hay una estrecha relación entre las membranas que recubren por dentro a estos huesos y la prolongación de estas a lo largo del tubo neural por dentro de las vértebras que producen un efecto de corrección que llega hasta el sacro y de esta manera hay una suerte de estiramiento de las curvas de la columna vertebral hasta alinearlas en un punto mecánicamente óptimo.

Durante el cuarto mes de trabajo se puede decir que ya habíamos entrado en una fase de mantenimiento, en ningún momento a lo largo de todo ese tiempo pude obtener de CC cuál había sido el o los motivos que lo habían llevado a ese estado desde el punto de vista emocional, CC se había convertido en un apersona feliz y disfrutaba todo, ante la insistencia de mis preguntas y aún explicándole la base emocional de este tipo de patologías no conseguí respuestas. Sí me quedó que su enojo era grande por todo lo que insultó al nódulo cuando lo trabajábamos.

Mi resignación fue tal a esta sistemática negativa, que me pareció justo respetarla y no insistir sobre el tema, a partir que pudo sentirse bien y pudo recuperar su vida social como se dijo alrededor del segundo mes, comenzó a tener conmigo una relación muy fluída donde el tomaba la iniciativa de conversar, se interesaba mucho por conocer cosas de mi país , compartíamos la pasión por el fútbol, algo que hasta eso había abandonado en su mala época, no solo lo dejó de practicar sino que tampoco los veía por tv, ni se preocupaba en leer los periódicos en este tema , algo que para él había sido siempre una pasión, ahora la había recuperado, me había pedido autorización para volver a practicar éste deporte, cosa que accedí sin reparos a pesar de ser este un juego de contacto físico importante , pero su confianza en sí mismo se lo permitía y hacía gala de sus dotes de buen jugador.

Su vida social ya era absolutamente normal, mantenía una nueva relación sentimental y comenzó con otra de sus pasiones, volver a utilizar su moto que se hallaba desde hacía mucho tiempo guardada en el garaje. Para muchos que lo habían visto en mi consulta cómo había llegado les parecía increíble verlo llegar con su casco de motociclista bajo el brazo, por último, CC empezó a recuperar la idea de recuperar sus estudios de electrónica que había abandonado cuando comenzó su problema y también jugaba en su cabeza la idea de su independencia de su hogar paterno, cosa finalmente logró cuando le di el alta terapéutico al comienzo del quinto mes de trabajo.

CC unificó todo su proyecto mudándose solo a otra ciudad, bastante alejada de la que nos conocimos, donde consiguió un trabajo y finalizó sus estudios de acuerdo a lo que me fui enterando a través del tiempo.

Al escribir este libro llevo más de dos años sin saber nada e él y como dice el dicho y es aplicable en este caso, si no hay noticias, son buenas noticias.

Para mí este caso tuvo e especial entre los tantos que trabajé de vértigo y mareo , que de una u otra manera presentaron alteraciones anatómicas y fisiológicas similares y también la producción de nódulos fibrosos, claro que en este vi en cuanto a tamaño el más voluminoso de toda mi carrera profesional, pero esto no fue lo más significativo sino que fue un caso donde no tengo ninguna duda que los sentimientos llevaron al

aumento de las tensiones musculares y como ya lo dijimos muchas veces, desencadenaron en la patología de CC, nunca pude enterarme cuál fue el origen de los sentimientos, pero no dudo de varias cosas, CC se desestabilizó por algún hecho puntual que desconozco, ese hecho lo hizo enojar y lo puso agresivo, la sintomatología que trajo fue el vértigo y el mareo que es la simbolización física de la desestabilización, cuando CC se recuperó de su padecer se independizó, que es un símbolo de estabilidad, terminó sus estudios que es otro símbolo de estabilidad y por último buscó una vida estable con su nueva carrera y su nuevo trabajo en otra ciudad lejos del lugar donde se originó el problema.

SEGUNDA PARTE

CASO 7 (Varios)

Un dolor de cabeza en casco

Cuando Conocí a ZZ, vino a verme porque padecía desde hacía muchísimos años fuertes dolores de cabeza en forma frecuente y particularmente en el último año eran casi diarios. ZZ me dio la sensación de una personalidad conflictiva consigo mismo ya que todo lo que explicaba sobre él le daba un tinte tortuoso que parecía en principio, exagerado. Su dolor de cabeza era el característico dolor de cabeza en casco, que como vimos en el capítulo correspondiente, es común que aparezca en personas de mucha actividad intelectual y ZZ no era la excepción, era Licenciado en Marketing y se dedicaba a asesorar importantes empresas, vivía su trabajo como una pesadilla, cada empresa era un disgusto distinto para él, a pesar de eso, ZZ se refería a su profesión como lo que más le gustaba hacer y esto es lo que me parecía tortuoso de su actitud su comportamiento era el típico de un adicto al trabajo, vivía solo, refería afecto por su familia pero se relacionaba con ellos esporádicamente, no tenía pareja y se movía dentro de un núcleo social estrictamente asociado a su trabajo.

En la palpación de su cuello aparecía toda la sintomatología clásica de los elementos que provocan el dolor de cabeza en casco, a pesar de ser un hombre joven, aproximadamente 35 años, refería dolores de cabeza desde su adolescencia, por lo que pude hablar con él a lo largo de su tratamiento su actitud obsesiva ya venía desde esa época ya que había sido un excelente estudiante a base de mucha dedicación, pero todo lo que contaba a su vida personal de esa misma época siempre estaba asociado a recuerdos grises y no parecía haber sido un joven muy divertido.

Con todo este relato quería llegar al punto en el que el dolor de cabeza de ZZ parecía ser parte de su personalidad, y en todo momento él se refería a este como una parte de sí mismo y de alguna manera parecía estar “orgullosa” de sentirlo y de aquí esa sensación de tortuosidad que me daba. No tenía ninguna duda que para él el dolor de cabeza se asociaba a su buena capacidad intelectual, como si tuviera la fantasía de que su cerebro se recalentase como un motor y en realidad este es el sentimiento que expresan muchas personas, no todas, que sufren dolor de cabeza en casco, por un lado

es real su destacada capacidad intelectual, pero por el otro no todas las personas que tienen vida intelectual sufren de dolor de cabeza.

Recordemos que el dolor de cabeza en casco se caracteriza como su nombre lo indica, por un dolor en toda la parte superior del cráneo, precisamente como si un casco comprimiéndose a éste. Ese casco no es más ni menos que la tensión de los músculos periféricos de los huesos del cráneo en permanente tensión, y estos mismos son los que se ponen dolorosos, la zona de la coronilla no está cubierta por músculo sino por una fuerte fascia, que recordemos es tejido conjuntivo, llamada fascia epicraneal y su nombre describe su geografía, la tensión de esta se transmite a los envoltorios de los músculos craneales y no hace más que aumentar el problema. El origen del problema de este dolor de cabeza, se encuentra en la tensión de los músculos trapecio, angular del omóplato y ECOM, que comprime al segundo nervio cervical que asociado a ramas del segundo y el tercero conforman un grueso nervio llamado de Arnold y es el responsable de la inervación de todos los músculos mencionados. Todo esto si bien lo habíamos visto en el capítulo de cabeza y cuello, vale la pena recordarlo porque en el dolor en casco se produce en forma bilateral, a diferencia del dolor en cuadrante que siempre es unilateral y este último va asociado a alteraciones muy marcadas de los microdesplazamientos de los huesos de la cabeza, que si bien en el dolor en casco existen, se da la paradoja que el mismo casco muscular da una contención a los microdesplazamientos.

