

El camino del osteópata

(cómo pensar la salud como un osteópata y dejar atrás
la mentalidad biomédica)

Leandro Howlin

Copyright © 2025 by Leandro Howlin

All rights reserved. No part of this book may be reproduced or utilized in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without permission in writing from the publisher.

ISBN:

ISBN-13:

A Caro, que también me enseñó a sentir.

A mis compañeros del alma Diana, Julieta, Julián, Mario y Juan
Martín, que siempre estuvieron.

No hay enfermedades sin sentido.

- Thorwald Dethlefsen

Prefacio para humanos

Este libro, como el anterior, viene a proponer una escucha.

Pero es una escucha distinta. No la escucha como percepción profunda a través de las manos, sino como un esperar antes de hablar o actuar, un suspenso que habilita la irrupción de sentido.

Porque la salud —ese concepto que creemos simple, aséptico, objetivo— ha perdido su significado original, y ahora no la concebimos más que como negación. Así como en el budismo el nirvana es la ausencia de deseos, en occidente la salud es ausencia de enfermedad. Pero esta última, a su vez, tampoco constituye un concepto desplegado ni elaborado: apenas aparece la enfermedad, se la cancela. El horror morbi que atraviesa la sensibilidad moderna es paralelo al horror vacui de la física aristotélica: ambos revelan un rechazo visceral hacia la presencia de un vacío, sea de materia o de normalidad.

De allí que la irrupción de la enfermedad active respuestas automáticas, ritualizadas, donde el pensamiento apenas tiene lugar. Este libro se dirige precisamente a quienes sienten que ese mecanismo no alcanza, que hay una falla en la manera en que se nos ha enseñado a pensar la salud. A quienes advierten la paradoja de sociedades saturadas de fármacos cotidianos y, sin embargo, incapaces de experimentar bienestar duradero. A quienes intuyen —aunque no encuentren todavía las palabras— que existe otra manera de acercarse al cuerpo y a sus dolores, un modo de habitar la fragilidad sin expulsarla de inmediato.

Este libro no es un compendio de conocimientos médicos. Trata del cuerpo como territorio de sentido, del síntoma como lenguaje, de la salud como relato. Trata, sobre todo, de cómo aprendimos a vivir como si los síntomas fueran enemigos, como si el cuerpo fuera una máquina que se rompe y debe ser reparada con repuestos, pastillas o pantallas. Y trata, sobre todo, de otras formas posibles de escuchar al dolor, de entender el malestar, de estar en el mundo con un cuerpo que no siempre responde bien, pero que sabe más de sí mismo que cualquier libro de texto.

Durante más de un siglo, la medicina ha sido regida por un modelo que privilegia el dato sobre la experiencia, la enfermedad sobre la persona, la intervención sobre la escucha. Lo que en sus orígenes fue una estrategia para alcanzar precisión y eficacia, hoy se ha transformado en un hábito epistémico: el cuerpo como objeto, el síntoma como error, el medicamento como solución automática. Pero, a nuestra manera de ver, el síntoma no es el problema, sino un signo, y la enfermedad no es un enemigo que hay que suprimir, sino una expresión que hay que descifrar.

Ahora bien, este no es ni un libro de posiciones abstractas ni un panfleto contra la medicina. Es, antes que nada, un libro de fisiología. Pero de una fisiología pensada políticamente. Aquí no discutimos desde el dogma ni desde la ideología, sino desde la lógica interna del cuerpo: cómo responde, cómo se adapta, cómo se protege y cómo, a veces, falla. Este es un libro de fisiología política: un intento por leer los malestares del cuerpo no solo como fallas mecánicas, sino como efectos de relaciones,

entornos, hábitos y decisiones. De decisiones clínicas, pero también epistemológicas.

Frente al modelo biomédico —que pretende ser una ciencia de hechos—, la osteopatía se nos ofrece como una semiología de signos sensibles, un arte de la interpretación. Lo que sigue no es una defensa de la osteopatía frente a la medicina, ni un elogio de lo alternativo frente a lo ortodoxo. Es, si se quiere, una indagación sobre el sentido: qué quiere decir “curar”, qué quiere decir “funcionar”, qué quiere decir “estar bien”.

El plan de este libro es simple. Primero, desmontamos los supuestos del modelo biomédico desde sus prácticas, sus medicamentos, sus efectos colaterales y su mitología. Luego, escuchamos las voces de quienes —dentro y fuera del sistema— proponen otros modos de pensar lo corporal. Finalmente, mostramos cómo los principios de la osteopatía, lejos de ser dogmas, son actos de lenguaje que devuelven al terapeuta y al paciente el derecho a reescribir el cuerpo como texto, como campo de sentido, y también como forma de resistencia.

A lo largo de nueve capítulos, vamos a explorar por qué nos duele lo que nos duele, cómo confundimos síntomas con enfermedades, por qué y cómo nos medicamos. Y, sobre todo, cómo la osteopatía —una disciplina que muchos aún miran con recelo— puede ayudarnos a recuperar una mirada más sensata, más humana y más esperanzadora sobre el cuerpo, porque propone otra posibilidad: la de escuchar en lugar de corregir, de acompañar en lugar de imponer, de leer en lugar de tachar.

Recuerdo una frase que solía escucharse en los pasillos de la universidad, repetida como quien invoca un mantra: lo que no es química, es política. Quiero ir un poco más allá: la química también es política.

Porque no hay descripción neutra del mundo. Toda elección de lenguaje, de escala, de enfoque, es ya una elección soberana. O, mejor explicado, la idea del reduccionismo de restringir las explicaciones a reacciones químicas o fenómenos físicos, como si pudiera existir un conocimiento ateorico, “evidente”, es también una decisión política. Decidir que el cuerpo se reduce a reacciones bioquímicas, que el síntoma es un error que debe ser eliminado, que la salud se mide en valores de laboratorio, no es un gesto científico: es un gesto ideológico. El reduccionismo, bajo su máscara de objetividad, es también una estrategia de poder.

Este libro, entonces, es político.

No en el sentido partidario, de promover tal o cual candidato o tal o cual ideología, sino en el sentido de indagar las posiciones de poder y cómo delinean la episteme generalizada. Es un libro político porque se pregunta cómo se distribuye la autoridad de decir qué es un cuerpo, qué es un dolor, qué merece ser atendido y qué debe ser silenciado. Mi intención es ofrecer un libro que quiere volver a prestar atención a esa escena fundamental que es el encuentro con un otro que sufre.

Pensar la salud como osteópatas es, al fin y al cabo, leer el cuerpo como un territorio atravesado por saberes, historias, tensiones y posibilidades. Como un sujeto que no se rinde a la química, ni al síntoma, ni a la narrativa médica. Como un sistema que no pide ser reparado, sino comprendido.

* * *

Prefacio para perros y gatos

Juan Bunge dijo una vez: “Los perros de ahora no son los de cuando yo era chico. Antes comían carne, huesos, a veces algunas verduras, y se morían de dos cosas: de viejo, o de auto”.

Ahora, los perros comen alimentos industriales, especialmente apuntados a su raza, su edad y su estado físico, diseñados por métodos científicos, con las proporciones exactas de nutrientes y compuestos energéticos. Además, tienen cremas para la piel, paseadores certificados, pastillas para la digestión, suplementos antioxidantes o condroprotectores, psicólogos, feromonas (¡para la ansiedad!), collares hipoalergénicos, juguetes para desarrollar su inteligencia.

Y también tienen enfermedades que antes eran patrimonio exclusivo de los hombres: cáncer, autoinmunes, diabetes, incluso depresión.

La industrialización alimentaria, la medicación de la vida y la comida basada en la evidencia, que antes eran solo para los humanos, llegó al mundo canino.

Amigos perrunos: perdón.

Amigos gatunos: huyan, que ustedes son los próximos.

Introducción

La crítica

Objetivo del libro

Escribo porque, en algún punto de mi formación como osteópata, advertí con algo de espanto que gran parte de lo que llevaba aprendido (en el jardín, en la escuela, en la calle, en la tele) tenía que ser desaprendido. Uno cree que estudiar es acumular conocimientos, pero a veces el verdadero aprendizaje comienza cuando uno se deshace de ideas que parecían obvias. Y en mi caso, cada vez que aprendía cómo funcionaba algo y me daba cuenta que había vivido equivocado, tenía un impulso casi histérico: “¡Esto lo tiene que saber todo el mundo!”.

Por eso escribo los libros que escribo. Para que lo sepa todo el mundo.

No para enseñar lo que sé, sino para compartir lo que —¡por suerte!— dejé de saber.

Este libro en particular nace de una de esas epifanías menores que, sin embargo, alcanzan para trastocar un paradigma. Me di cuenta de que muchas de nuestras conductas respecto a la salud —lo que tomamos, lo que tememos, lo que compramos en la farmacia— no siempre son decisiones razonadas, sino que muchas veces obedecen a reflejos ideológicos. Dicho más directamente: muchas de las cosas que hacemos están mal. Y no lo descubrí leyendo teología, ni metafísica, ni psicología. Lo descubrí estudiando fisiología. Desde la mirada osteopática, sí, pero, en el fondo, pura y llana fisiología.

Entonces, este libro propone una deconstrucción. Desarmar ideas tan incorporadas que están automatizadas, para construir una forma de pensar la salud que sea racional, contemporánea, fisiológicamente sensata, pero distinta de la habitual, porque la forma habitual —la que vemos en la tele, en el consultorio, en el supermercado— no proviene de la medicina misma, sino de una desnaturalización de sus métodos. Es decir, de una distorsión cultural de ciertas herramientas diagnósticas que, al llegar al sentido común, se convierten en dogmas de bolsillo.

En particular, quiero desmontar la primera pregunta que nos hacemos en cuanto aparece un síntoma: “¿Qué puedo tomar para que se me pase?”. Tal vez, en lugar de tomar algo para que algo se vaya, podríamos empezar por quedarnos con lo que aparece y ver qué pide de nosotros, más allá del impulso de hacerlo desaparecer.

Después de todo, a veces los mensajes más importantes llegan disfrazados de fiebre.

Dos concepciones extremas

La traducción doméstica de la medicina

* * *

La manera en que solemos pensar la salud nos ha sido prestada —o impuesta— por la medicina convencional. Y ahí empieza el problema, porque la medicina es en el fondo un saber esotérico, un lenguaje de iniciados que no está al alcance del ciudadano común.

En esa operación de traducción, algo inevitablemente se pierde, o más precisamente, se reorganiza. Lo que en su contexto original era una estrategia precisa pensada para condiciones excepcionales, se convierte, al pasar al lenguaje cotidiano, en una regla general. Lo que era un protocolo clínico —una acción con sentido en una red de signos— se transforma en un acto ritual.

Así es como terminamos participando en sistemas de creencias que no son del todo médicos, pero tampoco del todo irracionales: son híbridos comunicativos, ecos de una lógica incompleta. Pastillas tomadas como conjuros, chequeos vividos como oráculos, diagnósticos escuchados como sentencias.

La apropiación domesticada de otras culturas

Con las medicinas no occidentales sucede una distorsión parecida, o tal vez peor. Se las importa como si fueran palitos de incienso, y se las aplica como quien agita un amuleto sin manual de instrucciones. Saberes antiguos y complejos se reducen a preceptos extravagantes, que no obedecen ni a la racionalidad occidental ni a la lógica que alguna vez tuvieron en su cultura de origen.

Tomemos el ejemplo de los chakras. Los vemos en las redes sociales o en los medios todo el tiempo, e incluso las personas sin ningún acercamiento a saberes orientales sabe que son siete, que cada uno tiene un color, y a cada uno corresponde una emoción, una piedra y un aroma particular de incienso. Lo que pocos saben es que todo eso es una invención occidental.

Los chakras originales no tenían ni un número, ni localización estable, ni ninguna función precisa. Y mucho menos, colores. Ni siquiera eran siete.

En el yoga tántrico, cada linaje articulaba un sistema distinto: algunos hablaban de cinco chakras, otros de seis, siete, nueve, doce, incluso veintiuno. Y muchas veces, más de un sistema convivía dentro de una misma tradición. Sobre todo, los sistemas de chakras no eran representaciones físicas del cuerpo sutil, sino herramientas de concentración, diseñadas para prácticas específicas. Los chakras eran actos, no estructuras.

La reescritura occidental transmutó las cosas a su estilo. Primero llegó sir John Woodroffe, en 1918, quien organizó siete chakras alineados con glándulas y funciones. Luego vino Charles Leadbeater, oficial de alto rango de la Sociedad Teosófica, quien les asignó colores. Y por último, recién en 1987, Anodea Judith inventó casi todo lo que se dice en la actualidad de los chakras. Es ella quien asocia los chakras a etapas de desarrollo, emociones, traumas, zonas áuricas, tipologías junguianas, elementos aristotélicos y todo lo que pudiera entrar en un mapa conceptual bien

diagramado¹.

Estas operaciones no fueron meramente descriptivas, sino reconfiguradoras: instituyeron, mediante una articulación sistemática, una suerte de gramática simbólica occidental sobre un campo ritual y meditativo que, en sus formas originales, se caracterizaba por la pluralidad, la contingencia litúrgica y la especificidad funcional.

La occidentalización del sistema de chakras forma parte de un proceso más amplio de apropiación cultural, caracterizado por la tendencia moderna a transformar dispositivos performativos en estructuras representacionales, y rituales de perfeccionamiento en categorías de clasificación. Lo que en su contexto original eran prácticas corporales y rituales de transformación se convierte en una cuadrícula de colores y categorías tan estéticamente seductora como conceptualmente domesticada. De este modo, las prácticas fluidas y contextuales del tantra son subsumidas bajo una arquitectura fija, funcional a su repetibilidad, transmisibilidad y comercialización. Esta operación no solo estetiza lo religioso, sino que lo convierte en insumo para la industria terapéutica informal y los circuitos de espiritualidad laica, donde lo exótico no opera como forma de integración simbólica sino como dispositivo de estandarización. O dicho más sencillo, facilita el merchandising.

Algo similar ocurre cuando se interpreta la medicina china desde categorías occidentales. Por ejemplo, se suele decir que el hígado está asociado con la ira, y que toda afección hepática tendría como causa remota una cólera reprimida, una turbulencia afectiva aún no evacuada mediante las catarsis correspondientes. La consecuencia práctica de este postulado es que la cura del órgano implicaría, necesariamente, un proceso de “liberación emocional” acorde, pero lo cierto es que esta interpretación no tiene demasiado que ver con los principios reales de la medicina china clásica.

Dicha lectura se sustenta en una triple operación de occidentalización conceptual. En primer lugar, presupone la existencia de un hígado como entidad anatómica autónoma, tal como lo concibe la disección y la fisiología moderna, lo cual no es equiparable a las nociones funcionales del sistema de los cinco elementos o de los órganos Zang-Fu.