Por supuesto que en ZZ esto ocurría con exactitud, sabemos que los angulares de los omóplatos representan agresividad y miedo, los trapecios lo mismo pero ambos son músculos que se conectan en forma significativa a las escápulas como ya se describió, y las traccionan hacia arriba, actitud postural que se veía en este paciente, daba la sensación de que sus escápulas lo protegían desde atrás como escudos.

Los temores existían en él, permanentemente hacían referencia a su miedo a no poder cumplir con el trabajo que le solicitaban las empresas que requerían de sus servicios y eso producía en él una sensación asustadiza de perderlos como clientes y comenzar a tener problemas económicos. En él se veía una clara actitud de establecerse en un escalón socio económico alto, y si no podía mantenerse en él parecía que iba a caer en un abismo.

La situación que el planteaba en cuanto a la pérdida de sus clientes, tenía una lógica, pero no se relacionaba con lo que ocurría, ya que era muy buen profesional y cumplía sistemáticamente pero la fantasía recurrente no le permitía llevar una vida relajada y precisamente esta falta de relajación se reflejaba en la tensión de los músculos del cuello y a través de estos en su insoportable dolor de cabeza.

Los músculos del cuello se comportaban como ya lo hemos dicho muchas veces, como el ancla que hacía que su cabeza no se escape del cuerpo como aquello de “no perder la cabeza”, no es casualidad que cada vez que nos encontrábamos, cuando lo saludaba le preguntaba cómo estaba y su respuesta obsesiva como su personalidad era “loco con el trabajo”, las frases “esto me tiene loco” en referencia a su dolor y “estoy loco con el trabajo” eran muletillas que se repetían sistemáticamente a lo largo de todas las conversaciones que mantenía con el durante el tratamiento. Cuando comencé a hacerle notar la cantidad de veces que repetía la palabra loco, sonrió, algo que en el era poco habitual pero replicó con un “de verdad, creo que algún día me voy a volver loco”, lejos estaba de esto, era una persona totalmente conectada con la realidad y sus únicas fantasías pasaban precisamente con la idea de volverse loco.

Hacia las tres semanas de tratamiento donde me concentré en el trabajo manual de realineación y estiramiento de los músculos del cuello implicados en el problema y la eliminación del tejido fibroso que existía entre estos y dentro de estos, la frecuencia de los dolores de cabeza había disminuido notablemente y cuando estos aparecían se tornaban suaves, por lo que ZZ se puso muy contento y empezó a creer que la solución de su problema estaba cerca. Aquí le reconocí en que la desaparición de sus dolores realmente estaba próxima y que durarían un tiempo muy prolongado, pero que si no cambiaba su actitud hacia su trabajo y no lo hacía en forma más relajada, volvería a padecerlos, porque se repetiría el círculo vicioso de tensión muscular- compresión de los tejidos nobles- dolor de cabeza. Con su habitual sagacidad me respondió que el no pensaba nunca terminar el tratamiento ya que cuando los dolores de cabeza desaparecieran, pensaba seguir visitándome a la consulta con una frecuencia más esporádica para mantener los logros obtenidos, algo que es común en muchos pacientes que no pueden solucionar el origen de sus tensiones o porque su edad, y no era el caso de ZZ, no permite el restablecimiento total del daño producido.

A ZZ le resultaba mucho más fácil seguir una terapia manual de mantenimiento que recurrir a un analista a enfrentarse con los problemas que enfrentar su adicción al trabajo, como era mi obligación le indiqué a ZZ que lo correcto sería iniciar una terapia de análisis , cosa que rechazó de plano, contestándome que el era “una máquina de trabajar” y todo lo que necesitaba era un muy buen mecánico.

En principio esto parece una muy buena respuesta, porque de esta manera seguimos por mucho tiempo, sus dolores de cabeza desaparecieron totalmente, elemento que le dio motivos para jactarse de su decisión de hacer un “mantenimiento” en lugar de una terapia psicoanalítica o alguna terapia afín , ya que para él, no tenía ningún problema ni mucho menos nada que contarle al profesional que yo le recomendaba sistemáticamente, me insistía que tenía el mejor mecánico que con eso le bastaba, y ya como a esas alturas se quedaba dormido durante las sesiones, ironizaba con que encima yo le permitía dormir la siesta.

Las conclusiones de este caso se pueden resumir en que cuando a muchas personas se les quita el dolor después de haberlo padecido durante muchos años y se les puede dar una solución duradera, es muy difícil hacerles entender que existe una solución definitiva, duradero no es sinónimo de definitivo.

Es cierto que en otras patologías, como ya hemos visto, particularmente las de columna hace falta un tratamiento duradero y constante porque en algunos casos no hay solución definitiva, pero se puede pasar de una situación muy dolorosa y crónica, a una excelente calidad de vida, pero en las personas como ZZ que no les ocurre lo que acabo de describir, su problema es enfrentarse a sí mismo y sus sentimientos, porque eso implicaría un cambio radical en su forma de vivir a la cual están tan aferrados que les da miedo desprenderse. La postura de ZZ como lo dije antes, era la de una persona con miedo, con el dolor de cabeza expresaba el esfuerzo intelectual que hacía por crecer socio económicamente y de esta manera se protegía de los fantasmas que hubiera develado una terapia psicoanalítica.

Un dolor de cabeza en cuadrante

El siguiente caso que vamos a relatar si bien se refiere a una persona en particular, al igual que el caso anterior representa a muchísimos pacientes donde se repite casi con exactitud las características de la personalidad por un lado y por el otro la mecánica de producción y los síntomas que de todo esto se origina.

Por lo que la frecuencia de este tipo de dolores es muy común, y es muy probable que muchos de los lectores de este libro se identifiquen con estas sintomatologías.

Lamentablemente existe una fuerte tendencia en solucionar los dolores de cabeza en base a analgésicos y para muchas personas se transforman en la píldora nuestra de cada día, y en la medida que el organismo del individuo se adapta al analgésico, este es cambiado por uno de mayor intensidad, de hecho, la publicidad de los analgésicos para los dolores de cabeza es tan común como la de las gaseosas o los automóviles y hasta en estas publicidades se ve como se trata el problema como una “solución mágica”.

Claro que cuando uno conversa a través de años objetivamente sobre estos problemas con varios miles de personas, los pacientes que padecen dolores de cabeza, lejos están de estar satisfechos con los analgésicos como las simpáticas señoras y simpáticos señores de las publicidades, ya que los efectos secundarios son bastante poco deseables, la solución dista bastante de ser tan mágica y cuando el analgésico ya no es tolerado o no resulta dentro del organismo, encontrar otro que lo reemplace se transforma en una situación engorrosa.

Como ya hemos visto en el capítulo del dolor, atacar este por este mismo, no significa solucionar el problema, no hay duda que la desaparición del dolor, como ya lo dijimos produce alivio y satisfacción en quien lo padece, pero cuando el dolor dura años y años es obvio que lo que hay que atacar es la causa. He conocido tantísimos pacientes que han tenido dolores de cabeza durante tantos años que ni siquiera pueden recordar la cantidad de años que lo sufren o cuándo empezó, por lo que la respuesta generalizada

por sorprendente que parezca a la pregunta cuánto hace que le duele la cabeza, es desde siempre.

El dolor de cuadrante, como ya se describió en su capítulo correspondiente, afecta la zona hemicraneal haciendo foco alrededor del ojo, es importante destacar que a este último no le sucede nada, aunque muchos pacientes refieren sentir una fuerte presión por detrás del ojo y daría la sensación de que está afectado, no voy a ahondar en la mecánica de producción ya que fue descrita y es similar a la del caso del dolor en casco, pero aquí ocurre en forma unilateral, la personalidad también se describe en personas ansiosas pero diferencia de las del casco, no son obsesivas, se caracteriza más por ser personas que quieren estar en demasiados temas al mismo tiempo, si bien ocurre en ambos sexos hay un notable predominio en las mujeres. La primera reflexión que podemos hacer en este predominio estadístico es que dentro de las características intelectuales de las personas que tienen este padecer, las mujeres que lo sufren no sólo se dedican a actividades intelectuales dentro de su trabajo fuera de la casa, sino que son personas que no desatienden su hogar para ocuparse de su profesión u oficio y como la tendencia generalizada es estar en varios temas, encuentran en ambas vertientes demasiados temas que las absorben, y otra causa ya de origen biológico es que cuestiones hormonales provocan o acentúan el padecer.

Una característica muscular que hasta ahora no fue descrita en este tipo de dolor, es que el nervio de Arnold del cual ya describimos varias veces su formación, es un grueso nervio que como también se dijo puede hallarse atrapado por la tensión del angular del omóplato y el ECOM en el ángulo que forman cuando estos dos músculos se aproximan entre sí, pero anatómicamente este nervio perfora dos ojales naturales que son primero, uno que le forma el músculo esplenio (poderoso músculo extensor del cuello y la cabeza), que por ser un músculo de los planos profundos de la nuca está relacionado con la agresividad, luego de “perforar” al esplenio avanza hacia arriba para atravesar el segundo ojal que le forma la inserción del trapecio correspondiente a la altura del hueso occipital y de allí da ramificaciones hacia los músculos pericraneales.

De aquí se desprende que la contractura o hipertonia del esplenio y del trapecio son factores fundamentales en el desarrollo del dolor en cuadrante y siendo el esplenio y el trapecio músculos relacionados a la agresividad, en el caso de estos pacientes, esa

agresividad no se canaliza hacia las otras personas, sino que es una agresividad sana en la búsqueda de objetivos personales, pero se hace patológica cuando los objetivos son varios y es imposible cumplir con todos en los tiempos tan escasos que estos pacientes se plantea, esto no es ni más ni menos que la descripción de una ansiedad imposible de satisfacer.

NP era profesional en un área de las ciencias de la salud, y dedicaba algunas horas a la atención de pacientes , otras a la docencia en una Universidad, por otro lado compartía la conducción de un negocio familiar bastante grande, tenía varios hijos de corta edad a los cuales les dedicaba mucho tiempo y su marido era muy reconocido en su profesión y estaba muy atenta a las necesidades de éste, y por otro lado sus padres ya mayores, recibían de ella la atención que sus hermanos no le dedicaban, demás está decir que el día le quedaba bastante corto para realizar tantas y disímiles tareas, a pesar de esto siempre se quejaba de tener algún proyecto pendiente.

La conocí a través de la derivación de un médico que se dedicaba a problemas de obesidad, NP no era una persona obesa, todo lo contrario estaba muy en forma pero por lo visto esta era otra actividad más, ya que el médico nutricionista le preparaba una dieta que se amoldaba a su gran actividad y otra que le causaba mucho placer que era la práctica del deporte. El médico que conocía los problemas de cefalea de ella desde hacía varios años me había conocido desde hacía poco tiempo, pero se había interesado mucho por los resultados que yo obtenía sobre este tipo de pacientes a través de técnicas manuales y como el era amigo de evitar la medicación innecesaria le sugirió a NP que me vea. Realmente en la palpación clínica NP era lo que se suele decir, un “caso de libro”, a todas las tensiones musculares que hemos visto se le sumaban las micromovilizaciones de la caja craneal que caracterizan a esta patología y describiré someramente. Los huesos temporales deben estar ligeramente curvos hacia fuera, en estos casos se encuentra uno hacia fuera y el otro plano, esto se detecta con la palpación de los pulpejos de los dedos pero requiere mucha sutileza de estos y por supuesto una experiencia que surge de haberlo hecho innumerable cantidad de veces. Otra de las características es que el hueso occipital se encuentra del lado afectado “como formando una protuberancia”, esta protuberancia es un poco más grosera porque el paciente siempre la detectó , es dolorosa y no solo NP sino casi todos los pacientes alguna vez pensaron que se habían golpeado y hacen referencia a esto con el popular “tengo un

chichón”, que obviamente lejos está de serlo, ya que se trata de un desplazamiento de las trabéculas óseas hacia fuera por la compresión que se genera en el desajuste de la caja craneal, la parte opuesta del frontal hace una protuberancia muchísimo menor que también es perceptible a la palpación profesional y que a la manipulación comparativa el paciente logra notar la diferencia.

Existen otras alteraciones dentro de la caja craneal que sería de compleja descripción y no está dentro de los alcances de este libro, pero quiero dejar claro que los veintidós huesos del cráneo siempre se ven afectados en esta patología y que todo se origina en una pequeña descompensación pero no por eso poco importante de la unión interna del hueso occipital con el hueso esfenoides.

A diferencia del caso anterior, donde la personalidad de aquel paciente era tortuosa y a través de esta parecía jactarse de su capacidad intelectual, NP también era conciente de su capacidad y por sobre todo de su personalidad avasallante y se comportaba como toda persona de éxito ya que todo lo que encaraba le salió realmente bien, pero tenía en común con el otro caso en que el dolor de cabeza era el estandarte de su tremenda actividad productiva y que al igual que en el otro caso quería un buen mecánico para seguir adelante con su vida.

Traté a NP en forma regular durante el primer mes y sus dolores de cabeza desaparecieron por completo, pero aquí también ocurrió y como era de esperar en una persona como ella, sumó a sus múltiples actividades de visitarme con cierta periodicidad para mantener el service que impedía el retorno de su padecer. Esto se prolongó durante muchísimos años y solamente y esporádicamente podía aparecer algún dolor de baja intensidad que coincidía con épocas donde encaraba nuevos proyectos que surgía de los negocios que emprendía su empresa familiar o en los múltiples viajes que realizaba acompañando a su marido en su reconocida profesión.

Muchas veces hablamos, ya que era una persona que realizaba desde hace muchísimos años terapia psicoanalítica, de la somatización que significaba ese dolor de cabeza, esto lo sabía desde antes que yo la atendiese ya que su psicoanálisis preexistía desde antes, aquí se da un caso donde se pudo combinar ambas terapias pero como bien me decía ella, “siempre supe el origen de los dolores de cabeza, he modificado muchas

cosas en mi personalidad con otras no lo he conseguido pero las he aceptado, pero también siempre necesité alguien que me solucionara el problema biológico y no lo conseguía y apelé durante muchos años a los analgésicos porque no tenía otra alternativa”.

Este es un caso interesante para entender que a veces solucionando los problemas originados en los sentimientos, si el daño estructural ya se ha causado, este debe ser solucionado.

La pregunta que siempre me hacía con respecto a esta persona, es si realmente había solucionado como ella decía, el problema de sus sentimientos, si bien reconocía que había algunos que no había resuelto pero los aceptaba, eran estos los que aún le daban origen a sus cefaleas, no se puede decir que NP buscara el éxito por el éxito mismo, ya que sus éxitos se obtenían a través del trabajo que la autorealizaban porque le producía satisfacción personal porque ella lo había elegido y nadie podía dudar de esa satisfacción que le producía, su vocación familiar y el ayudar a tantos seres queridos.

En mi opinión personal creo que si algo se le puede adjudicar en contra a NP, es ser víctima de lo que hoy se suele llamar la “mujer total”, ya que tiene una gran habilidad para estar en todas las áreas, cumplirlas con éxito, obtener satisfacción de esto, pero el grado de exigencia sobre sí misma era extenuante.