En segundo lugar, se aplica un modelo emocional cartesiano —en el que la ira constituye una categoría psicológica estable— a una tradición en la cual las emociones no se ordenan como estados discretos del alma, sino como modulaciones del Qi, flujos que atraviesan simultáneamente el cuerpo, el ambiente y el cosmos.

En tercer lugar, introduce una causalidad lineal de tipo etiopatogénico —el síntoma como resultado de una emoción reprimida— que es completamente ajena a la lógica cíclica, correlacional y reguladora que organiza el pensamiento médico chino.

En este sentido, no se trata meramente de un error de traducción o de una simplificación pedagógica, sino de una auténtica colonización epistémica, en la cual una estructura semántica se ve obligada a inscribirse en un marco

¹ Según Christopher Wallis en *The Real Story on the Chakras*: "En general, el yoga occidental no entiende sobre los chakras casi nada de lo que los creadores originales del concepto consideraban importante. Si lees un libro como el famoso "Las ruedas de la vida" de Anodea Judith u otros libros inspirados en él, no estás leyendo una obra de filosofía del yoga, sino de ocultismo occidental. (...) Casi todas las asociaciones que se encuentran en los libros de Anodea Judith carecen de fundamento en las fuentes indias. Judith nos dice que cada chakra está asociado con una glándula corporal específica, ciertas disfunciones corporales, ciertos alimentos, un metal específico, un mineral, una hierba, un planeta, un camino de yoga, un palo del tarot, una sefirá del misticismo judío (!) y un arcángel del cristianismo (!!). Ninguna de estas asociaciones se encuentra en las fuentes originales".

para el que no fue diseñada. La medicina china no se centra en el órgano como entidad, sino en los flujos, las transformaciones y las relaciones que lo atraviesan. No se articula en torno a órganos definidos anatómicamente ni a emociones individualizadas psicológicamente, sino que opera mediante un sistema de correlaciones dinámicas entre funciones, ritmos y transformaciones, de imposible reducción a los parámetros racionalistas y psicofísicos que rigen el saber biomédico y sus derivados terapéuticos.

Por eso, decir que un problema en el hígado proviene de un enojo y que el tratamiento consiste en aceptar, expresar o reconocer esa emoción no pertenece realmente a la medicina china. Esa explicación se acerca más al psicoanálisis, y no al mejor psicoanálisis, sino a una versión empobrecida de él, porque el verdadero psicoanálisis exige que cada interpretación sea única, hecha para un momento y una persona en particular. Convertirlo en un catálogo de símbolos genéricos —“hígado igual enojo”, como quien aplica una tabla— es vaciarlo de su sentido y reducirlo a una fórmula repetida.

El concepto común de salud está contaminado por el método médico

El propósito de *El Camino del Osteópata* es replantear eso que llamamos salud.

La premisa es que el concepto de salud, tal como se expresa en el sentido común contemporáneo, deriva de ciertos procedimientos metodológicos propios del paradigma médico moderno. No es que eso sea necesariamente malo. El problema es que sus herramientas metodológicas se tornan categorías ontológicas. El método de la medicina convencional —identificar enfermedades mediante síntomas— no es en sí cuestionable. Es una tecnología del cuerpo extremadamente eficaz. El problema es que lo que empezó como una estrategia diagnóstica sensata terminó siendo confundido con la realidad misma. Y así se creyó que la enfermedad era los síntomas, y que la salud es la transparencia fisiológica del cuerpo.

La forma habitual de pensar la salud que viene de una distorsión de la medicina convencional, e incluso las que vienen de una occidentalización de saberes milenarios, hace que las estrategias cotidianas sean erradas. Primero, nuestras acciones se basan más en la enfermedad que en la salud, es decir, actuamos solo cuando hay un problema, como quien riega solo cuando la planta se marchita. Y cuando por fin hacemos algo, lo hacemos mal: se intenta “corregir” el problema con medidas tan desproporcionadas o desconectadas de su origen como apagar un incendio con un sombrero.

Creo que para la vida cotidiana es mucho más útil pensar la salud como la piensa un osteópata y no como la piensa un médico. No porque los osteópatas sean más sabios o más buenos, sino porque su modelo perceptivo parte de una fenomenología del cuerpo más abierta, menos prescriptiva, menos centrada en la taxonomía de signos, y más interesada en las modulaciones dinámicas del organismo en su conjunto. El osteópata propone otro régimen de percepción: no una clasificación, sino una fenomenología.

La propuesta

Una de las dificultades de aprender osteopatía es abandonar cierta forma de pensar la salud y la enfermedad. Empecé este libro pensando en los estudiantes, pero en algún momento, mientras escribía, supe que no era solo para ellos, que podía servir a cualquier persona, porque esa manera de pensar rápida, binaria y sintomática no es exclusiva de la formación médica, sino que está también embebida en el sentido común. Y así como creo que la clínica es mejor cuando se razona de la manera osteopática y no de la manera médica convencional, también creo que la vida de la gente común sería mejor si pudieran pensar la salud y tomar decisiones de prevención y de curación de una manera osteopática. No porque la osteopatía tenga todas las respuestas, sino porque su forma de razonar es, en muchos aspectos, más coherente, más sensata, menos dependiente de rituales técnicos o de palabras que nadie entiende.

Pensar la salud de manera osteopática —o, más ampliamente, de manera fisiológica, causal, situada— no implica aprender una técnica, sino recuperar una lógica, expresada en diversos aspectos que sirven para repensar la forma en que cada uno se relaciona con su cuerpo.

Qué hago *yo* con *mi* cuerpo, eso es lo que hay que reaprender.

Antes de seguir, debo hacer una advertencia. Existe algo llamado disonancia cognitiva. En unos capítulos vamos a hablar en detalle de ese fenómeno, pero por ahora alcanza con una idea sencilla: cuando una afirmación toca algo muy arraigado en tu cabeza, lo más probable es que no pienses “qué interesante” sino que te hierva la sangre y sientas la urgencia de rechazar todo lo que estás leyendo.

Para evitar eso, mi estrategia es la repetición progresiva: repetir como quien golpea de a poquito con el dedo sobre la mesa para que alguien levante la vista. La primera vez tiro la idea casi al descuido, como quien te arroja una bolita de papel mientras mira para otro lado. Unas páginas después, la vuelvo a tirar, pero con un poquito más de peso. Y así sucesivamente. Sí, lo sé, para evitar la disonancia cognitiva corro el riesgo de despertar fastidio.

Así y todo, quizás leyendo *El Camino del Osteópata* te enojés. Es que este libro intenta sacudir ideas tan empotradas que toda la visión del mundo se tambalea.

En ese momento, quizás abandones el libro de un portazo y te niegues a seguir leyéndolo (sí, la negación a seguir leyendo es una señal clásica de disonancia cognitiva).

No pasa nada. Si el texto cayó en tus manos es porque, mal que bien, el aire cultural que respiramos está cambiando, y esas corrientes de mutación ya empiezan a filtrarse en tu entorno, así que probablemente en algún momento vuelvas. En todo caso, nos vemos en unos años.

La idea de pensar en procesos, no en etiquetas

La medicina convencional, en su afán clasificatorio, tiende a nombrar el síntoma antes de entenderlo. Ese nombramiento —que puede ser útil en contextos de urgencia o en esquemas poblacionales— puede resultar engañoso

cuando se convierte en una ontología: lo que se nombró, existe; lo que no se nombra, no. Así, el diagnóstico no solo organiza la intervención médica, sino que empieza a organizar también la forma en que entiendo mi malestar, mi identidad y mi destino clínico.

Pensar en procesos, en cambio, es un acto más exigente. Supone cambiar la pregunta “¿qué tengo?”, por “¿qué está ocurriendo?”. Supone dejar de pensar en enfermedades como entidades y empezar a verlas como dinámicas. No se trata de negar el diagnóstico, sino de relativizar su centralidad: el diagnóstico puede ser útil como hipótesis de trabajo, pero no como verdad cerrada.

El síntoma, desde esta perspectiva, no exige ser suprimido ni descifrado como un código cerrado. Es una pista, un signo de que algo se organiza o se desorganiza, una forma en la que mi cuerpo despliega un proceso. Comprenderlo requiere tiempo, escucha y una disposición a habitar la incertidumbre.

A veces, lo más razonable no es buscar respuestas, sino detenernos por un momento en la pregunta.

La idea del síntoma como aliado y no enemigo

Yo mismo, durante muchos años, concebí el síntoma como un enemigo a suprimir, pero al adoptar otra perspectiva, el síntoma deja de ser un error del cuerpo y empieza a parecerse más a una estrategia de adaptación o compensación. Un dolor, una inflamación, una fiebre, son respuestas, no fallas. Son modos en que el cuerpo intenta resolver algo, proteger algo, recuperar algo.

Pensar así el síntoma no significa glorificar el malestar ni soportar lo insoportable, sino asumir que no todo lo que incomoda necesita ser eliminado, y que no todo lo que duele está mal.

La tarea de un terapeuta, y también mi propia tarea cuando no me siento bien, es comprender la finalidad del síntoma.

La idea de que la ontogenia² debe prevalecer sobre la estadística

Buena parte del razonamiento clínico actual se apoya en datos estadísticos: rangos normales, estudios comparativos, evidencias poblacionales. Y aunque esa información tiene un valor enorme para establecer tendencias generales, su utilidad es limitada cuando se aplica sin mediación a mi cuerpo singular.

² Ontogenia: El proceso de desarrollo del individuo, determinado por el anteproyecto embriológico más los cambios estructurales impuestos por el entorno. El proceso por el cual un genotipo deviene un fenotipo. (Ver Glosario al final del libro)

* * *

Mi organismo tiene una historia. Mi cuerpo ha vivido un recorrido, ha hecho elecciones, ha tolerado exigencias, ha encontrado modos de adaptación. Esa historia —biográfica, corporal, emocional— tiene más peso en la aparición de los síntomas que cualquier categoría universal.

Este criterio ontogenético permite recordar que lo que importa no es qué enfermedad tengo, sino cómo esa enfermedad se expresa en mí. No qué síntomas figuran en un protocolo, sino qué procesos se desatan en mi cuerpo particular, con mi historia particular, en este momento preciso de mi vida.

Los aspectos ontogénicos son mucho más determinantes que los rasgos genéricos.

La idea de que el cuerpo está vivo

Muchas veces se concibe el cuerpo como un aparato: una suma de piezas que se ajustan o se reemplazan. Se habla del “sistema digestivo”, del “sistema nervioso”, del “músculo lesionado”, como si cada parte pudiera analizarse por separado.

Pero mi cuerpo no es un aparato. Es un sistema vivo, integrado, autorregulado. Ninguna parte actúa sola. Ninguna función se comprende por sí misma sin el contexto de todas las demás. La salud no es una suma de equilibrios locales, sino una capacidad global de integración.

Y como todo lo que está vivo, mi cuerpo no solo responde, sino que también anticipa. Tiene propósitos, estrategias, reorganizaciones. Si mi cuerpo es una máquina autosuficiente, no puedo analizarlo desde una perspectiva reduccionista que deja fuera sus propiedades emergentes³ y los aspectos teleológicos⁴ de los procesos corporales.

La estrategia a largo plazo

Este libro forma parte de una serie de tres (o al menos tres) volúmenes que buscan proponer una nueva forma

³ Propiedades emergentes: Aquellas que aparecen solo cuando las entidades se aglutinan en un conjunto, y, por tanto, no se derivan de las propiedades de las partes. Existen conjuntos de los que se dice que el todo es más que la suma de sus partes; las propiedades de este tipo de entidades son las propiedades de las partes más las propiedades emergentes. Ejemplo: la propiedad del agua de ser líquida es una propiedad emergente, porque tanto el hidrógeno como el oxígeno son gases. La propiedad “liquidez” aparece cuando dos átomos de hidrógeno y uno de oxígeno se juntan y forman una molécula de agua. (Ver glosario al final del libro)

⁴ Teleología: Rama de la filosofía que estudia las causas finales, es decir, de la orientación de los fenómenos hacia un propósito o fin determinado. No describe simplemente cómo funcionan las cosas ni de dónde provienen, sino que introduce la pregunta por el para qué. Así, un fenómeno no se entiende solo como resultado de un pasado, sino como movido por una finalidad futura. (Ver glosario al final del libro)

de pensar la salud. Cada uno de ellos aborda un aspecto distinto —aunque interdependiente— de la experiencia clínica: la escucha, la fisiología y la emocionalidad. No se trata de técnicas, ni de recetas, ni de fórmulas terapéuticas. Se trata de recuperar una lógica, de volver a razonar con el cuerpo, a partir del cuerpo, y no por encima de él.

El Cuerpo y la Escucha, el primer libro de esta serie, plantea una pregunta más sutil, pero no menos crucial: ¿cómo se accede al cuerpo? ¿Cómo se lo interpreta, cómo se lo escucha, cómo se lo siente? *El Cuerpo y la Escucha* se centra en el desarrollo de una sensibilidad clínica que no sea solamente diagnóstica, sino también perceptiva y fenomenológica. Su eje es la escucha manual, es decir, la capacidad de percibir a través del contacto no solo estructuras físicas, sino también tensiones, adaptaciones, pulsos, resistencias, trayectorias de sentido. Escuchar, en este contexto, no es oír pasivamente, sino afinar la atención: cultivar una presencia que permita al cuerpo del paciente manifestarse sin ser violentado por la técnica ni reducido a protocolo.

El Cuerpo y la Escucha sostiene que, sin una percepción ajustada, ninguna intervención clínica puede ser verdaderamente idiográfica. Antes que tratar, hay que comprender; y para comprender, hay que escuchar. En este sentido, prepara el terreno para *El Camino del Osteópata*, porque nos enseña a percibir no solo *qué* aparece en un cuerpo, sino *cómo* aparece, *cuándo* aparece, *en qué contexto* y *con qué lógica interna*.

El Camino del Osteópata quiere mostrar que muchas veces lo que llamamos enfermedad es en realidad la defensa del cuerpo ante una amenaza. Desde esta perspectiva, la anulación del síntoma —especialmente cuando se hace sin entender su causa— puede ser nociva. De ahí que toda intervención de salud requiere un entendimiento etiológico. En lugar de concebir el tratamiento como un combate, *El Camino del Osteópata* propone una forma de razonamiento clínico no agonística, sino cibernética: es decir, orientada por la lógica de los sistemas vivos, que se autorregulan, se adaptan, se comunican internamente y aprenden de su propio funcionamiento. Este libro es, en ese sentido, una defensa de la fisiología como brújula del pensamiento clínico.

El tercer libro, *Afinación Somática*, busca avanzar un paso más: propone un marco teórico y clínico para comprender aquellas patologías que no encuentran una causa clara en agentes externos. Se trata de síntomas reales, pero sin lesión; de dolores persistentes, pero sin hallazgos; de disfunciones múltiples, pero sin diagnóstico certero. Este tipo de condiciones —muchas de las cuales hoy son etiquetadas como “idiopáticas”— suelen ser marginadas por la medicina convencional o explicadas de forma inespecífica como “somatizaciones”, “trastornos funcionales” o “síndromes de sensibilización”.

Afinación Somática parte de la hipótesis de que esas patologías no surgen por agentes externos, sino por una sensibilización de mecanismos fisiológicos de protección. Sostiene que ciertos estados emocionales —miedo, culpa, ira, vergüenza— no son causas “simbólicas” de enfermedades, como sugiere el pensamiento psicosomático clásico, sino moduladores fisiológicos de sistemas de vigilancia y defensa. En ese sentido, la emoción no se entiende aquí como un “sentimiento reprimido”, ni como una energía mística, sino como un modo de activación del organismo que puede llegar a cronificarse si no encuentra sosiego.

Por eso el enfoque que propongo es más restrictivo —porque requiere una redefinición fisiológica precisa de lo emocional—, y a la vez más abarcativo —porque permite incluir en el análisis clínico una gran cantidad de síntomas que hoy no encuentran explicación sin recurrir a etiquetas psicológicas vagas o a narrativas románticas con barniz científico.

En *Afinación Somática*, conceptos como “modos alostáticos” y “modos autosémicos” ayudarán a repensar la emoción no como una categoría mental, sino como una configuración funcional del cuerpo, capaz de generar patrones duraderos de activación, percepción y reacción. Existen ciertas concepciones de etiologías emocionales que, aun cuando se tornan místicas en la superficie, conservan sin cuestionarlo un marco positivista en el fondo. La propuesta de *Afinación Somática* quiere hacer justo lo contrario: desterrar el positivismo para evitar caer en el misticismo.

Juntos, estos tres libros —*El Cuerpo y la Escucha*, *El Camino del Osteópata* y *Afinación Somática*— intentan componer una cartografía clínica no solo para los profesionales de la salud, sino también para cualquier persona que quiera pensar su cuerpo sin traducirlo en etiquetas, ni exorcizarlo con rituales. Escuchar antes de intervenir, comprender antes de corregir, y sentir antes de nombrar.

Contenido de cada capítulo

En el capítulo 1 (*Abordajes clínicos*), analizamos las similitudes entre la osteopatía y la medicina, especialmente al compararlas con otras prácticas terapéuticas, como el reiki o la medicina china. Luego desarrollamos sus diferencias principales. La idea es ubicar a la osteopatía dentro del conjunto de las disciplinas médicas, ya que vamos a utilizarla como base para construir un nuevo modelo de salud.

En el capítulo 2 (*La función del síntoma*), mostramos que el síntoma no es la enfermedad. Este es el primer punto que necesitamos desaprender para poder pensar la salud de otra manera. El síntoma es una señal funcional dentro de un proceso adaptativo que merece ser comprendido.

En el capítulo 3 (*Distorsiones noetiológicas*), analizamos errores frecuentes en la forma de razonar sobre la salud, como, por ejemplo, confundir síntomas con enfermedades o interpretar signos como causas. Proponemos una forma de pensamiento más clara y rigurosa, que permita establecer relaciones más sensatas entre lo que observamos y lo que hacemos.

En el capítulo 4 (*La automedicación facilitada*), examinamos cómo los errores señalados en los capítulos anteriores afectan la vida cotidiana, y cómo la automedicación se convierte en una de las causas más insidiosas de enfermedad, al interrumpir procesos adaptativos que no deberían ser suprimidos sin comprensión previa.

En el capítulo 5 (*La prescripción facilitada*), nos centramos en aquellos fármacos que, aunque no deberían ser tomados sin prescripción médica, son utilizados de modo tal que parte de la responsabilidad recae en el paciente, quien no siempre sigue las indicaciones del profesional. Esta ambigüedad en la gestión del tratamiento es también una fuente de error clínico.

En el capítulo 6 (*La persistencia del misticismo*), exploramos cómo muchos de estos errores provienen de estructuras de pensamiento místico que aún no han sido cuestionadas, presentes tanto en la población general como, en algunos casos, en los propios profesionales de la salud.

En el capítulo 7 (*La botización de la salud*), presentamos una serie de críticas internas a la medicina

contemporánea, formuladas por autores como Engel, Cassell, Svenaeus, Sterling, Nesse e Illich. Mostramos cómo la osteopatía, sin proponérselo explícitamente, da respuesta a muchas de esas objeciones.

En el capítulo 8 (*La restauración de la razón*), enunciamos y explicamos los principios fundamentales de la osteopatía. Dado que vamos a apoyarnos en ellos para reconstruir un nuevo modelo de salud, analizamos su origen y el significado de cada uno.

En el capítulo 9 (*El renacimiento de la salud*), esbozamos —¡por fin!— una nueva concepción de salud, más coherente con la fisiología, con el sentido común y con las capacidades reales de quienes habitan un cuerpo.

* * *

1 Abordajes clínicos

El mayor obstáculo entre nosotros y la salud hoy no es la enfermedad, sino la fantasía profiláctica de que toda manifestación autónoma del cuerpo debe ser suprimida.

Este libro parte de una premisa deliberadamente incómoda: gran parte de lo que creemos saber sobre la salud no proviene del conocimiento médico, sino de su vulgarización: la medicina popular de los prospectos de farmacia, de los anuncios televisivos y de los algoritmos de búsqueda online. No es que la persona corriente malinterprete la ciencia, sino que ha heredado una caricatura funcional de ella. Lo que circula no es conocimiento, sino mitología. Lo peor es que estas creencias no solo son falsas: son dañinas.

En este escenario, la osteopatía aparece como una herejía menor del gran relato biomédico, que no la fomenta pero la tolera. Sin embargo, proponemos justamente lo contrario: que no es la osteopatía la que ocupa un lugar secundario, sino la propia narrativa biomédica, con su confianza en la enfermedad como centro y medida de todo. La osteopatía, con su atención a la escucha, al cuerpo vivido y a la función, no es un simple añadido, sino una de las pocas prácticas clínicas que todavía recuerdan que hay un cuerpo antes de que aparezca la enfermedad.

Este capítulo buscará mostrarla en sus semejanzas y en sus diferencias con la medicina convencional, comparándolas no como opuestos, sino como parientes cercanos dentro del mismo linaje científico. Veremos que la osteopatía no es una alternativa ni una rebelión, sino una relectura, una forma distinta de organizar lo que ya sabíamos.

Porque lo que distingue a la osteopatía no es el instrumento, sino la interpretación. Es decir, que no se limita a corregir disfunciones, sino que busca leer su sentido.

A lo largo de este capítulo iremos viendo cómo funciona esta otra lógica clínica, y por qué podría servirnos para repensar no solo nuestras prácticas clínicas, sino nuestras decisiones cotidianas. No se trata de elegir entre medicina u osteopatía, sino de preguntarse desde dónde pensamos la salud. Si entendemos que el cuerpo no es una máquina con piezas que se desgastan o se rompen, sino un sistema vivo que negocia constantemente su equilibrio, entonces lo que necesitamos, por encima de todo, es otra forma de pensar.

La osteopatía no es solo músculo-esquelética

Empecemos por una aclaración fundamental. Se cree que la osteopatía puede tratar solo cuestiones musculoesqueléticas (en el imaginario de la gente es una especie de fisioterapia con mística), pero eso no es cierto. En la práctica clínica, uno se encuentra tratando desde disfunciones digestivas hasta trastornos afectivos, pasando por

cefaleas, vértigos, bruxismo, neuralgias, e incluso ciertos estados de angustia cuya relación con el soma, aunque menos evidente, se inscribe en una antigua tradición hipocrática.

¿Esto significa que la osteopatía puede tratar todo? Por supuesto que no. Debemos reconocer los límites de la herramienta terapéutica. Hay casos en los que remitimos al paciente al médico convencional, como ante una sospecha de apendicitis o de infección sistémica, donde los recursos de nuestro tratamiento no alcanzan. Y hay otros en los que, sencillamente, no hay cura conocida.

¿Pero puede la osteopatía tratar, por ejemplo, colitis ulcerosa? Bueno, esto es relativo. Colitis ulcerosa es un diagnóstico biomédico, no osteopático. Podríamos responder "la osteopatía puede tratar algunas condiciones que la medicina clasifica dentro del ámbito clínico de un gastroenterólogo, pero debemos sortear dos errores: el de considerarlas restringidas al sistema gástrico y el de considerar que este paciente tiene una condición que es unívoca con sufrimientos de muchos otros pacientes". La *colitis ulcerosa* es una construcción nosológica, una etiqueta que responde a un conjunto de signos clínicos, endoscópicos e histológicos, organizados en torno a un criterio clasificatorio, pero el diagnóstico no agota la realidad del fenómeno. Podemos tener dos pacientes con idéntico diagnóstico y sintomatologías divergentes, o con síntomas análogos que responden a lógicas fisiológicas disímiles.

La idea corriente es que la medicina convencional puede tratar todo, porque todo problema de salud cae oficialmente bajo su jurisdicción. Sin embargo, sabemos que no puede tratar todas las patologías, sino solo las que están clasificadas según sus criterios.

En principio, están las famosas enfermedades idiopáticas. Etimológicamente, *idios* remite a lo propio, lo particular. Tomando la palabra en su sentido literal, una enfermedad idiopática es «una enfermedad de un tipo particular o propio». Pero en medicina, por extensión, lo idiopático designa lo inexplicable, lo que no tiene causa conocida, algo que sería mejor designado por la palabra "*agnogénico*" (de causa desconocida). Sin embargo, como advertiría cualquier epistemólogo atento, lo que no tiene causa conocida no es lo mismo que lo que no tiene causa. La medicina convencional ha agrupado vastas regiones de su mapa bajo esta categoría: hipertensión esencial, intestino irritable, fibromialgia, cefaleas tensionales. Así, por ejemplo, si mil personas tienen dolor abdominal crónico, gases, diarrea intermitente y ansiedad postprandial, se las agrupa bajo la etiqueta "síndrome de intestino irritable".

Pero idiopático también quiere decir que no hay un tratamiento, y cuando lo hay no es causal, sino meramente sintomático. Se puede calmar, se puede maquillar, se puede cronificar, pero no se puede curar, porque no se sabe por qué se produce. Las enfermedades idiopáticas son la gran mayoría: todas aquellas cuyas designaciones incluyen las palabras idiopática, criptogénica, esencial, primaria, agnogénica, o nombres clínicos que parecen extraídos de novelas de Terry Pratchett, como "intestino irritable", "intestino perezoso" o "presencia testicular".

Entonces, si bien los campos de aplicación de medicina convencional y osteopatía son distintos, no es fácil diferenciarlas por ese lado. La diferencia entre medicina y osteopatía no pasa por la cuestión de *qué* se trata, sino por *cómo*. El problema no es si se puede tratar una colitis ulcerosa o no, sino *qué* se entiende por colitis ulcerosa. En osteopatía tratamos personas con *modus vivendi* y *operandi* excepcionales, no con etiquetas. Mientras la medicina clásica persigue la taxonomía y la erradicación del síntoma, la osteopatía persigue la comprensión funcional, la lectura fisiológica del desajuste y la reactivación de procesos de autorregulación. La diferencia real no está en el objeto de aplicación, sino en la estrategia de diagnóstico y tratamiento.

Medicina convencional y osteopatía

Si bien existen muchas prácticas médicas con diferentes principios rectores, los osteópatas a menudo hacen hincapié en las distinciones entre osteopatía y medicina convencional. Sin embargo, en comparación con otras prácticas terapéuticas (medicina china, ayurveda, biodecodificación, reiki, chamanismo, homeopatía, naturopatía, por nombrar solo algunas), la más cercana a la osteopatía es, justamente, la medicina convencional.

Lo curioso es que esta cercanía no es solo una cuestión de credenciales, títulos habilitantes o burocracia institucional. No: la afinidad va mucho más hondo. Tiene que ver con el modo en que se piensa el cuerpo (como entidad biológica, organizada, más o menos predecible, más o menos reparable), con las formas de abordar al paciente (anamnesis, exploración física, hipótesis, tratamiento), con la manera de adquirir conocimiento clínico (observación, sistematización, experiencia, error, corrección, repetición, artículos académicos), y sobre todo con la lógica subyacente a lo que podríamos llamar “la escena terapéutica”.

Entonces, para desmenuzar esta extraña mezcla de cercanía conceptual y distancia identitaria, propongo una herramienta analítica sencilla, que consiste en descomponer cualquier práctica clínica en cuatro dimensiones básicas: cosmovisión (supuestos de base sobre el cuerpo y la salud), doctrina (cómo se implementa esa cosmovisión), oficientes (quienes ponen en práctica la doctrina) y protocolos (operaciones y herramientas específicas de los oficientes).

Esta organización no solo permitirá poner de relieve las similitudes entre osteopatía y medicina convencional, sino que ofrece una herramienta conceptual que será retomada más adelante en este libro, especialmente en el capítulo dedicado a las formas contemporáneas de pensamiento místico en las concepciones dominantes de salud.

Cosmovisión: la injerencia de la biología

La osteopatía y la medicina convencional comparten el mismo marco de referencia biológico: ambas se basan en un conocimiento profundo del cuerpo humano tal como lo describen la anatomía y la fisiología. Sus profesionales manejan los mismos sistemas conceptuales para comprender el funcionamiento del cuerpo: el sistema nervioso, el aparato locomotor, la circulación, la inmunidad, la homeostasis, la inflamación, la reparación tisular, entre otros. Incluso en los libros de texto existe una superposición significativa entre la osteopatía y la medicina convencional.

La cuestión es que osteópatas y médicos convencionales hablan el mismo idioma. Usan los mismos libros, representan el cuerpo en los mismos sistemas (nervioso, circulatorio, etc.), y entienden la enfermedad como una alteración de procesos fisiológicos identificables, descriptibles, y —con suerte— intervenibles.

Esto no es lo habitual. En otras prácticas, lo que cambia no es solo el abordaje, sino la cosmovisión, que sería

el conjunto de ideas de base sobre qué es un cuerpo, cómo funciona y por qué se enferma. En la medicina tradicional china, por ejemplo, se habla del qi (energía vital) y de meridianos por donde ese qi circula, como si el cuerpo fuera una especie de red vial energética, aunque sin anatomía observable que la respalde desde el punto de vista occidental. En Ayurveda, el cuerpo es un campo de fuerzas gobernado por los doshas, que son combinaciones bioenergéticas complejas que uno hereda, desequilibra y, con suerte, equilibra de nuevo. Y luego están otras prácticas que trabajan con conceptos aún más difícilmente relacionables con las concepciones positivistas dominantes en Occidente, como memorias celulares, canalizaciones espirituales, planetas mal aspectados o resonancias cuánticas. En estos casos, el cuerpo no es entendido como una entidad biofísica regulada por leyes fisiológicas, sino como un campo simbólico, energético o espiritual.

No hay aquí juicio de valor. Solo se constata que la medicina convencional y la osteopatía viven en el mismo barrio epistemológico, aunque a veces, cuando se cruzan, se miran como se miran los vecinos que sospechan del otro porque sacan a pasear al perro en pantuflas.