Dolores de base de cráneo y frontales : Con respecto a estos dolores podríamos citar tantísimos casos, pero serían variantes muy parecidas de los casos citados anteriormente donde la ansiedad, agresividad y el miedo jugarían papeles preponderantes en cuanto a los sentimientos que desarrollan este tipo de dolores, y a estas alturas sería repetitivo volver sobre las tensiones musculares que ocurren en el cuello, ya que solo hablaríamos de variantes de este increíble puzzle, que cuando se mueve una pieza, en este caso se tensiona, acompaña un desajuste que afectará a muchísimas otras más y a esto se le sumará nuevamente los ya descritos micromovimientos de los huesos de la caja craneal, por lo que ya aquí creo terminado con los dos casos anteriores los ejemplos necesarios para entender el problema del dolor de cabeza de origen cervico-craneal por tensiones musculares.

Quiero hacer la salvedad de que la cabeza no solo duele por este motivo, estos dolores son los más benéficos ya que la hipertensión arterial , lesiones neurológicas o tumores se expresan a través de dolores de cabeza o cefaleas por lo que siempre que aparezca un dolor de cabeza de características difusas lo primero que se debe hacer es descartar lo recién mencionado, afortunadamente la mayoría de las cefaleas que padecemos se relacionan a las tensiones del cuello , pero la medicina preventiva comienza por descartar aquello que puede traer serias complicaciones.

SEGUNDA PARTE
CASO 8
UNA SITUACIÓN DE PELÍCULA

En los casos anteriores me he referido a situaciones individuales que caracterizaban alguno de los problemas descritos en el presente texto, en el que nos concentrábamos en la persona, su problemática corporal, la situación de sus sentimientos y pensamientos, la patología que caracterizaba este conjunto y esto inmerso en la realidad social que vivía el paciente citado.

En la situación que voy a plantear ahora vamos a ver varias patologías de las que ya hemos hablado, acusadas en personas que se interrelacionan entre sí y veremos como en algunas de ellas las patologías nacen desde las personas mismas y en otras, a pesar de nacer de éstas mismas, cómo la personalidad de otros individuos caracterizados como se los ha descrito en este libro, pueden potenciar el problema que padece un individuo.

Si bien a través de los años me ha sido normal atender pacientes que se conocen entre sí ya que es común que entre las familias y los amigos se recomienden los profesionales, y muchas veces me ha tocado que se me superpongan los períodos de tratamientos de personas que se vinculan afectivamente entre sí y haber observado que la relación entre éstos pasaba a ser parte del problema que los afectaba, nunca he actuado como mediador entre los pacientes, en todo caso la información que recibía me servía para entender individualmente la problemática de cada paciente y actuar en consecuencia.

Sucesivos casos que se interrelacionaban entre sí y a veces núcleos familiares no siempre simultáneos y otras veces sí, me han enseñado a entender cómo algunas personas influyen sobre otras a la hora de soportar el carácter de estas y esto es el motivo del origen del comienzo de una patología, por supuesto que en la base del carácter de la persona que soporta el influjo de otra, está la falla de no saber ponerle límites a la otra , pero también muchas personas necesitan de otros para llevar adelante sus vidas por lo que a priori parece que la influencia negativa, ya sea un padre, una madre, marido, etc, no siempre es tal ya que el hijo, esposa o esposo, etc, son los que se

enganchan en el Inter. Juego del supuesto mal carácter de la otra persona, ya que este pasa a ser una suerte de tutor en sus vidas, claro está que esto no justifica el real y mal carácter de las otras.

Existen otras situaciones que no son ni deseadas ni buscadas por las personas , pero se ven los protagonistas obligados a participar de ellas por necesidades propias de la vida, y esto generalmente ocurre en el ámbito laboral donde muchas personas tienen que acallar sus sentimientos a fin de conservar su trabajo o encontrar dentro de éste una situación estable que les permita seguir delante de la mejor manera posible.

De esto se refleja que las relaciones entre las personas, como lo he expresado varias veces en capítulos anteriores, surge la expresión de muchos sentimientos y esto se evidencia en el cuerpo de los individuos. No es difícil cuando uno entra en una oficina o en un ámbito laboral similar, observando las actitudes corporales, saber quién es el que manda y quién es el que recibe las órdenes.

Hay situaciones especiales que conjugan personas con caracteres fuertes que se vinculan entre sí por situaciones que los reúnen en forma eventual para la realización de algún hecho en particular. En esos casos la represión de los sentimientos varía en una forma no tan distinta de aquellos que por cuestiones de necesidad laboral no les queda mas remedio, en estas situaciones especiales es cuando se notan las personas que por naturaleza son dominantes, y otras a pesar de su fuerte carácter pueden parecer dominadas, pero en realidad lo que están ejerciendo es una paciencia a favor de la convivencia, pero como veremos en la situación que voy a describir ahora, toda paciencia tiene límites, pero lo que es interesante para este libro es cuánta paciencia puede tener un cuerpo en formar un dolor que exprese la contención de un sentimiento, aunque después el individuo sufriente estalle en cólera.

Mi vida profesional me ha llevado a ejercer mi trabajo en distintos países y dentro de éstos circunstancialmente en distintas ciudades, una vez en una de estas se estaba rodando una producción cinematográfica que reunía a muy importantes profesionales del espectáculo cinematográfico, uno de ellos era paciente mío desde hacía bastante tiempo y tenía un rol preponderante en lo que significaba la realización de la película detrás de las cámaras, yo había acompañado esta persona con el

tratamiento en todo lo que se llama , cinematográficamente hablando, la pre producción del rodaje, situación que lo tensionaba mucho y producía en él dolores cervicales y ese era el motivo de la relación profesional- paciente. Como la producción reunía a importantes actores mundialmente reconocidos de distintas nacionalidades y del otro lado de las cámaras se encontraban especialistas de las distintas áreas que habían sido reconocidos también por distintas producciones en forma internacional a tal punto que entre todos sumaban varios premios Oscar de la Academia, esta situación era totalmente ajena para mí.

Si bien al que ahora llamaremos PP, que era mi paciente inicial, llevaba muchos años en esto esta producción en especial por el peso de las personas que intervenían , se estaba transformando en una difícil situación para PP que con su gran profesionalismo podía conducir la situación, pero en la medida que avanzaba el rodaje, la frecuencia con la que atendía a PP se hacía casi diaria en horarios no habituales para la atención de un paciente y generalmente en lugares que no era precisamente mi consulta, ya que PP era un paciente desde hacía muchos años y existía una corriente afectiva entre nosotros quería acompañarlo en todo lo que yo podía. Luego siguió la atención de otra persona de alta jerarquía en el área de la producción, esta como era de esperarse aparecía con jaquecas diarias que le dificultaban el trabajo (del tipo de dolor en casco), era un apersona habituada en este metiere y muy profesional, por lo que no me sorprendió cuando me dijo que sus jaquecas existían desde hace muchos años. Como vemos hasta ahora, los dos pacientes que pertenecían a esta situación padecían como hemos visto en los capítulos precedentes lo que sus dolores simbolizaban, uno dolor de cuello porque no podía perder la cabeza ya que si él la perdía se desmembraba el rodaje, el otro que no podía parar de pensar para conseguir los objetivos de la producción tenía dolores de cabeza.