Doctrina: Diagnóstico y tratamiento como secuencia clínica

Tanto la osteopatía como la medicina convencional comparten una doctrina clínica que estructura la práctica en dos momentos diferenciados pero interdependientes: el diagnóstico y el tratamiento. La primera etapa consiste en identificar, con los medios adecuados, cuál es el trastorno o la disfunción que afecta al paciente; la segunda, en seleccionar y aplicar un tratamiento específico que procure corregir dicha alteración. El procedimiento es claro: primero se diagnostica, y luego se propone un tratamiento basado en ese diagnóstico.

Esta secuencia es tan habitual en el pensamiento biomédico occidental que suele considerarse evidente. Sin embargo, no todas las formas de atención en salud la ejercen.

Hay prácticas que ofrecen tratamientos sin necesidad de diagnóstico, basados en principios universales o en protocolos estandarizados que se aplican independientemente del cuadro clínico particular. Por ejemplo, existen prácticas que realizan rituales genéricos o prescriben sustancias “buenas para todo”, en cuyo caso la sanación es independiente del estado actual de la persona o de las causas que la llevaron a tal estado.

Esto puede darse incluso en la cultura popular. Cuando una persona dice que “los granos integrales son buenos para el corazón”, está proponiendo una terapéutica o una prevención que no sigue a un diagnóstico (no importa cuál sea el problema real o probable de tu corazón, los granos integrales te ayudan). Lo mismo sucede con frases como “el té con limón y miel es bueno para la tos”. No importa si la tos viene de una infección, de una alergia o de una migaja que se te quedó en la garganta. Es el mismo remedio para todo. Tratamiento sin diagnóstico.

Hay otras que elaboran formas de diagnóstico simbólicas o narrativas —por ejemplo, en función de sucesos biográficos, alineaciones astrológicas o reminiscencias de vidas pasadas— e instauran un procedimiento por el cual se obtiene alguna lógica de causación del estado actual o de la patología, pero sin que a ello le siga un tratamiento específico dirigido al problema identificado. Diagnóstico puro, sin tratamiento específico.

En la medicina y en la osteopatía, por el contrario, el acto clínico está orientado por la necesidad de comprender la fisiopatología subyacente. El diagnóstico preciso es crucial para determinar el tratamiento adecuado. Esta exigencia de racionalidad etiológica constituye una base compartida que las distingue de muchas otras aproximaciones terapéuticas.

Oficiantes: Formación técnica y legitimación académica

Otra convergencia significativa entre la medicina convencional y la osteopatía radica en la forma en que sus practicantes adquieren la idoneidad para ejercer. En ambos casos, se espera una formación prolongada, rigurosa, estructurada en etapas de aprendizaje progresivo que combinan teoría y práctica clínica. Esta formación se desarrolla en instituciones especializadas, bajo supervisión, y culmina con una acreditación formal que permite ejercer la profesión.

Esta legitimación por vía académica contrasta con otras formas de validación terapéutica que apelan a criterios diferentes: experiencias personales, dones intuitivos, vínculos con entidades espirituales, procesos de “despertar” o canalización. En estos casos, el saber no siempre se presenta como transmisible o replicable, y muchas veces se encuentra rodeado de códigos simbólicos que lo protegen de la crítica externa o de la revisión “racional”. Hay prácticas que se definen a sí mismas como esotéricas, cuya transmisión se realiza por vía iniciática y cuya comprensión se presume inaccesible para quien no haya atravesado ese proceso. Algunos oficiantes, de hecho, no pueden explicar ni el diagnóstico ni la cura, porque se limitan a “conectar” con entidades o canalizar energías exógenas que son las verdaderas responsables del efecto terapéutico.

En la osteopatía y la medicina convencional, en cambio, el conocimiento se comparte, se discute y se corrige. La autoridad del terapeuta no depende de su carisma personal ni de su “nivel vibracional”, sino de su capacidad para razonar clínicamente, aplicar conocimientos y sostener sus decisiones en función de criterios que pueden ser examinados por otros.

Protocolos: la práctica como encuentro individual

Finalmente, hay una dimensión práctica que refuerza esta proximidad: tanto en medicina convencional como en osteopatía, el acto terapéutico se configura como un encuentro singular entre dos personas. El modelo es esencialmente individual y presencial: un paciente consulta por un malestar, y un profesional lo recibe, le hace preguntas, lo examina y propone un tratamiento. El vínculo clínico se establece cara a cara, en un espacio compartido, mediante una interacción regulada por protocolos técnicos, éticos y de comunicación. Este enfoque permite una atención personalizada y detallada.

En contraste, algunas prácticas alternativas promueven modalidades sin presencialidad o sin individualidad.

Puede haber rituales colectivos, donde un solo agente sanador atiende a docenas, cientos o incluso miles de personas. O, por otra parte, puede no ser necesario el encuentro presencial. La cura del mal de ojo, por ejemplo, puede ser realizada por el sanador en su casa de acuerdo con distintos métodos, luego de que alguien le refiera el problema por teléfono o por mensaje de texto.

Estas diferencias no implican un juicio de valor, pero permiten comprender que la medicina y la osteopatía comparten una escena clínica que no es intercambiable con la de otras prácticas. En ambas, el tratamiento se construye en la proximidad, en la interacción y en la escucha.

Consideración final

Si uno quisiera imaginar un modelo de atención radicalmente distinto al de la medicina convencional y al de la osteopatía, podría pensar en una persona que reconoce que tiene algún problema pero quizás no busca una solución concreta, asiste a una ceremonia colectiva en un estadio, donde un sanador “emana” salud, en forma de bendiciones o energías canalizadas, a todos los presentes, y quizás también a personas ausentes pero que alguno de los presentes mantiene en su intención. Esa escena, por más legítima que pueda ser, pertenece a otro universo clínico, donde no hay una cosmovisión del funcionamiento del organismo basada en la biología, donde no hay un diagnóstico y, por tanto, el tratamiento es inespecífico, donde la competencia del oficiante no está medida por sus conocimientos o su experiencia, y donde no hay encuentro individual entre terapeuta y paciente.

Este escenario es paradigmáticamente opuesto tanto a la medicina convencional como a la osteopatía, donde, en ambos casos, la práctica clínica consiste en el encuentro entre una persona que sufre algún malestar (un paciente) y otra persona que adquirió conocimientos formalizados de estructura y funcionamiento del cuerpo (un profesional de la salud), donde esos conocimientos le brindan al terapeuta la capacidad de hacer un diagnóstico (entender cuál es el desajuste que afecta al paciente) y proponer un tratamiento para superar esa dificultad.

Medicina convencional u osteopatía

Por todas esas coincidencias, la osteopatía y la medicina convencional son dos prácticas muy cercanas. Son tan parecidas, que muchos autores y profesionales han propuesto dos posibles caminos para la osteopatía: que deje de existir, o que sea absorbida o asimilada dentro de la estructura institucional de la medicina convencional.

En el primer caso, algunos autores sugieren que, dado este alto grado de coincidencia, la osteopatía podría dejar de existir como disciplina autónoma y ser integrada por completo al sistema médico dominante. Esta perspectiva busca eficiencia, coherencia y simplificación de la atención sanitaria.

En el segundo caso, otros plantean un modelo menos radical: conservar la especificidad de la osteopatía, pero dentro de un marco médico, como si se tratara de una especialidad más. Esto implicaría que los osteópatas se integren completamente en el sistema médico convencional, operando bajo los mismos estándares y normativas. Esta asimilación podría facilitar la colaboración interdisciplinaria y el intercambio de conocimientos entre osteópatas y otros profesionales de la salud.

Esos cambios, por supuesto, son propuestas de médicos o teóricos que no entienden qué es la osteopatía, porque que sean parecidas no significa que sean iguales.

Si bien son similares en cuanto a estrategias de capacitación, contenido e implementación, son distintas en cuanto a los métodos tanto de diagnóstico como de tratamiento. Donde son distintas es en los fundamentos y, si bien pueden convivir y ayudarse mutuamente, no pueden integrarse plenamente sin comprometer su singularidad. Estas diferencias son esenciales para la identidad y práctica de la osteopatía y no pueden ser fácilmente integradas al enfoque de la medicina convencional sin perder la esencia de lo que define a la osteopatía. La osteopatía, con su enfoque holístico y manual, ofrece una perspectiva única que complementa, pero no coincide plenamente con la medicina convencional.*⁵

Hay al menos cuatro conceptos que expresan esta diferencia con claridad: la práctica manual, la noción de disfunción somática, la escucha clínica y los principios filosóficos⁶.

El concepto de medicina manual

Una de las diferencias más evidentes entre ambas disciplinas es la centralidad de las manos en la práctica osteopática. La osteopatía no solo emplea el contacto manual para tratar, sino también para diagnosticar. La mano no es un mero instrumento: es el órgano de percepción principal. A través del tacto, el osteópata detecta restricciones de movilidad, resistencias tisulares, patrones adaptativos y signos de disfunción.

En la medicina convencional, en cambio, el diagnóstico y el tratamiento se apoyan cada vez más en

⁵ En el próximo libro hablo del origen de lo que hoy llamamos “holístico”, cómo en el siglo XVIII había en Europa dos teorías de salud dominantes, la *naturphilosophie*, de raíz holística, heredera de tradiciones milenarias que concebían el organismo como un sistema integrado, y el positivismo, proveniente de las nuevas tendencias científicas, que buscaba reducir los fenómenos vitales a leyes verificables y cuantificables. Ahí cuento un poco más: el choque de esas dos tendencias, cómo Claude Bernard logra tender un puente entre las dos y establecer la medicina como una disciplina a la vez empírica y holística, y como, a pesar de las declaraciones oficiales, el reduccionismo terminó colonizando de facto la teoría médica, no tanto por sus méritos científicos, sino porque servía a los intereses de la industria farmacéutica y de los seguros médicos, que necesitaban fragmentar la salud en cifras y variables fáciles de controlar y vender. La osteopatía surge ahí como una revuelta contra esa hipocresía, y quiere volver a establecer una medicina que sea a la vez empírica y holística. Por eso son parecidas. La osteopatía no inventa nada.

⁶ Hay otros puntos en los que la osteopatía y la medicina convencional no coinciden. Por ejemplo, se suele acusar a la osteopatía de pseudociencia por sostener que los huesos del cráneo se mueven, cosa que no está empíricamente comprobada. Pero la medicina convencional también sostiene proposiciones no demostradas empíricamente, como la idea de que los huesos del cráneo NO se mueven. (Sí, sostener que los huesos del cráneo se mueven o no, son ambas opiniones pseudocientíficas). Creo que esas diferencias son secundarias, en el sentido que se derivan de los cuatro conceptos primarios que acabamos de enunciar.

dispositivos tecnológicos: análisis bioquímicos, imágenes de alta resolución, algoritmos diagnósticos, protocolos farmacológicos. Esta confianza en la tecnología ha reducido progresivamente el lugar de la percepción directa. La exploración física, que antaño ocupaba un lugar central, ha sido desplazada por el informe técnico.

Esto del tratamiento manual suena inverosímil, tanto a los médicos como a la mayoría de las personas (“¿Me va a curar el intestino irritable solo con moverme?”, “¿En serio me puede corregir un hueso sin operar ni abrir?”). Pero tampoco en este aspecto son tan diferentes. La terapia manual no implica seres etéreos ni fuerzas ocultas ni paradigmas cosmológicos foráneos, sino la aplicación de leyes físicas. Allí donde la medicina convencional propone soluciones derivadas de la *química*, la osteopatía propone soluciones derivadas de la *física*.

Supongamos que alguien se hace un corte en la mano y no deja de sangrar. El público general, cuya mentalidad está impregnada por la forma de pensar de la medicina convencional, se pregunta qué sustancia debería aplicarse para detener la hemorragia. ¿Alcohol? ¿Mertiolate? ¿Agua oxigenada? ¿Azúcar? Se busca la solución química. Sin embargo, la respuesta más eficaz (y esto lo tiene claro cualquier médico) es la presión sostenida: presionar la herida hasta que se forme un coágulo. Es decir, lo que funciona es la solución física, no la química.

No es la única solución física habitual. En un ataque cardíaco, lo que funciona es la RCP, y la utilización de un desfibrilador. En un calambre, estiramos el músculo. En ciertas ocasiones, además, el cuerpo nunca busca automáticamente una solución química. Cuando nos golpeamos, el gesto espontáneo es llevarnos la mano al lugar del golpe para que se nos pase el dolor. Si un día caminamos tanto que nos duelen los pies, nos sentamos o nos apoyamos para descansar. Todas son soluciones físicas.

El concepto de disfunción somática

En la osteopatía, el concepto de disfunción somática es central. La disfunción somática se refiere a una alteración en el funcionamiento normal del cuerpo que puede ser corregida mediante técnicas manuales. Este concepto no está reconocido por la medicina convencional, que tiende a enfocarse en patologías bien definidas, identificadas y clasificadas según criterios diagnósticos claros.

La medicina convencional organiza su pensamiento diagnóstico a partir de entidades nosológicas: enfermedades clasificadas según signos, síntomas y causas reconocidas. Cada enfermedad se define por su cuadro clínico, por su fisiopatología identificada y, en muchos casos, por su estadística asociada. El objetivo es la delimitación precisa: qué tiene el paciente, cuál es su nombre médico, qué protocolo debe aplicarse.

La osteopatía, en cambio, se estructura alrededor del concepto de *disfunción somática*. Este término no refiere a una enfermedad en sentido estricto, sino a una alteración funcional de los tejidos, articulaciones, fascias o sistemas que, sin constituir una enfermedad reconocida clínicamente, afecta el equilibrio del organismo. Es una categoría clínica diferente: no se basa en la presencia de un agente externo ni en una anomalía estructural, sino en la pérdida de una función fisiológica esperada.

Las enfermedades, en medicina convencional, se definen por comparación con normas estadísticas: se trata de

un desvío respecto de la salud “promedio”. Las disfunciones, en cambio, se definen por comparación con un modelo fisiológico ideal: cuando una estructura no cumple adecuadamente su función mecánica, metabólica o circulatoria, se considera disfuncionante.

Dicho de otro modo: la mirada médica parte del estudio de las enfermedades y el método para identificar cuál enfermedad a partir de síntomas y signos, mientras que la osteopática se centra en la arquitectura corporal y el funcionamiento del organismo.

El concepto de escucha

En osteopatía, la palabra *escucha* no es solo una metáfora. Es el nombre que recibe una forma de atención manual extremadamente sutil, desarrollada durante años de práctica. La escucha es la capacidad de percibir, a través del contacto, cambios mínimos en la densidad, temperatura, tensión, movilidad o resistencia de los tejidos. Es un modo de acceder al estado del cuerpo sin depender exclusivamente del relato del paciente ni de una imagen técnica.

La medicina convencional también tuvo, en otro tiempo, una dimensión táctil fuerte. La palpación, la percusión y la auscultación formaban parte del conjunto de herramientas diagnósticas. Sin embargo, con la progresiva tecnologización de la práctica médica (inaugurada con la invención del estetoscopio), el cuerpo ha sido sustituido por sus representaciones. En la actualidad, el diagnóstico tiende a desplazarse hacia el laboratorio, hacia lo objetivable.

La práctica médica se inclina cada vez más a herramientas tecnológicas porque estas tienen la ventaja de generar un registro objetivo, que es importante tanto por ser un *registro* como por ser *objetivo*. No necesariamente por razones clínicas, sino para optimizar o para anticiparse a exigencias de tipo administrativo, logístico, económico o legal. Esta ventaja no es un beneficio directo para el médico, sino para los sistemas de seguros médicos y los abogados de los médicos.

La escucha requiere una aguda percepción táctil, donde el osteópata "escucha" a través de sus manos las tensiones, resistencias y anomalías en el cuerpo del paciente. Esta habilidad se perfecciona con años de práctica y constituye una herramienta esencial para el diagnóstico y tratamiento osteopático.

Este libro no profundizará en el concepto de escucha, pero no porque no sea importante. Es tan importante, que ya le hemos dedicado un libro entero.

El concepto de principios filosóficos

Los principios de la osteopatía son un conjunto de proposiciones que guían —y, de hecho, definen— la práctica clínica osteopática. Cada osteópata puede elegir los razonamientos clínicos que le parezcan apropiados, definir la duración y frecuencia de las citas con sus pacientes, y aplicar las técnicas que desee, del tipo y variedad que prefiera, hayan sido adquiridas en instituciones osteopáticas oficiales o no, pero si su práctica no respeta alguno de los

principios osteopáticos, no está haciendo osteopatía.

Estos principios forman un conjunto que la medicina convencional en general reconoce como válidos, pero que no necesariamente integra a su razonamiento clínico. Algunos de ellos son: la búsqueda de las causas del malestar; la atención a la individualidad del paciente; la idea de que nada funciona de forma aislada; y la capacidad del cuerpo para autorregularse y sanarse.

La medicina convencional se presenta a sí misma como la única medicina válida porque sigue el método científico, y descarta las demás bajo la acusación de que son pseudociencias. Sin embargo, posee una filosofía que trasciende el método, y que también determina una forma de práctica clínica. Esa filosofía incluye:

- El principio homeostático: regular variables aisladas, sin buscar las causas ni mirar al paciente como una unidad. Por ejemplo, existen chequeos periódicos de tensión arterial. Si en alguno de ellos se detecta un valor por fuera del rango aceptado, puede prescribirse una medicina para que vuelva a su valor. Tanto el diagnóstico como el tratamiento podría hacerlos el médico sin encontrarse con el paciente, e incluso sin saber ni su género ni su edad.

- El diagnóstico diferencial: asignar un nombre a la sintomatología presente y aplicar un tratamiento estandarizado.

- Priorizar el tratamiento farmacológico por encima de otros, ya sean físicos (terapia manual), biológicos (alimentación) o conductuales (entrenamiento, hábitos, meditación).

- No incluir tratamientos para aspectos emocionales o relacionados con el estrés⁷.

La medicina convencional no explicita estos principios rectores, alegando que el médico debe aplicar lo que la ciencia médica ha demostrado como más efectivo. Esto forma parte de lo que Svenaeus denuncia como una “filosofectomía” de la medicina:

"La medicina y la filosofía disfrutaron de una asociación bastante estrecha hasta el surgimiento de la medicina moderna alrededor de 1800. Lo que sucede en ese momento puede concebirse como una filosofectomía radical en la medicina. La filosofía queda descartada como un enfoque especulativo inútil e incluso peligroso para las cuestiones de salud y enfermedad, cuestiones que solo pueden responderse mediante una investigación empírica sobria". (Svenaeus, 1999)

Y más adelante:

"Parece que la operación que la medicina moderna creía haber realizado alrededor de 1800 era muy parecida a una apendicectomía: la escisión de una parte antigua, ahora inútil y posiblemente incluso infecciosa del cuerpo de la medicina. Pero lo que en realidad resultó ser extirpado era más bien una parte más vital del tracto gastrointestinal: el renacimiento de la filosofía en la medicina actual está relacionado exactamente con la incapacidad de esta última para digerir nuevos conocimientos y absorberlos de manera apropiada". (Svenaeus, 1999)

Esta filosofectomía parece tener dos objetivos. Por un lado, desautoriza de manera automática cualquier otra práctica médica, dado que la medicina convencional ejecuta lo que es *evidente*. (Violet Crawley, el personaje de Maggie Smith en *Downton Abbey*, decía “Yo no discuto, yo explico”. De la misma manera, la medicina no discute, explica).

⁷ Salvo, en los últimos años, su anulación cruda por medio de ansiolíticos.

* * *

Por otro lado, limita la autonomía del médico clínico, que pasa a ser un intermediario entre el diagnóstico (realizado por máquinas) y el tratamiento (manufacturado por corporaciones farmacéuticas). Incluso esa articulación entre diagnóstico y tratamiento queda regulada por los protocolos de la ciencia médica, y no por el criterio del profesional. De hecho, muchas veces, esa misma “ciencia médica” es también filtrada y organizada por los departamentos de marketing de las farmacéuticas o los departamentos legales de los hospitales. En muchos contextos, el médico ha quedado reducido a la aplicación técnica de decisiones tomadas por otros.

En *El Cuerpo y la Escucha* hablamos mucho sobre los principios de la osteopatía, pero en *El Camino del Osteópata* volveremos sobre ellos, porque nunca está de más insistir hasta que se encarnen en la práctica, aun a riesgo de parecer repetitivos.

Medicina convencional versus osteopatía

A lo largo de este capítulo vimos que la osteopatía comparte con la medicina convencional un mismo idioma anatómico y fisiológico, una misma lógica diagnóstica, una misma ética profesional. También consideramos que, a pesar de estas similitudes, existen diferencias conceptuales, perceptivas y filosóficas que impiden que una pueda reducirse a la otra. Pero esas diferencias, lejos de ser un defecto o una excentricidad, constituyen la fortaleza epistemológica de la osteopatía: ofrecen una forma alternativa de entender la salud desde la perspectiva del individuo.

Hoy en día, la mayoría de las personas ha adoptado, de manera implícita, una forma de razonar heredada del modelo médico convencional. Este modelo se sostiene en una secuencia que parece lógica, casi inevitable: primero, identificar el malestar; luego, nombrarlo según el vocabulario médico (“me contagié de algo”, “debe ser sinusitis”, “tengo colon irritable”); y finalmente, actuar en consecuencia, usualmente con un medicamento que apunte a suprimir el síntoma.

Esta estrategia responde a una lógica y a una necesidad histórica. Fue desarrollada como parte de un sistema de atención diseñado para operar a gran escala. Su objetivo es el manejo poblacional de la enfermedad, no la comprensión singular de cada proceso corporal. Su eficiencia está en la rapidez, la estandarización y la aplicación estadística. En un hospital con cientos de pacientes, nombrar rápido, protocolizar rápido y tratar rápido es indispensable.

Pero esa misma lógica, cuando es adoptada por una persona para aplicarla sobre sí misma, puede volverse limitada, incluso contraproducente, porque cuando un cuerpo duele, no busca ser clasificado, sino entendido. Y porque el síntoma, en el contexto de un cuerpo vivo, no es una falla a erradicar, sino una señal a interpretar.

El modelo osteopático como alternativa de pensamiento

La osteopatía no es simplemente un conjunto de técnicas. Es, ante todo, una forma de entender la salud y la enfermedad. Y esa forma de pensar resulta especialmente adecuada para quien desea tomar conciencia y responsabilidad sobre su proceso corporal sin delegarlo por completo en categorías externas o decisiones automáticas.

Esta manera de pensar se esboza en los principios osteopáticos, que no son simples fórmulas teóricas. Son guías prácticas para el razonamiento clínico individual. Son reglas mnemotécnicas para un pensamiento complejo. Proponen, por ejemplo, que el cuerpo no está pasivamente expuesto a las enfermedades, sino que posee recursos activos para restablecer su equilibrio. Que, si hay síntomas, es posible que el cuerpo esté intentando resolver un conflicto, reparar una lesión, compensar un desequilibrio. Que, si ese proceso no está siendo suficiente, no basta con suprimir el síntoma: hay que investigar qué lo convoca⁸.

De allí que la interrogación clínica no se formule en los términos convencionales de la medicina reduccionista: “¿Qué tengo?”, “¿Qué puedo tomar para eliminar esto?”. Estas preguntas suponen un modelo de intervención externa, como si el cuerpo sano consistiera en un terreno a conquistar y no en una ecología a restaurar.

La osteopatía, en cambio, se funda en otro tipo de preguntas: “¿Qué está intentando hacer el cuerpo?”, “¿Por qué adopta esta vía y no otra?”, “¿Qué le impide lograr su autorregulación?”. Estas preguntas no solo remiten a la fisiología, sino a una exégesis del síntoma: lo que se busca no es una categoría diagnóstica, sino una causalidad funcional, una lógica interna de desajuste y de compensación.

Contra el automatismo sintomático

La forma de pensar heredada del modelo médico convencional tiende a fomentar una reacción inmediata ante el síntoma: si hay tos, se toma un antitusivo; si hay dolor, un analgésico; si hay fiebre, un antipirético. El síntoma se percibe como un enemigo, como una expresión sin sentido que debe ser suprimida.

Pero desde la mirada osteopática —y, en rigor, desde cualquier fisiología básica— los síntomas no son enemigos: son parte de los mecanismos de defensa del cuerpo. La fiebre, la tos, la inflamación, el dolor, son intentos del organismo por reparar, expulsar, proteger o limitar un daño. Al suprimirlos sin análisis, muchas veces se interfiere en el proceso mismo de curación.

Esto no significa que no deban tomarse medicamentos en ningún caso. Significa que no hay que tomarlos automáticamente, solo porque el síntoma está presente y porque existe un producto diseñado para suprimirlo. Pensar como osteópata es, ante todo, romper con esa reacción automática, y preguntarse antes de actuar: ¿qué está haciendo el cuerpo?, ¿cuál es el sentido de los fenómenos que aparecen?, ¿qué se puede hacer para ayudar en lugar de anular?

⁸ Por supuesto, la osteopatía no es la única disciplina que propone una mirada distinta de la salud y de la enfermedad. Medicinas tradicionales como la china clásica o la ayurvédica, y otras más nuevas, como la homeopática o la antroposófica, proponen otras visiones, que en algunos conceptos pueden alinearse con la visión osteopática. No puedo entrar en detalle en sus propuestas porque no las conozco lo suficiente, pero dos textos que recomiendo son Sointu (2012) y Reeve (2011).

Una filosofía encarnada

* * *

Ya lo dijimos antes. La mayor diferencia entre la osteopatía y la medicina convencional no reside en sus técnicas, ni en sus herramientas diagnósticas, ni en la duración de sus consultas. La diferencia está en la filosofía que guía cada acto clínico. Y esa filosofía no es un agregado abstracto. Es una forma de razonar que tiene consecuencias concretas: organiza el modo en que se escucha, en que se palpa, en que se interpreta un dolor, en que se decide intervenir.

Pensar desde la osteopatía es, en última instancia, pensar desde el cuerpo y no solo sobre el cuerpo, como quien, en lugar de mirar un mapa desde arriba, decide caminar por sus calles. Es asumir que la salud no es una lista de valores normales ni la ausencia de síntomas, sino una capacidad activa de adaptación, de autorregulación, de reorganización. Y que nuestra tarea, frente a la enfermedad, no es simplemente nombrarla o desactivarla, sino preguntarse qué desajuste, qué inquietud, qué pequeño temblor del alma o del tejido la ha llamado.

Pero incluso este modelo corre el riesgo de incurrir en una concepción excesivamente negativa, porque existe la posibilidad de que el síntoma opere, en algunos casos, como indicio de un proceso de transformación no patológico en curso. En tales situaciones, el criterio de acción no debería ser la erradicación de la sintomatología, sino la comprensión de su lugar en una transición fisiológica más amplia, cuya resolución puede requerir acompañamiento (¡o incluso estímulo!) antes que intervención correctiva. A veces lo que llamamos enfermedad es parte de una metamorfosis, y hay que estar allí no para corregirla o para restituir un estado previo, sino para sostenerla, para permitir la transformación.

Ahora podemos avanzar hacia una pregunta clave: ¿cómo se posiciona cada modelo frente al síntoma? ¿Es el síntoma el enemigo, un dato o una herramienta? ¿Se lo concibe como anomalía a erradicar, como signo que remite a una causalidad subyacente, o como operador heurístico dentro del proceso terapéutico? La forma en que cada tradición médica responde a esta pregunta no constituye un simple matiz operativo, sino que revela con precisión la arquitectura conceptual sobre la cual se edifica su práctica. En última instancia, el modo en que se piensa el síntoma no solo delimita el objeto de intervención, sino que define el tipo de medicina que se ejerce.

* * *

2 La función del síntoma

En el capítulo anterior dijimos que la osteopatía propone una forma distinta de pensar la salud y la enfermedad. Este cambio de perspectiva no es solo filosófico: tiene consecuencias concretas. Una de las más urgentes —y también de las más difíciles— consiste en separar la noción de síntoma de la de patología. Es decir: dejar de suponer que un síntoma es, en sí mismo, una expresión directa de una enfermedad.

En la medicina convencional, el camino diagnóstico suele partir del síntoma: se lo registra, se lo clasifica, se lo asocia a otros signos, y se lo vincula con una entidad nosológica. Esta estrategia —que ha sido enseñada, sistematizada y perfeccionada durante décadas— es altamente eficaz para el diagnóstico médico, pero tiene un efecto colateral importante: nos lleva a pensar que el síntoma *es* la enfermedad. Y, como consecuencia de esa asociación automática, tendemos a concluir que, si eliminamos el síntoma, eliminamos la enfermedad.

Esta forma de razonar se vuelve especialmente riesgosa cuando se adopta sin reflexión crítica por parte del público general. Si el síntoma se percibe como un error, como algo que debe ser suprimido, entonces cualquier intervención que lo reduzca parecerá beneficiosa. Lo que suele olvidarse es algo esencial: en la gran mayoría de los casos, los síntomas no son provocados por el patógeno, sino por el propio cuerpo. No son agresiones, sino respuestas.

Desde esta perspectiva, el síntoma deja de ser un enemigo y se vuelve una herramienta, un mecanismo que el cuerpo activa para defenderse, protegerse o repararse. Algunos síntomas actúan como barreras defensivas frente a una amenaza. Otros, como señales de alarma que advierten sobre un desequilibrio. Otros cumplen ambas funciones a la vez.

Este capítulo estará dedicado a mostrar que muchos de los síntomas que habitualmente buscamos suprimir son, en realidad, expresiones de la inteligencia fisiológica del cuerpo. Entender esto no solo cambia nuestra forma de mirar la enfermedad sino, sobre todo, la forma en que decidimos actuar frente a ella.