La derivación siguió con la persona que financiaba la película, a este no le dolía nada pero quería que le hagan masajes para relajarse, situación a la que no accedí porque no tenía que ver con mi trabajo profesional y lo derivé a un masajista que se ocupaba de eso, luego comprendí que el sentimiento de este surgía de los desfasajes económicos que se producían a lo largo de la película , y como mínimo pedía que alguien le “mime” su cuerpo para calmar sus tensiones ya que el producto final él recién

lo vería mucho tiempo después que todos los integrantes de acuerdo al resultado económico final del film y esto en esos momentos estaba muy lejos.

Los dos pacientes que llevaba hasta ese momento me estaban absorbiendo mucho tiempo y energía pero la situación me iba atrapando y empezaba a pensar que en cualquier momento de profesional pasaría a ser paciente, cosa que por suerte no ocurrió a pesar de lo que voy a relatar ahora.

Sabía por PP que los dos protagonistas principales de la película se llevaban pésimo, y eso bajaba como una catarata de problemas hacia el resto del elenco y la producción, para mí hasta ese momento resultaba un “cotilleo simpático” que lo guardaba como un secreto por cuestiones lógicas profesionales, y aunque ahora lo esté escribiendo no estoy dando los nombres de dichos protagonistas y ha pasado muchísimo tiempo, ambos eran grandes estrellas de Hollywood, poseían nominaciones de la Academia y premios Oscar y habían protagonizado juntos años antes una película que aún hoy es considerada una joya del cine, pero parece que desde ahí venían sus conflictos personales, que evidentemente dado su tremendo profesionalismo solo reflejaron en la pantalla grandes actuaciones.

Uno de ellos comenzó a tener jaquecas, realmente era una persona muy especial, tenía muchos problemas personales, el primero era su muy mal carácter por lo que la comunicación entre el y yo eran casi nula sumado a los problemas idiomáticos, aunque un traductor simplificaba mi trabajo a la hora de relacionarme con él, pero sus gestos y su actitud corporal me servían mucho más que el traductor, su genialidad actoral reconocida aún hoy no por mi sino por los grandes críticos de la prensa internacional y por los dos Oscar que ostentaba eran proporcionales a sus actitudes distantes de la realidad que estamos acostumbrados a vivir, su popularidad no le permitía ni siquiera , salir a la calle en la inmensa mayoría de los países del mundo . No era extraño que una persona con la concentración que tenía para sacar tan diversos personajes que lo hacían parecer tan distinto unos de otro, le dieran dolores de cabeza, su cabeza y su cuello cumplían con todas las pautas del típico dolor de cabeza en cuadrante, se sentía bastante contento a la hora de atenderse y hasta parecía agradecido a pesar de su increíble actitud intolerante, pero me aprobaba porque yo le daba una solución, creo que en su casi indescifrable manera de pensar existía el código que solo aprobaba aquello que daba

resultado, no existía persona en todo el rodaje que no tratase de escaparle a su presencia, por lo que atenderlo requería para mí un gran esfuerzo no solo por el trabajo que significaba la atención en sí, sino la tensión que generaba saber que en cualquier momento se iba a poner a discutir con alguien. A esta altura para mí ya era obvio quién era la piedra de la discordia en la dupla actoral y quién era el que ejercía el arte de la paciencia, sólo estaba esperando que me avisen en qué momento iba a tener que atender al otro gran talento porque veía venir que la situación iba a quebrar la voluntad que estaba poniendo para sostener la paciencia para aguantar al actor malhumorado, por lo que sabía que tarde o temprano una sacroileítis estaría en mis manos.

PP sabía y respetaba mucho sobre mis estudios sobre técnicas corporales y la relación de éstas con los sentimientos, ya que él lo vivía en su propio cuerpo, fue entonces cuando le dije que tarde o temprano el otro actor iba a sufrir una lumbalgia, lo único que me comentó con resignación fue que ojalá sea luego que terminemos la película, me guardé para mí para no preocuparlo que el dolor lo iba a querer compartir con todos y seguramente iba a ocurrir antes de que termine el rodaje.

Ya me había acostumbrado a que la atención que realizaba en estas personas fuesen en horarios muy atípicos y en lugares poco cómodos para mi trabajo, como eran casi siempre los trailer de filmación, que en el caso particular de las estrellas cuentan con una cama que me servía de camilla, por lo visto el tolerante actor no quiso ser menos y desató una sacroileítis un sábado a última hora cuando realizaba las últimas escenas que le correspondían a él en el film y luego se marcharía a su ciudad para comenzar con otro rodaje de gran importancia.

Esta sacroileítis por la forma en que se dio y ahora relataré nos quiso dejar claro a todos los participantes no solo que se iba por cuestiones lógicas y contractuales, sino que también se iba hartado y dolorido.

Cuando me llamaron, me avisaron que RJ estaba con molestias lumbares y se estaban realizando las últimas escenas, pidiéndome si me podía acercar al set de filmación, por el supuesto caso que el dolor le impidiese terminar estas pocas horas que le quedaban de un trabajo de varias semanas. En esa época no existían los teléfonos móviles por lo que en el trayecto desde mi casa al lugar de filmación que era un área de

la ciudad que había sido acordonada con el permiso de la alcaldía para la filmación del evento, nadie me podía informar cómo iba evolucionando , aunque tenía la certeza que cuando llegara aunque sea por aliviar su dolor debía atenderlo cuando terminara su trabajo.

Cuando llegué al lugar había el lógico revuelo de curiosos que querían ver a las estrellas internacionales, cosa que me dificultaba el acercamiento al lugar, aparqué mi auto donde pude, atravesé el numeroso grupo de curiosos y alcancé a ver un asistente de producción al que le pude avisar quién era y qué venía a hacer, me sorprendió la cara de alegría inmensa que se produjo en él, tomó su handy por el cual avisaba llegó, llegó!!.

Me pareció excesivo tal recibimiento me tomó de un brazo y mientras me gritaba rápido me conducía al lugar que estaba RJ, , me encontré de repente en el medio de una escena ambientada varias décadas atrás con RJ metido en un auto antiguo comentando con voz de sufrimiento “de aquí no me saca nadie”, personalmente no había visto nunca a RJ y me sorprendió conocerlo en esta situación que ya se tornaba surrealista para mí. PP me dijo ayúdame con esto, cuando me acerqué al automóvil RJ no podía salir de él por el dolor que sentía por lo que fui yo el que intentó buscando posiciones funcionales , ayudarlo a salir de éste, en ese momento descubrí ya que sólo lo conocía a través de filmaciones que era un individuo de más de 2m de altura, lo cual me dificultaba extraer sus larguísimas piernas de los pedales del auto.

Una vez superada la surrealista presentación de mi paciente y habiéndolo colocado en la cama de su trailer comencé a trabajar su sacroileítis , es obvio que yo no soy adivino, estaban todas las circunstancias dadas para que el quiebre de su voluntad ocurra pero nunca imaginé, y esa fue mi sorpresa, que iba a ocurrir de una manera tan exagerada a la vista de la mayoría de los integrantes y generando el problema de detener la filmación en los últimos momentos.

En la medida que lo atendía comenzó a hablar conmigo, hablaba un perfecto español por lo que la comunicación entre ambos podía ser muy fluída, comenzó diciéndome que necesitaba que le alivie el dolor para poder terminar las escenas, su sacroileítis era muy típica. Con algunas maniobras muy directas de acomodación de las cadenas musculares, realineación del sacro y crioterapia (terapia por el frío) esto último

lo utilizo casi siempre en las emergencias, al cabo de casi una hora con mucho menos dolor y bastante aliviado volvió a su trabajo y lo culminó, mientras yo me quedé expectante por si me volvía a necesitar.