Síntomas que son defensas

Una de las ideas centrales que este capítulo busca transmitir es que muchos síntomas no son manifestaciones del daño, sino parte de los mecanismos de defensa del cuerpo frente a una amenaza. En lugar de ser signos de que el cuerpo está funcionando mal, son muchas veces expresiones de que el cuerpo está funcionando bien: está reconociendo un problema, está activando una respuesta, está intentando remediar.

Esto puede resultar contraintuitivo, porque la medicina convencional —pero más que la medicina en sí, la representación colectiva que se ha formado a partir de ella— tiende a presentar los síntomas como expresiones del patógeno, como si fueran una consecuencia directa de la acción de un agente externo. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los síntomas son generados por el propio organismo como estrategia de defensa.

La fiebre, por ejemplo, no es producida por la bacteria ni por el virus, sino por el sistema inmune. Es una respuesta térmica del organismo para dificultar la reproducción de microorganismos invasores. La temperatura se eleva no por error, sino por decisión fisiológica. La fiebre, por tanto, no es un daño colateral, sino una herramienta activa en la lucha inmunológica.

Lo mismo puede decirse de otros síntomas que el sentido común tiende a interpretar como disfuncionales: la tos, los estornudos, la diarrea, los vómitos, la dermatitis. Todos estos son mecanismos de expulsión, diseñados para liberar al organismo de sustancias nocivas, cuerpos extraños, toxinas o patógenos. Son desagradables pero beneficiosos.

Otros síntomas funcionan como barreras. La congestión nasal, por ejemplo, no es un defecto del sistema respiratorio, sino un aumento deliberado del flujo sanguíneo en las mucosas nasales, que genera hinchazón y producción de moco para dificultar la entrada de partículas irritantes, virus o alérgenos. No es un malfuncionamiento sino una barrera de entrada.

Incluso la congestión pulmonar puede comprenderse desde este modelo. La mucosa de los bronquios produce secreciones que cumplen una doble función: proteger las paredes internas del aparato respiratorio y recolectar sustancias que deben ser excretadas. Pero para que este sistema de doble función (que algo de moco quede para recubrir, que algo de moco sea transportado hacia arriba para excretar) funcione, el moco debe tener una consistencia precisa: ni demasiado líquido ni demasiado espeso. El organismo regula constantemente esta viscosidad a través de una interacción compleja entre células epiteliales, glándulas mucosas, agua y sales. Cuando aparece una congestión pulmonar, suele ser porque el cuerpo está intentando atrapar, disolver y expulsar materiales que no deberían estar allí. Alterar esta respuesta sin comprenderla (con un mucolítico, por ejemplo) puede entorpecer el proceso de limpieza.

A esta lógica de defensa también pertenecen las posturas de protección. Frente a un golpe inminente, el cuerpo se organiza espontáneamente para reducir el impacto. Cierra los ojos, cubre la cabeza, se encorva. En presencia de una lesión, adopta posiciones antiálgicas para evitar movimientos que podrían agravar el daño existente. Estas reacciones no son voluntarias, pero tampoco arbitrarias: son respuestas fisiológicas que protegen la integridad estructural del organismo.

Incluso signos que habitualmente no se reconocen como síntomas —como la hipertensión— podrían interpretarse desde esta clave. La hipertensión arterial no es, en sí misma, ni un síntoma ni una enfermedad, sino un signo⁹. Y en muchos casos, es una respuesta funcional del organismo a una necesidad interna no satisfecha. Por ejemplo, cuando el riñón detecta una presión insuficiente para cumplir su tarea de filtrado, activa el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) para elevar la presión y garantizar el caudal sanguíneo necesario para su función. Lo que desde fuera parece una disfunción, desde dentro puede ser una solución de emergencia.

En todos estos casos, lo que llamamos “síntoma” es en realidad una estrategia activa de defensa o protección. No son meros efectos secundarios del trastorno provocado por un patógeno, sino instrumentos que el cuerpo pone en juego para mantenerse vivo y funcional. Comprender esto cambia radicalmente el enfoque clínico: en lugar de suprimir el síntoma de inmediato, es necesario preguntarse qué está intentando hacer el cuerpo a través de él, y cómo se lo puede ayudar a lograrlo con menos sufrimiento y más eficacia.

Inflamación

Una de las estrategias más eficaces del cuerpo para defenderse y repararse es la inflamación. Aunque el término tiene mala fama —como si designara algo indeseable, patológico o excesivo por definición—, en realidad la inflamación es una de las herramientas más importantes y sofisticadas del sistema inmune. Entender cómo funciona y qué implica es fundamental para no confundir un mecanismo saludable con un enemigo a combatir.

¿Qué es la inflamación?

La inflamación es un proceso biológico complejo que permite llevar recursos allí donde hacen falta. Ante una lesión o una amenaza, los capilares de la zona afectada se dilatan y aumentan su permeabilidad, dejando que el líquido del torrente sanguíneo —junto con glóbulos blancos, fibroblastos, nutrientes y sustancias reparadoras— se desplace hacia los tejidos afectados. Este movimiento genera calor, enrojecimiento, hinchazón y dolor.

Este proceso es regulado por sustancias denominadas *citoquinas*, que forman parte del sistema inmune. Si bien no toda inflamación es sinónimo de respuesta inmune, en realidad no se puede generar inflamación sin activar el sistema inmune, ni puede activarse el sistema inmune sin que se genere inflamación. En este sentido, decir que algo es inflamatorio es, en buena medida, decir que algo activa el sistema inmune. Y viceversa: algo antiinflamatorio es algo que inhibe la respuesta inmune.

Como todo sistema regulado por el cuerpo, la inflamación puede volverse problemática si se activa en exceso o si se prolonga sin necesidad. Este es el caso de las enfermedades autoinmunes, en las que el sistema inmune se vuelve contra los propios tejidos, o de ciertas formas de alergia, donde la respuesta es desproporcionada frente a estímulos inocuos. Pero también existen problemas en el extremo opuesto: cuando el sistema inmune no se activa lo suficiente.

⁹ Se llama “síntomas” a las sensaciones que el paciente reporta como anómalas (dolor, cansancio, pérdida de fuerza), y “signos” a alteraciones observadas por el médico o detectadas en un estudio (hipertensión, fiebre, tos). Los síntomas son subjetivos; los signos son objetivos.

En ese caso, pueden desarrollarse infecciones oportunistas, enfermedades virales persistentes, o incluso cáncer, que se beneficia de un entorno inmunológicamente pasivo.

La mayoría de los discursos mediáticos sobre salud —publicidades, suplementos, posteos de redes sociales, notas de divulgación— tienden a valorar o condenar la inflamación sin matices. En algunos casos, se promueven alimentos o hábitos por ser “antiinflamatorios”, como si toda inflamación fuera patológica. En otros, se celebra que algo “fortalece el sistema inmune”, como si esa fuera siempre una buena noticia.

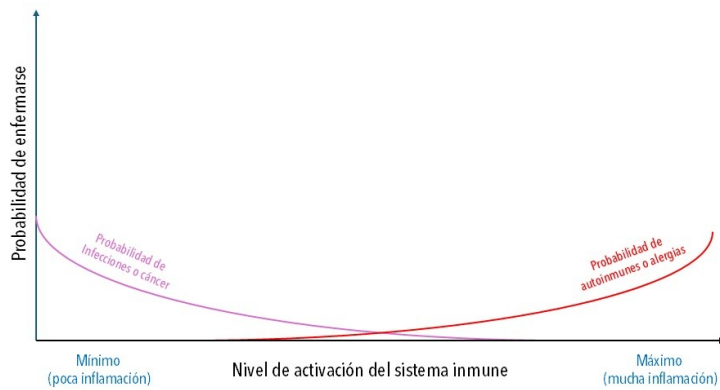
Pero atención: algo que fortalece el sistema inmune podrá ser bueno para quien esté cursando una enfermedad infecciosa, pero malo para quien sufra una condición autoinmune o haya recibido un órgano por trasplante. Un antiinflamatorio, por el contrario, podrá ser bueno para quien sufra una condición autoinmune o haya recibido un órgano por trasplante, y malo para quien esté cursando una enfermedad infecciosa. Para alguien sano, ninguno de los dos es conveniente: el antiinflamatorio aumenta la posibilidad de contraer un virus o una infección; el que fortifica el sistema inmune aumenta la probabilidad de una autoinmune o una alergia. En alguien sano, el sistema inmune está funcionando en el equilibrio justo entre exaltación y displicencia. ¿Para qué perturbar un sistema que está funcionando correctamente?

Muchas veces, incluso, se promueven alimentos, prácticas o sustancias asegurando que son a la vez antiinflamatorias y activadoras del sistema inmune, pero estas dos afirmaciones, si se combinan, caen en contradicción, porque la inflamación es, justamente, una expresión de la activación del sistema inmune. No se puede reducir la inflamación y, al mismo tiempo, fortalecer la respuesta inmunitaria. Una sustancia que logra lo primero necesariamente afecta lo segundo.

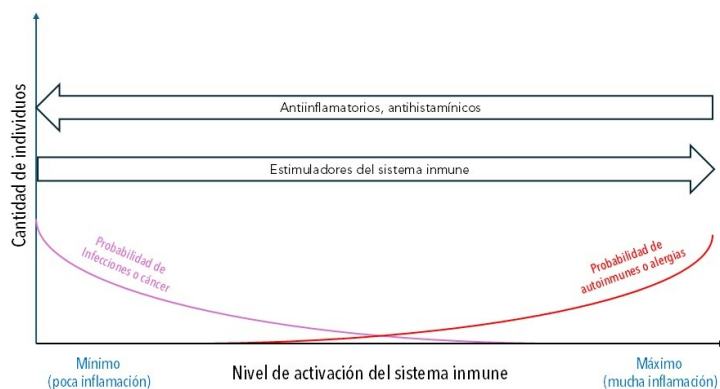
Así que, ¡atención! ¿Un aviso promociona algún producto diciendo que es antiinflamatorio y fortalece el sistema inmune? Es claro que intentan engañarnos con promesas vacías, así que sabemos que no hay que comprarlo. ¿Algún periódico o influencer dice que un suplemento o una práctica o un té es antiinflamatorio y además fortalece el sistema inmune? En este caso tenemos dos caminos posibles: 1) asumir que el redactor no entiende lo que está diciendo, lo cual es grave pero no malicioso; o 2) asumir que sí lo entiende y lo dice igual, lo cual ya es otra cosa (comercialmente astuto, sí, pero también éticamente canalla).

En ambos casos, la recomendación práctica es la misma: desconfiar tanto de la nota como del producto y de quien la firma. No porque ese suplemento o práctica o té específicos vayan a matarnos, sino porque el hecho de que alguien que no sabe cómo funciona el sistema inmune esté hablando del sistema inmune con seguridad y entusiasmo debería, como mínimo, hacernos desconfiar.

El sistema inmune no funciona como un interruptor que se prende o se apaga. Funciona más bien como un termostato: requiere regulación constante. Si está demasiado activo, puede llegar a generar respuestas autodestructivas. Si está poco activo, no responde frente a amenazas reales. En ese sentido, puede representarse como una curva en un gráfico cartesiano: los extremos —hipoactividad e hiperactividad— son peligrosos. El punto ideal está en el equilibrio, no en la exageración.



Los medicamentos antiinflamatorios —como los AINEs, los corticoides y algunas estatinas— mueven ese termostato hacia la izquierda: bajan la inflamación, y con ella, la respuesta inmune. Esto puede ser útil en ciertas condiciones, como una crisis autoinmune o un rechazo a un trasplante, pero puede ser perjudicial si lo que el cuerpo está intentando hacer es defenderse de una infección o reparar un tejido dañado.



Del mismo modo, estimular el sistema inmune indiscriminadamente —a través de suplementos, determinadas dietas o conductas— puede aumentar el riesgo de alergias, autoinmunidad o inflamación crónica en personas que ya tienen una inmunidad adecuada. Lo que puede beneficiar a una persona inmunodeprimida puede resultar dañino para otra.

Alergias

Pocas palabras evocan con tanta rapidez la idea de un cuerpo que falla como la palabra “alergia”. Alguien

alérgico, según el sentido común, es alguien “hipersensible”, alguien cuyo cuerpo “reacciona de forma exagerada” frente a cosas que no deberían afectarlo: el polvo, el polen, el pelo de gato, algunos frutos secos. Se supone que el sistema inmune, confundido, ataca lo que no debería, y que esa confusión es un error que conviene suprimir.

Pero ¿podemos estar seguros de que es un error? ¿Y si algunas de esas respuestas, que hoy catalogamos como patologías, fueran en realidad estrategias útiles del cuerpo para protegerse de amenazas que aún no comprendemos del todo?

Veamos cómo funciona el mecanismo en este caso. El sistema inmune incluye varios subsistemas, cada uno con funciones específicas. Algunos se especializan en combatir bacterias, otros en destruir virus, otros en detectar células tumorales, otros en eliminar parásitos. Uno de esos subsistemas, mediado por inmunoglobulina E (IgE), se encarga de desencadenar reacciones alérgicas.

¿Para qué sirven las alergias?¹⁰

Estas reacciones —estornudos, mocos, lagrimeo, tos, dermatitis, vómito, diarrea— no tienen como objetivo matar a un invasor, sino expulsarlo del cuerpo lo más rápido posible. Funcionan como mecanismos de limpieza. Las lágrimas eliminan partículas irritantes de los ojos; los estornudos y mocos, del tracto respiratorio; el vómito y la diarrea, del sistema digestivo; las erupciones, de la piel. Son respuestas físicas, violentas y eficaces, particularmente útiles cuando lo que hay que eliminar no está vivo y, por lo tanto, no puede ser destruido: toxinas, venenos, alérgenos, sustancias.

Tomemos un ejemplo concreto: la rinitis alérgica. Quien la padece sufre secreción nasal, estornudos, obstrucción respiratoria. Un problema, claro, pero si se observa el fenómeno desde otra perspectiva, se advierte que ese exceso de moco, lejos de ser inútil, impide la entrada de múltiples sustancias potencialmente dañinas. Hay estudios que sugieren que quienes tienen rinitis alérgica tienen menor tasa de infección por gripe. Por una razón muy sencilla: en su nariz hay una barrera de entrada para sustancias y gérmenes.

Entre ellos, incluso, sustancias carcinógenas. Si alguien tiene rinitis, las sustancias carcinógenas que haya en el aire no pueden entrar, independientemente de que la rinitis haya sido causada por ellas o por otra cosa. Desde mucho antes de conocerse esta función del sistema inmune, diversos estudios mostraron que la gente más propensa a las alergias tiene menos tendencia a desarrollar cáncer.

Veamos un ejemplo extremo: la alergia al níquel. Este metal se usa en aleaciones de relojes o joyería, y algunas personas desarrollan dermatitis de contacto al exponerse a ellos. Son alérgicos al níquel. Sin embargo, el níquel es altamente carcinógeno, así que, si me preguntan, ¿de qué exageración estamos hablando? No es el alérgico el que tiene un problema, sino aquel que puede ponerse un reloj con malla de níquel sin que su cuerpo reaccione con repulsión.