Al día siguiente se hizo un almuerzo de despedida en una casa de campo, porque esa misma noche RJ viajaba, fui a la despedida y también a atenderlo para que pueda irse lo mejor posible, cuando me encontré con él se sentía prácticamente curado, yo sabía que mi trabajo tenía que ver con eso pero más sabía aún que lo que lo había mejorado era terminar con la situación que lo tenía sobrecargado. De más está decir que el otro actor no había sido invitado a la despedida, ni a él tampoco le interesaba ir..

Cuando volví a atender a RJ, lo hice con mucha más tranquilidad y por tiempo más prolongado que nos permitió conversar bastante, se mostró muy agradecido por lo que había hecho por él y sin saber él lo que yo pensaba de la situación, casi con inocencia me preguntó si el estrés de los últimos días podía tener que ver con un problema que lo registraba como algo traumatológico, le comenté que sí pero no quise profundizar en eso ya que no volvería a verlo y no era bueno dejar a medias la interpretación de cómo canalizó sus sentimientos y sus problemas de espalda.

Me invitó he hizo hincapié en que cuando pase por la ciudad en la que él vivía lo visite y que sería muy bien recibido, era una persona diametralmente opuesta al otro actor y eso no lo hacía menos talentoso ya que ambos tenían el mismo reconocimiento y los mismos galardones.

Todo esto que he relatado tiene la intención ya que ha participado gente de fama mundial en una situación tan especial, como lo es el rodaje de un film, de ser el reflejo de la realidad, la que también ocurre en gente en la que comúnmente se cree no tiene problemas por su holgada situación económica y su popularidad.

Esta misma realidad ocurre a diario en muchos ámbitos de trabajo y hasta en muchos hogares, la Inter. Relación del carácter de los individuos influye sobre el estado de ánimo de los demás y creo que esto no es una novedad, pero como vimos recién cuando las cosas no se expresan como corresponde, terminan siendo los cuerpos los que se terminan expresando por las personas y aquí vemos cómo quien tenía la

responsabilidad de organizar y dirigir la situación fue el primero en empezar a expresar su dolencia a través del cuello, que como vimos es la comunicación primitiva de mantener la cabeza en su sitio . Cuando la situación general comenzó a desestabilizarse no fueron pocas las veces que PP a partir de sus problemas cervicales tuvo síntomas de vértigo y mareo que no reflejaban otra cosa que, la inestabilidad que provocaba la situación atravesaba su cuerpo. La persona encargada de coordinar que no falte nada dentro del film sufrió dolores de cabeza caracterizados en forma de casco que no hacía más que expresar la presión que generaban sus ideas para solucionar los inconvenientes del día a día. El huracán actor que padecía dolor de cabeza en cuadrante y sabemos que tiene que ver con una intensa actividad intelectual, expresó su concentración en su trabajo de esa manera y la paciencia ejercida por el coprotagonista quebró la voluntad de este con la característica sacroileítis , pero lo hizo en un momento tan especial que le dejó claro a todo el entorno que su voluntad tenía un límite para aguantar la estresante situación y cuando todos corrimos detrás de él se recuperó más rápido de lo que habitualmente hubiera esperado y terminó su trabajo con gran profesionalismo.

Esto lleva a la reflexión de que si observamos el entorno de la gente que nos rodea habitualmente y con la cual tenemos intereses comunes ya sean afectivos o materiales, o lo que es muy común ambas cosas a la vez, hay patologías corporales que parecen engarzar a las personas a través de lo que estas expresan y lo que las personas no se atreven a expresar con sus propias palabras a través de un diálogo.

Es más lo que aguantamos y soportamos de nuestros sentimientos hacia adentro, que lo que comunicamos hacia fuera verbalmente de éstos, por lo que podemos decir que existen las “confesiones del cuerpo”.

CONCLUSIONES

A lo largo de todos los capítulos he ido desenredando el hilo conductor que une la energía psíquica con la patología dolorosa articular y todos los elementos que la componen.

Cuando se habla de energía psíquica nos hemos referido estrictamente a la que se produce a través del pensamiento y los sentimientos, tanto a nivel consciente como inconsciente, esta energía concreta no tiene nada que ver ni debe confundirse con energías psíquicas hasta hoy no demostradas científicamente, sabemos que existen fenómenos paranormales pero no han sido suficientemente estudiados para ser explicados a nivel cotidiano y aquellas personas que presentan excepcionalmente capacidades para expresar fenómenos psíquicos paranormales, son extremadamente reducidas en cantidad y los casos conocidos caminan por una delgada línea que va entre la verdad y el ilusionismo. Hago esta salvedad para que se entienda que nuestro cerebro produce a través de su función una energía que es medible por ejemplo, con entre otros elementos el más conocido el electroencefalograma, con él podemos conocer la actividad que desarrolla el encéfalo en un momento dado y como su nombre lo indica lo que mide es la electricidad que se genera a través del producto de su función.

Hemos visto que la actividad normal genera una corriente eléctrica que baja desde el encéfalo a través de la médula espinal y desde esta por los nervios periféricos hasta llegar al punto de contacto con el músculo, llamado placa neuromuscular, una vez que el músculo recibe esta corriente eléctrica va a recibir dos tipos de mensajes, uno para realizar el movimiento fásico, que como ya dijimos es aquel que produce el desplazamiento de los segmentos y otro va a ser el movimiento tónico, que es el mínimo de contracción que tiene un músculo y que sirve para que este exprese el estado global de la persona desde la suma algebraica de todos los puntos que influyen en ella, su evolución filogenética, su evolución ontogénica, su estado anímico, la influencia del medio externo sobre él y la respuesta inmediata de este sobre el anterior.

El tono neuromuscular varía constantemente ya que muchas de las variables que lo producen son sometidas a cambios muy rápidos y la respuesta de este es instantánea, de la misma manera que el tono no puede expresarse en la totalidad del cuerpo en la

misma forma porque las cadenas musculares no tienen la misma función dentro del mismo, por los motivos expresados en la evolución filogenética, en el hombre actual cuyo objetivo fue ponerse de pie y a través de esto pudo evolucionar de una manera que lo distingue en forma radical y lo pone a la cabeza en el reino de las especies. Entre las cosas más destacables la bipedestación le dio al hombre la posibilidad de elevar la visión y ver más allá de lo que veía en sus posturas anteriores, esto le planteó el alcance de nuevos objetivos que le hacían ver más allá de lo que le ocultaba la espesura que lo rodeaba.

De acuerdo a los estudios más recientes de los antropólogos más avanzados nos indican que hace cuatro millones de años aproximadamente, en el sur de África se desarrolló el *Australopithecus*, que es el homínido bípedo más antiguo que se conoce y que hasta hoy se considera el primer bípedo de la historia, desde allí avanzó una larga marcha hasta el centro de Europa donde fue evolucionando hasta hace aproximadamente 40.000 años donde a lo largo de ese camino dejó varias transformaciones y distintas morfologías corporales que caracterizaron distintos homínidos y llegamos al hombre actual. En ese camino nos acompañaron distintas especies que derivaron en otros homínidos como el gorila, el chimpancé, etc, y hasta se llegó a convivir durante 10.000 años con el Neardental, un animal de características muy similares al humano pero genéticamente distinto, su parecido era tan grande que podía llegar a procrear en la cruce con el *Homo sapiens*, pero la diferencia genética hacía que el producto de la cruce, tal como ocurre con el caballo y el burro, de los cuales se obtiene la mula, aquella cruce era estéril. La gran diferencia que tuvo nuestra especie con el Neardental es el mayor desarrollo que tenemos en la capacidad de abstracción que es lo que caracteriza nuestro pensamiento, el hecho de poder visualizar en nuestro imaginario nuestras ideas y a partir de esto la capacidad de expresarlas, para muchos antropólogos una de las causas principales de la desaparición del Neardental, fue su incapacidad de lograr un lenguaje de expresión suficiente para poder desarrollar una actividad gregaria, algo que en nuestra especie se hiperdesarrolló y que nos sigue caracterizando hasta nuestros días ya que a mayor comunicación, mayor desarrollo social, la capacidad de comunicación entre los hombres de aquellos tiempos facilitó el desarrollo de la ocupación de los terrenos achicando los espacios para la vida del Neardental y la principal teoría dice que eso llevó a la extinción de esa especie que nos acompañó.

Podemos concluir entonces que la capacidad de expresión y a través de esta el desarrollo de la comunicación, es la esencia del desarrollo y sostén de nuestra especie.

Por los distintos motivos ya vistos el tono de nuestros músculos podría definirse como nuestra capacidad primaria de comunicación que por supuesto existe en todos los animales que tengan músculos, pero nuestro tono se caracteriza porque en él podemos imprimir nuestra capacidad de elaborar sentimientos y estados de ánimo que se expresan a través de las variaciones de tensión de éste, y los sentimientos y estados de ánimo están estrechamente relacionados con la increíble capacidad que tenemos los seres humanos que es la capacidad de elaborar el pensamiento racional, pero como este se halla siempre sujeto a las variaciones del pensamiento inconsciente y este se relaciona como lo demuestra la teoría psicoanalítica, con la experiencia a través de nuestra vida, la cual llegará hasta lo consciente en la medida que desde este podamos indagar en las profundidades del inconsciente.

La experiencia del proceso inconsciente en el tono muscular comienza en la vida intrauterina, en ese momento el feto no puede diferenciarse de la madre ya que él junto con su madre se auto considera un todo, ya que el feto nunca ha vivido hasta ese momento, otra experiencia para poder diferenciarse del medio, de tal suerte que el nacimiento se vive como una suerte de amputación en la que el bebé siente que él es una separación que se aleja de la otra parte del todo (la madre).

Fácil es entender esto ya que sólo el acercamiento con la madre produce un contacto que tranquiliza al neonato y esto ocurrirá durante mucho tiempo en los meses siguientes.

La dualidad madre – bebé se mantiene fundamentalmente a través de lo que llamamos un diálogo tónico ya que el contacto corporal entre ambos produce seguridad y tranquilidad al niño, en la medida en que se van desarrollando nuevas formas de comunicación como son los gestos en los cuales el tono por supuesto, está impreso en los movimientos fásicos, por lo tanto el movimiento fásico cobra una importancia relevante en la comunicación y se irán sofisticando de tal manera a través de la evolución de los meses y antes del desarrollo del lenguaje hablado, como una forma de

comunicación no solo con la madre sino también con el entorno social que lo rodea. Con respecto a este entorno el diálogo tónico que en un principio se desarrolló con la madre, en poco tiempo el niño a través de las tensiones corporales distingue los cuerpos cercanos y habituales y se relaja, al tiempo que se tensiona cuando se lo pone en brazos de alguien a quien él considera un extraño, y ese aumento de tono es el paso previo al típico llanto que expresa miedo a un desconocido.

Si el diálogo tónico es el modo de comunicación primaria o primitiva, y los gestos que son la combinación de movimientos fásicos que llevan impresos los movimientos tónicos, son la comunicación secundaria por la que se expresan los primeros elementos de la comunicación con pensamiento abstracto que se encuentra en desarrollo que aún no ha llegado a su plenitud, terminará en la forma terciaria de comunicación que tenemos los seres humanos que es el lenguaje hablado, este expresará a través de sonidos que son las palabras-símbolos que representan elementos que comunicamos desde nuestro pensamiento. Estas tres formas de comunicación se mantendrán a lo largo de la vida, si bien el lenguaje hablado es la forma más clara y eficaz de comunicarse y que como sabemos su desarrollo y forma es tremendamente amplio en cuanto a su capacidad simbólica, que estará en relación al desarrollo de la maduración biológica del individuo y una vez alcanzado este podrá desarrollarse proporcionalmente a su adquisición cultural, estará siempre acompañado por mínimo que sea de gestos en forma simultánea y el tono subyace en la expresión de estos últimos.

Como vimos antes, el tono neuromuscular y su actividad se impregnan en los tejidos conjuntivos conocidos como fascias, que son la estructura arquitectónica que envuelve a los músculos y que a su vez por sí mismas forman la estructura de sostén del cuerpo humano, es tan difícil separar la actividad de los músculos de las fascias como envoltorios tanto como estructuras de sostén a través de las grandes fascias desarrolladas en los lugares ya mencionados a lo largo de este texto (fascia lumbar, fascia cervical, meninges, etc), que sería conveniente hablar de una estructura miofascial cuando nos referimos a ambos elementos para mejorar la definición funcional de los dos elementos, que por lo visto son indivisibles a la hora de hablar de la capacidad de sostén y movimiento del cuerpo humano, que en definitiva forman junto con los huesos sobre los cuales las miofascias actúan, lo que llamamos postura, que

podríamos definirla como el estado de relación de las partes del cuerpo entre sí y del conjunto de este con el medio externo.

Retomando, el tono neuromuscular deja la huella sobre la estructura conjuntiva por lo que nos enfrentamos de esta manera, a un tono mecánico que lo encontraremos de distintas formas a lo largo de toda la estructura miofascial del cuerpo de una persona, y el conjunto de las distintas huellas del tono mecánico caracterizarán la postura global de la persona, pero como ya lo dijimos sobre esta postura global siempre se instalarán cambios que serán directamente proporcionales a las diferentes situaciones que se van viviendo a cada instante.

Por todo lo expuesto hasta ahora vemos que la postura de una persona no puede ser analizada desde la fría anatomía y biomecánica, que si bien son útiles para su estudio y aún más, para la conclusión que estamos haciendo, son solo una parte ya que ningún ser humano que halla vivido unas pocas décadas puede jactarse de cumplir estrictamente con las pautas biomecánicas exactas, ya que la vida nos ha atravesado por el cuerpo y nos ha moldeado a su forma y capricho.

La postura a través del tiempo cronifica en alguno o varios puntos determinados del cuerpo, tensiones y compresiones que terminan tarde o temprano produciendo una lesión que se va a expresar a través del dolor, no me estoy refiriendo a lo que ocurre en el estado de vejez cuando gran parte del cuerpo se va a ver desgastada y es lógico que esto nos lleve a patologías reumáticas, me refiero a esos momentos de la vida donde no importa la edad que se tenga, donde las tensiones que se han originado a través de nuestra vida psíquica se expresen a través de nuestro cuerpo, ya que siempre vivimos en esta sociedad moderna con un tono siempre aumentado que deja huellas muy marcadas y cuando las circunstancias emocionales sobrepasan el límite de lo posible se expresan a través del dolor de un punto determinado de nuestro cuerpo.

En este texto he tratado de explicar desde múltiples puntos de vista, más allá de los biológicos, qué significa ese sector puntual del cuerpo que expresa dolor, desde el punto de vista simbólico, que nos dice, qué sentimientos son los que en ese momento indicado de la vida nos están sobrepasando, dicho de otro modo qué significa un dolor de cabeza y qué sentimientos lo caracteriza y cómo estos nos hablan de la persona que

lo sufre, y así hemos transitado por muchos dolores cotidianos a los que se enfrenta la sociedad moderna sin que esta repare, hasta ahora, en qué simbolizan.