Puesto en esos términos, si lo pensamos un poco, la alergia es una especie de superpoder. Así como algunos superhéroes son más resistentes a las balas, los alérgicos son más resistentes a las enfermedades contagiosas y a las sustancias carcinógenas.

Pero agreguemos otra consideración. Para eso, analicemos la idea habitual de que la alergia es una reacción exagerada ante estímulos inocuos. ¿Por qué el sistema inmune ataca cosas inocuas? La verdad es que no se sabe, pero

¹⁰ Casi todas las ideas que expongo aquí acerca de las alergias siguen las hipótesis de Margie Profet (1991)

existen algunas hipótesis. Una de las teorías etiológicas de la alergia es la del *mimetismo molecular*, que dice que el sistema inmune reacciona a algunas sustancias inocuas porque algunas de las moléculas de esa sustancia son parecidas a las de alguna sustancia peligrosa. Pero esta hipótesis reduccionista tiene un problema: los ataques de alergia pueden desencadenarse por mecanismos no químicos. Hay ejemplos en los que la exposición sensorial a un objeto simbólicamente asociado al alérgeno puede provocar una respuesta real. Por ejemplo, una persona alérgica a las rosas puede presentar síntomas al oler una rosa de plástico. No hay partículas, no hay polen, no hay sustancia extraña y, por tanto, no puede haber mimetismo molecular.

Este tipo de fenómenos desafía la explicación puramente inmunológica. Sugiere que la alergia puede tener un componente cognitivo, o al menos perceptivo, que media la respuesta fisiológica. No se trata solo de un sistema que responde a lo químico o lo biológico, sino que puede ser desencadenado por procesos cognitivos (la rosa de plástico se percibe mediante la vista, hay procesamiento cognitivo para identificar los estímulos visuales como una rosa, y solo después se motiva la reacción alérgica).

Esto nos obliga a reformular la pregunta. ¿Qué significa que una respuesta sea exagerada? ¿Desde qué parámetro decidimos que la reacción es desmedida? ¿Será que algunas de nuestras alergias son reacciones justificadas a sustancias que consideramos inofensivas simplemente porque aún no entendemos bien sus efectos? ¿Será que algunas personas alérgicas son, en cierto sentido, los “canarios en la mina” del sistema inmune —esos organismos que alertan sobre peligros antes de que sean reconocidos por el resto?

La idea no es romantizar la alergia. Un shock anafiláctico puede ser letal. Pero incluso esa reacción extrema es coherente con una lógica: se trata de una defensa activada con toda la intensidad disponible frente a lo que el cuerpo interpreta como una amenaza crítica. El hecho de que no lo comprendamos no invalida su origen.

Cuando una persona alérgica estornuda, no está “indispuesta”. Está reaccionando ante una señal. Puede que esa señal esté sobredimensionada. Puede que el riesgo real no justifique la intensidad de la respuesta, pero eso no convierte al síntoma en un sinsentido.

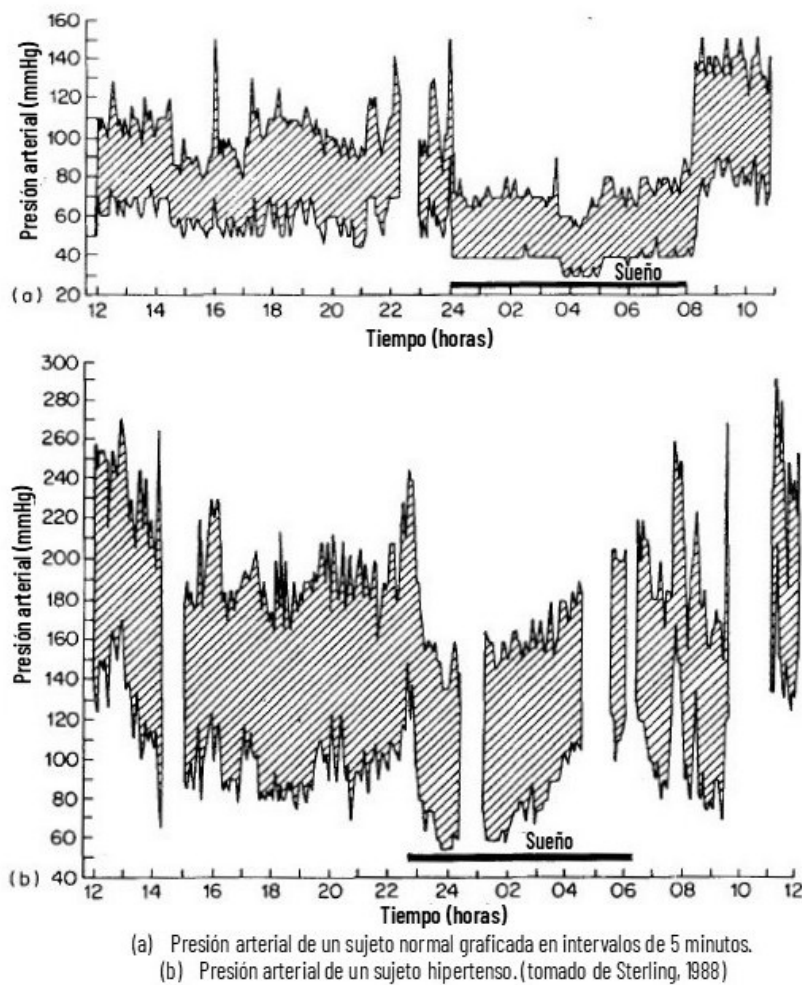
La alergia, como todo síntoma, no debe interpretarse de manera automática como una falla. Quizás algunas veces lo sea, pero muchas otras veces es una respuesta precoz, una predicción activa, una forma sofisticada de estar atentos a un entorno que no siempre es seguro.

Hipertensión

Cuando una persona es diagnosticada con hipertensión arterial, lo que suele interpretarse es que su cuerpo está funcionando mal. Que la presión “debería ser más baja” y que por alguna razón misteriosa —mala alimentación, estrés, predisposición genética— ha empezado a subir sin una causa aparente. Desde esa lectura, el objetivo parece obvio: bajarla.

Pero ¿y si la tensión arterial no fuera, en sí misma, el problema? ¿Y si esa presión más alta no fuera una falla, sino una compensación activa del cuerpo frente a una necesidad que no alcanzamos a ver?

Para avanzar hacia esa hipótesis, conviene recordar cómo funciona normalmente el sistema. La tensión arterial no es un estado fijo. Es una variable fisiológica que el cuerpo regula minuto a minuto, de forma automática, precisa, sensible. Sube cuando hacemos ejercicio, baja cuando descansamos, se adapta cuando cambiamos de postura o cuando dormimos. Esta regulación minuto a minuto se produce incluso en personas hipertensas. Cuando se coloca un holter —un dispositivo que mide la presión arterial durante 24 horas— a una persona hipertensa, se observa que la tensión sube cuando debe subir y baja cuando debe bajar. Es decir: el sistema regulador está intacto. Lo que ocurre es que regula a partir de un punto de equilibrio más alto que el promedio de la población o que sus propios promedios anteriores.



Ese detalle es clave, porque si el sistema está funcionando, entonces la presión alta no es el producto de una falla, sino de una decisión fisiológica¹¹. Y toda decisión fisiológica, incluso cuando no comprendemos su origen, merece ser entendida como un intento de saciar alguna necesidad corporal.

Una forma de visualizar esta lógica es a través de un ejemplo en el que sí se conoce la causa: una estenosis de

¹¹ Cómo explicaré en el próximo libro, la hipertensión no se produce por una falla en los mecanismos homeostáticos de regulación, sino por una determinación alostática de nivel óptimo de presión arterial media.

la arteria renal. Imaginemos que una de las arterias que lleva sangre al riñón está parcialmente obstruida. Como consecuencia, llega menos sangre al riñón afectado. Para defender su función —filtrar la sangre, eliminar toxinas, regular el volumen de líquido intracorporal— se activa el aparato yuxtaglomerular, que secreta renina. La renina pone en marcha una cascada de señales (el sistema renina-angiotensina-aldosterona, SRAA) cuyo resultado es subir la presión arterial. Al haber mayor presión, entra más sangre al riñón, que así puede cumplir su función.

En este caso, la hipertensión no es un desajuste: es una estrategia de compensación para que el riñón pueda seguir trabajando. Para eso, justamente, existe el SRAA. Si se bajara la presión sin atender la estenosis, no solo no se resuelve el problema, sino que se lo agrava: el riñón deja de filtrar adecuadamente, se acumulan toxinas, se generan nuevos trastornos.

Este caso clínico nos permite entonces formular una hipótesis más amplia: cuando el cuerpo eleva sostenidamente la presión, lo hace porque interpreta que debe hacerlo. Puede que no sepamos cuál es la causa subyacente, pero el hecho de que el sistema regulador funcione —de que haya capacidad de ajustar la presión según la situación, como vimos con el holter— nos indica que no estamos frente a un sistema roto, sino frente a un sistema funcionando de acuerdo a otro equilibrio.

La solución, entonces, no debería ser bajar la presión, sino comprender cuál es la finalidad del cuerpo al elevarla. A veces (muy raramente, si vamos a ser sinceros) esa comprensión será inmediata. Otras veces, será una investigación más larga, más compleja. Pero en todos los casos, suprimir el signo sin atender su causa no es una estrategia, sino una forma de rendirse.

Esa observación nos lleva a reconsiderar otras asociaciones frecuentes, como la que vincula el estrés con la presión arterial. Y no sin razón: en situaciones de peligro o de alta demanda, el sistema simpático se activa y libera adrenalina, que eleva la frecuencia cardíaca y la presión arterial, pero este efecto no es lineal: la relación entre adrenalina y presión arterial tiene una forma más compleja.

De hecho, los vasos sanguíneos tienen dos tipos de receptores para la adrenalina: los alfa, que generan vasoconstricción, y los beta, que generan vasodilatación¹². Los receptores alfa son más sensibles: se activan con pequeñas cantidades de adrenalina. Los beta requieren niveles más altos, pero su efecto es más poderoso. Si la cantidad de adrenalina es baja o moderada, predominan los receptores alfa: se produce vasoconstricción. Si la adrenalina es muy alta, se saturan los alfa, y se empiezan a activar los beta, que provocan vasodilatación y reducen la presión. Este fenómeno —en el que una sustancia genera efectos opuestos según la dosis— se llama *hórmesis*.

Esta *hórmesis* explica por qué la relación entre estrés y presión arterial no es tan lineal como se cree. No todo estrés eleva la presión. En ciertos contextos, puede bajarla. Y en todos los casos, lo que importa no es solo la sustancia presente, sino la regulación de los receptores, la adaptación del sistema, el equilibrio general.

Con todo esto en mente, volvamos al punto de partida. La hipertensión es, siempre, un indicador preocupante, pero desde el punto de vista fisiológico, la presión elevada puede ser una herramienta. Puede estar

¹² Mi explicación es ultra simplificada. En realidad, distintas partes del cuerpo contienen distintas proporciones de receptores alfa y beta, de manera que una cierta cantidad de adrenalina en sangre puede causar vasoconstricción en una zona y vasodilatación en otra. No solo eso: existen distintos tipos de receptores alfa y beta, con funcionamientos diversos. Esta distribución heteromorfa produce efectos locales de *hórmesis* e *histéresis*.

sosteniendo una función que de otro modo se perdería. Puede ser una forma que tiene el cuerpo de sostenerse mientras intenta corregir otro problema.

Pensar desde la lógica osteopática es justamente eso: preguntarse qué intenta hacer el cuerpo con esa respuesta, en lugar de tratar de apagarla sin entenderla. La presión arterial no es el enemigo. Es un signo. Y, como todo signo, tiene una función y un sentido.

La lógica implícita

A lo largo de esta sección hemos examinado diversos síntomas —y también signos— que, lejos de representar errores fisiológicos, pueden interpretarse como respuestas funcionales del cuerpo frente a una amenaza, una lesión o un desequilibrio. Fiebre, tos, vómitos, diarrea, congestión, hipertensión, erupciones cutáneas, secreciones... Todos estos fenómenos comparten una característica: no son producidos por el patógeno, sino por el propio cuerpo en su intento por defenderse o repararse.

Cada ejemplo, en su especificidad, ilustra una misma lógica: el síntoma no es, necesariamente, algo que debe ser suprimido. Es una acción fisiológica orientada a resolver un problema. Si hay fiebre, es para dificultar la replicación de virus o bacterias. Si hay moco, es para atrapar partículas irritantes. Si hay diarrea, es para expulsar sustancias tóxicas. Si hay inflamación, es para llevar recursos al sitio que requiere defensa o reparación. Incluso la presión arterial elevada puede ser una estrategia compensatoria frente a una alteración interna.

En todos estos casos, anular el síntoma sin entenderlo equivale a desactivar una herramienta sin haber indagado para qué estaba siendo usada. El cuerpo no actúa al azar. No genera secreciones, ni dolor, ni contracturas, ni fiebre sin motivo. Cada uno de esos fenómenos representa un esfuerzo por mantener o restablecer la integridad.

Esto no significa que todo síntoma sea siempre útil, pero sí que debe ser considerado en primer lugar como una posibilidad de acción del organismo, no como una falla inmediata. Y cuando se decide intervenir sobre él —ya sea para reducirlo, modularlo o suprimirlo— esa decisión debería ser tomada en función de su sentido fisiológico, no por su mera presencia.

Desde este punto de vista, el sistema inmune deja de ser un conjunto de células especializadas, y se convierte en una lógica integral de defensa y restauración¹³. Si incluimos en su órbita a todos los mecanismos corporales orientados a protegerse —desde un estornudo hasta una postura antiálgica (una posición corporal adoptada para evitar el dolor)—, entonces podemos afirmar que la mayoría de los síntomas son, en realidad, expresiones del sistema inmune.

Negar esa lógica y suprimir el síntoma “porque molesta” no es solo un error terapéutico. Es, sobre todo, una forma de ceguera ante la inteligencia del cuerpo. El desafío es aprender a escuchar, a interpretar y, en algunos casos, a acompañar, porque el síntoma, en muchos casos, es la primera herramienta que el cuerpo moviliza para preservarse.

¹³ Francisco Varela dice que el sistema inmune es un sistema cognitivo (Varela, 1994). En ese artículo propone una definición minuciosa de cognición, y luego argumenta que el sistema inmune cumple los requisitos de la definición y, por tanto, que el sistema inmune es una entidad cognitiva, aunque no tenga neuronas.

Síntomas que son alarmas

Lo insoportable como recurso

Los síntomas de los que hablamos hasta ahora expulsan, protegen, inmovilizan o reparan. Son defensas. Pero hay otros cuya función no es tanto actuar sobre el cuerpo como llamar nuestra atención sobre él. No movilizan sustancias ni destruyen patógenos, sino que movilizan la conciencia: nos detienen, nos sacuden, nos interrumpen.