También hay que decir que estos dolores no son sólo para llamarnos la atención a nosotros mismos, sino que también a través de estos llamamos la atención al entorno que nos rodea, si el tono de un bebé es una forma de comunicación primaria a través de la cual podemos saber del estado de él y el bebé reconocer su entorno por el diálogo tónico a los seres que lo rodean, me atrevo a decir que los dolores corporales descritos pueden ser una forma cuaternaria de comunicación con nosotros mismos y hacia los demás.

A partir de lo expuesto quiero hacer las siguientes salvedades, que aquellas personas que a través de los dolores manejan su entorno social más íntimo no son el motivo de lo expuesto en este libro y de ellos se ha hablado y mucho en otros libros de tantísimos autores en forma excelente, sobre estas personas se merece otro enfoque para buscar la solución de su problema ya que una cosa es ser consciente del dolor y cómo este puede ser una herramienta para llevar una vida y manejar la vida e los demás, y otra cosa es padecer dolores y no darse cuenta en cómo influye en nuestras vidas y en la de los demás.

Siguiendo con las aclaraciones y este es un punto fundamental y excluyente, en este libro se hizo una exposición clara y detallada de la influencia de nuestras emociones y sentimientos a partir de la actividad psíquica y su influencia sobre el aparato locomotor, pero de ninguna manera se reniega que los mismos sentimientos, emociones y actividad psíquica puedan producir lesiones en otros órganos que no tengan que ver con el aparato locomotor, entiéndase por esto todas aquellas enfermedades que van desde un simple resfrío causado por una baja de defensas, hasta otras que por diversos motivos pueden terminar siendo fatales, son otra forma de manifestarse donde actúan los sentimientos y emociones, yo me he limitado a describir aquellas que se refieren a mi especialidad y con la que he convivido y trabajado para su cura a través de muchos años.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Alexander, Mathias - El cuerpo recobrado
- 2- Alexander, Mathías - La resurrección del cuerpo
- 3- Alexander, Gerda - La Eutonía- Camino hacia la experiencia total del cuerpo
- 4- Arsuaga,J.L. –Martínez, I. - (del proyecto Atapuerca) La especie elegida
- 5- Barlow, Wilfred - El principio de Mathias Alexander- El saber del cuerpo
- 6- Basmajian - Electro fisiología de la acción muscular
- 7- Bejtevera, N.P. - El cerebro humano sano y enfermo
- 8- Bekei, Marta (compiladora) - Lecturas de lo psicósomático
- 9- Bernard, Michel - El cuerpo. Un fenómeno ambivalente
- 10- Birkmayer, W. - Aspectos de la espasticidad muscular muscular
- 11- Bond, Mary - Técnicas de Rolfing –Movimiento
- 12- Brower, Anne C. - Radiología articular
- 13- Brunas-Marelli - Sistema vestibular y trastornos oculomotores
- 14- Busquet, Leopold - Las cadenas musculares –Tomo I-
- 15- Busquet, Leopold - Las cadenas musculares- Tomo II
- 16- Busquet, Leopold - Las cadenas musculares- Tomo III
- 17- Busquet, Leopold - Las cadenas musculares- Tomo IV
- 18- Busquet, Leopold - La osteopatía craneal
- 19- Buytendijk, F.J.J. - La teoría del dolor
- 20- Cailliet, René - Incapacidad y dolor de tejidos blandos
- 21- Cailliet, René - Síndromes dolorosos- Cuello y Brazo
- 22- Cailliet, René - Síndromes dolorosos- Dolor mecanismos y manejo
- 23- Cailliet, René - Síndromes dolorosos- Dorso
- 24- Cailliet, René - Síndromes dolorosos- Rodilla
- 25- Cailliet, René - Síndromes dolorosos- Tobillo y pie
- 26- Cambier-Dehen y otros - Propedéutica neurológica
- 27- Cossio-Fustinioni-Rospide - Medicina interna
- 28- Cyriax - Ortopedia clínica
- 29- Chozza, Luis - ¿Por qué enfermamos?
- 30- De Souzaenelle, Annick - El simbolismo del cuerpo humano

31- Diefait, Marcel - Bases elementales técnicas de la terapia manual y de la osteopatía

32- Diefait, Marcel - La reeducación postural por medio de las terapias manuales

33- Feldenkrais, Moshé - El poder del yo

34- Feldenkrais, Moshé - La dificultad de ver lo obvio

35- Frankl, Víctor E. - El hombre doliente

36- Freud, Sigmund - Introducción al psicoanálisis

37- Freud, Sigmund - Correspondencia

38- Freud, Sigmund - Obras completas

39- Fromm, Erich - El miedo a la libertad

40- Gear-Liendo-Scott - Hacia el cumplimiento del deseo

41- Girardin-Hoppner - Terapia manual de la disfunción neuromuscular y articular

42- Hendricks, Gay - La respiración conciente

43- Ischlonsky, N.E. - Cerebro y conducta

44- Joselovsky, Ariel - Dolores corporales

45- Joselovsky, Ariel - Técnicas manuales de elongación-Método Joselovsky (manual y videos)

46- Kelman, Stanley - La experiencia somática

47- Lapierre - Psicoanálisis y análisis corporal de la relación

48- Lapierre-Acouturier - Simbología del movimiento

49- Lapierre-Acouturier - El cuerpo y el inconciente en educación y terapia

50- Laurent Assoun, Paul - Cuerpo y síntoma

51- Lowen, Alexander - La depresión y el cuerpo

52- Lowen, Alexander - Bioenergética

53- Lowen, Alexander - El gozo

54- Lowen, Alexander - La traición al cuerpo

55- Lowen, Alexander - Miedo a la vida

56- Lowen, Alexander - El lenguaje del cuerpo

57- Lowen, Alexander - La espiritualidad del cuerpo

58- Lowen, Alexander - La experiencia del placer

59- Lowen, Alexander - Narcisismo

60- Lowen, Alexander - Ejercicios de bioenergética

- 61- Maslow, Abraham - El hombre autorrealizado
- 62- Maurice-Merlean-Ponty - Fenomenología de la percepción
- 63- Mejía, Giacomantone - Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico
- 64- Mora, Francisco - El reloj de la sabiduría
- 65- Morris, David - La cultura del dolor
- 66- Nasio, Juan David - El libro del dolor y el amor
- 67- Nasio, Juan David - El dolor de la histeria
- 68- Nasio, Juan David - Los gritos del cuerpo
- 69- Poch,G.P. - Neurología
- 70- Reich, Wilhelm - La función del orgasmo
- 71- Reich, Wilhelm - La revolución sexual
- 72- Reich, Wilhelm - Análisis del carácter
- 73- Rocabado-Seaton - Cabeza y cuello-Tratamiento articular
- 74- Rolf, Ida P. - Rolfing
- 75- Rouvière-Delmas - Anatomía Humana (3 tomos)
- 76- Sami-Alí - Pensar lo somático-El imaginario y la patología
- 77- Sanguinetti, Lucio - Semiología, semiotecnia y clínica propedéutica
- 78- Sarano, Jaques - La significación de los cuerpos
- 79- Schnake, Adriana - Los diálogos del cuerpo
- 80- Schilder, Paul - Imagen y apariencia del cuerpo humano
- 81- Shepherd, C. - Fisioterapia en los trastornos cerebrales
- 82- Somjen - Neurofisiología
- 83- Souchard, Philippe e. - Autoposturas respiratorias
- 84- Testut-Latarjet - Anatomía del cuerpo humano (4 tomos)
- 85- Varios - El cuerpo- El psicoanálisis frente al orden biológico
- 86- Viaud, Gastón - La inteligencia