El dolor, el miedo y la ansiedad pertenecen a esta categoría. No son signos de que algo esté dañado, sino señales de que algo podría dañarse si no actuamos a tiempo. Su función no es resolver el problema, sino avisar que hay uno. Son, en ese sentido, alarmas corporales.

Una buena alarma tiene que cumplir tres condiciones:

- 1) Tiene que ser fuerte, para que nos obligue a interrumpir cualquier cosa que estemos haciendo.
- 2) Tiene que ser fea, para que queramos silenciarla.
- 3) La única manera de apagarla debería ser acabar con el evento que la desencadenó.

El dolor, el miedo y la ansiedad cumplen perfectamente con estas tres condiciones. Son, por lo tanto, alarmas eficaces. No porque sean beneficiosas en sí mismas, sino porque nos obligan a protegernos, a detenernos o a cambiar de rumbo. Son desagradables, sí, pero esa es exactamente su función.

Dolor

Pocas experiencias son tan contundentes como el dolor. Y pocas han sido tan malinterpretadas. Se lo suele pensar como un castigo, como un obstáculo, como una disfunción, pero el dolor es, antes que nada, una señal de advertencia, el modo que tiene el cuerpo de decir “ahí no”, “eso no”, “así no”.

En la novela *Catch-22*, uno de los personajes (Yossarian, creo) cuestiona la existencia de Dios preguntándose por qué —si fuera realmente bondadoso— no habría inventado una forma más amable de advertirnos que algo está mal. ¿Por qué dolor? ¿Por qué no unas luces suaves, unos sonidos agradables, un código visual?

Pero esa objeción es profundamente ingenua. La alarma tiene que ser insoportable, es decir, molesta e inevitable, algo que uno no pueda seguir ignorando para poder revisar el correo o salir a dar una vuelta. Toda alarma debe interrumpir la continuidad del mundo vivido. No puede ser una mera notificación; debe ser un acontecimiento que nos arranca de la transparencia del hábito, que reconfigura el modo en que somos cuerpo.

Lo realmente trágico es que ni siquiera eso alcanza. Ni siquiera un dolor agudo, penetrante, clínicamente significativo —ese tipo de dolor que en las escalas hospitalarias suele estar marcado con una carita llorando o una X

roja gigante— garantiza que la persona hará algo al respecto. Hay gente que sigue corriendo con una rodilla inflamada, que sigue levantando cajas con un hombro enardecido, que va igual al partido de fútbol aunque el pie izquierdo le pida a los gritos que esta vez no vaya.

Porque los humanos —en su infinita capacidad de adaptación, o autoengaño, o simplemente negación operativa del cuerpo como entidad vulnerable— pueden acostumbrarse a todo. Incluso al dolor. Vivimos en una cultura que ha hecho de la negación una forma de competencia adaptativa. Y si el dolor fuera una lucecita tenue como quiere Yossarian (estoy casi seguro de que era él) en *Catch-22*, sería aún más fácil de ignorar.

Si hubiese sido yo el que estaba ahí, al lado de Yossarian, en esa conversación famosa, le habría dicho que tiene razón... pero por las premisas equivocadas. No es del todo correcto concluir que Dios no existe porque existe el dolor. En todo caso, si yo tuviera que desconfiar de la existencia de Dios, no sería por el dolor, sino por los analgésicos. La pregunta no es qué clase de dios permite el dolor, sino qué clase de dios permite los analgésicos.

Miedo y ansiedad

El miedo y la ansiedad suelen ser clasificados como síntomas “psicológicos”, pero antes que estados emocionales o mentales, son respuestas fisiológicas diseñadas para anticiparse a una amenaza. El miedo detiene o nos hace huir. La ansiedad prepara o nos obliga a pensar la situación. Ambas nos alejan o protegen de lo que podría hacernos daño.

El miedo es la alarma de lo inminente. Aparece ante una amenaza concreta, identificable, real. Cuando detecta un posible peligro inmediato, el cuerpo se activa: se acelera el corazón, se tensan los músculos, se amplifica la percepción. Todo se dispone para la huida o la defensa. La función del miedo no es inmovilizarnos: es maximizar nuestra posibilidad de supervivencia¹⁴.

La ansiedad, por su parte, opera en el plano de lo posible. No reacciona a un peligro presente, sino a uno probable. Por eso se siente como una anticipación sin objeto claro. Pero incluso esa indeterminación tiene sentido: la ansiedad nos prepara para lo desconocido, nos vuelve cautos, nos obliga a prever¹⁵.

Ambas emociones tienen mala fama, pero sin ellas, estaríamos expuestos a riesgos innecesarios. No evitaríamos el peligro: lo ignoraríamos.

Recuerdo haber leído en algún lado esta frase: “A lo largo de mi vida muchas veces temí que algunas cosas salieran mal, y al final las cosas que salían mal eran otras”. Quien la decía quería dar a entender que toda

¹⁴ Oh, sí, hay otro tipo de miedo que inmoviliza: la respuesta de congelamiento. Lo cierto es que el mecanismo del miedo es mucho más complejo que como lo presentamos aquí, pero no quiero entrar en detalles ahora. Ya lo abordaremos en un libro futuro. Por el momento, para el argumento que presento, centrémonos en ese miedo que prepara para escapar: la respuesta de huida.

¹⁵ También la ansiedad es más compleja de lo que aquí planteo. Puede haber una ansiedad con un objeto claro (por ejemplo, puedo estar ansioso por una conferencia que tengo que dar en dos semanas). Lo que sí permanece constante en toda forma de ansiedad es que su intensidad es menor que la del miedo, sea por una probabilidad mucho más baja o por su mayor lejanía en el tiempo.

preocupación era inútil. Pero la verdad es más sutil. Si las cosas que temí no ocurrieron fue precisamente porque las temí y tomé precauciones para que no ocurrieran. Fueron evitadas gracias a la ansiedad.

De manera que el problema no es ni la existencia ni la aparición de miedo o ansiedad. El conflicto aparece cuando se desconectan de sus causas, cuando se cronifican o se suprimen sin entender lo que señalan.

El problema de apagar alarmas

Bajemos un poco el nivel de abstracción. Volvamos a una escena cotidiana: se enciende una luz de aviso en el panel de instrumentos del coche. ¿Qué hacemos? Llevamos el auto al mecánico y le pedimos que revise qué generó la señal. Pero imaginemos que el mecánico, sin encontrar nada evidente, decide “resolver” el asunto apagando la luz. No repara el motor. Solo desconecta la luz de aviso. En ese caso, cuando salimos del taller, parece que el problema se arregló porque la luz ya no se enciende. Sin embargo, tenemos otro problema: ya no tenemos sistema de alarma. Si pasa algo grave en el motor, ya no va a haber luz roja que nos avise antes de que se rompa todo. Esta situación es incluso peor, porque la luz *ya se había encendido*, y no sabemos por qué, así que es probable que ya haya un problema grave en el motor, y hay muchas posibilidades de que se termine rompiendo¹⁶.

Este ejemplo ilustra bien lo que ocurre cuando tomamos un analgésico sin investigar el origen del dolor, o un ansiolítico sin comprender la causa de la ansiedad. El síntoma desaparece, pero no porque el problema se haya resuelto, sino porque hemos silenciado el mecanismo que lo anunciaba.

Desde luego, hay momentos en que apagar la alarma puede ser necesario: para poder descansar, para evitar un sufrimiento insoportable, para ganar tiempo, pero ese gesto debe ser siempre provisional y consciente, y no una solución en sí misma, porque si ocultamos la señal sin reparar el origen, no solo no curamos: perdemos la oportunidad de saber qué está pasando.

¹⁶ Claro, pueden existir casos en que efectivamente sea la lamparita la que funcione mal, y se encienda cuando no hay ningún peligro. Incluso en esos casos lo mejor sería ver por qué funciona mal el mecanismo de advertencia, y no simplemente desconectarlo y quedarse sin sistema de alarma.

Una hipótesis más ambiciosa

Hasta ahora venimos sosteniendo que la mayoría de los síntomas que asociamos con la enfermedad —la fiebre, la inflamación, la tos, el sarpullido, los vómitos, la diarrea— no son efectos directos del virus, de la bacteria o de la toxina, sino maniobras del sistema inmunitario, del sistema nervioso o de la fisiología en su conjunto, como parte de sus estrategias de alarma, defensa o reparación.

Esto puede sonar contraintuitivo, porque durante siglos se pensó lo contrario. Desde el modelo pasteuriano, el foco estuvo puesto en el germen: se lo identificaba, se lo aislaba, se lo combatía. El cuerpo era solo el campo de batalla, un lugar pasivo donde algo ocurría, pero hoy sabemos que no es así. Sabemos que el cuerpo no es un escenario, sino un actor. Que los síntomas son respuestas, no secuelas. Que la fiebre no la produce el microbio, sino las citoquinas liberadas por nuestras células inmunes para obstaculizar su multiplicación. Que la diarrea no es obra del virus intestinal, sino una decisión defensiva para expulsarlo más rápido. Que el cansancio no es un efecto colateral de la infección, sino una orden fisiológica para detener el gasto de energía en otras tareas y volcarla a la recuperación.

Los síntomas, entonces, no son errores. Son decisiones. Y como toda decisión, tienen una lógica, un objetivo, un sentido. Aunque ese sentido no siempre nos resulte evidente, aunque a veces se equivoque, aunque sus consecuencias nos incomoden o nos asusten. La salud no es una quietud sin molestias, sino una danza constante de adaptación. La salud no es ausencia de síntomas. La ausencia de síntomas es la muerte. O, más exactamente: la muerte es la pérdida de la capacidad de generar síntomas.

Pero ¿es posible que existan síntomas que no cumplan esa función? ¿Síntomas que no sean defensas ni alarmas, sino expresiones directas del daño que producen un invasor o un accidente? Sí, claro que es posible. Pero incluso estos tampoco son azarosos. También hay que entenderlos. Analicemos uno que parece una secuela del daño. Quizás encontremos algún dato importante.

El herpes zóster —conocido comúnmente como culebrilla— es una infección causada por el virus varicela-zóster, el mismo que produce la varicela. En ocasiones, una vez superada la infección primaria, el virus no se elimina por completo: queda latente, alojado en los ganglios nerviosos cercanos a la médula espinal. Se dice que el virus en el periodo de latencia escapa al sistema inmunitario gracias a que limita la expresión de algunas de sus proteínas virales y reduce la expresión de antígenos de histocompatibilidad en la superficie de las células infectadas. Puede permanecer inactivo durante años o décadas, sin generar síntomas, pero en ciertos momentos —sobre todo en situaciones de estrés físico o emocional, o en condiciones de inmunosupresión— el virus se reactiva.

Cuando esto ocurre, viaja a lo largo de las fibras nerviosas hasta alcanzar la piel, donde provoca una erupción dolorosa y localizada, que usualmente sigue el trayecto de un nervio. La erupción suele aparecer en forma de franja o cinta en un solo lado del cuerpo, y va acompañada de ardor, picazón, dolor o hipersensibilidad.

En algunos casos, no aparece ninguna erupción visible: el único síntoma es dolor o disfunción motora, sin ninguna señal en la piel. Los efectos más usuales suelen ocurrir en el rostro: parálisis facial o palpebral, síndrome de

Ramsay Hunt y neuralgia del trigémino.

También puede suceder que, luego de la fase aguda del herpes zóster (la culebrilla propiamente dicha), la erupción desaparece, pero el dolor persiste. Esta condición, conocida como neuralgia post-herpética, puede durar semanas, meses o incluso años. En los casos de dolor sin erupción (neuralgia sin culebrilla), se sospecha que lo que sucede es que el virus no llegó a salir del sistema nervioso, y causó daños en los nervios en lugar de hacerlo en el tejido epitelial, y ese perjuicio fue suficiente para alterar la conducción eléctrica nerviosa. Si los nervios aferentes no transmiten información correctamente, puede haber dolor o parestesias; si el daño ocurrió en los nervios eferentes, puede haber disquinesia (movimientos anómalos o involuntarios) o parálisis local.

La hipótesis más aceptada es que la parálisis y el dolor característico del herpes zóster y de la neuralgia postherpética se deben al deterioro que el virus causa en los nervios periféricos, en particular en su capa de mielina. La mielina actúa como un aislante eléctrico: permite que las señales nerviosas viajen con precisión y velocidad. Si esa capa se daña, las señales se distorsionan y aparecen descargas erráticas, hipersensibilidad, sensaciones quemantes o punzantes. Dolor sin causa, sin estímulo, sin sentido aparente.

Aquí, por lo tanto, parece que el síntoma no es una estrategia. No ayuda al cuerpo a expulsar el virus, ni a detener su avance, ni a reparar un tejido, ni es tampoco una alarma activada por el cuerpo para anunciar un peligro. Es simplemente una secuela estructural del daño viral sobre los nervios.

Sin embargo, esta conclusión es apresurada. En primer lugar, el virus no tiene la capacidad de destruir la mielina por sí mismo. No es un depredador, no tiene intención, no tiene herramientas para dañar tejidos que no le sirven de soporte. Un virus no actúa, ni siquiera está vivo. Lo único que hace es reproducirse. Se mete dentro de una célula y reemplaza su ADN por uno propio, con lo cual la célula deja de hacer lo que tiene que hacer y empieza a producir copias del virus. En esa tarea frenética, muchas células mueren por autonegligencia. Pero la mielina no es una célula. Es una envoltura, una sustancia que recubre parte de la neurona. Si esa envoltura se daña, es porque algo más ha intervenido. ¿Quién, entonces? ¿Qué proceso se activa allí?

Ya no parece tan claro que estemos ante un descalabro puramente viral. Quizás el virus, en su reactivación, desencadena una respuesta desmedida del sistema inmune. Quizás no es el virus quien destruye la mielina, sino los macrófagos o los leucocitos, en su intento por neutralizarlo. Si eso fuera así, el síntoma incluso en este caso sería provocado por los sistemas de defensa del cuerpo, excepto que no sería (como la fiebre, la inflamación o la diarrea) un mecanismo de defensa *ex profeso*, sino una destrucción de tejido sano como efecto colateral de la lucha leucovirósica.

Ah, pero antes de sacar conclusiones, analicemos otro caso menos conocido: la ciguatera.

La ciguatera es una intoxicación alimentaria que ocurre al ingerir peces contaminados con una toxina marina llamada ciguatoxina. Esta toxina, producida por dinoflagelados microscópicos que habitan los arrecifes coralinos, se acumula en la cadena trófica y llega al ser humano a través de peces de gran tamaño, como el mero o el pargo. Se trata de una condición frecuente en zonas tropicales, donde estos peces forman parte de la dieta habitual.

Los síntomas de la ciguatera son variados y pueden afectar tanto el sistema gastrointestinal como el sistema nervioso. Entre los síntomas gastrointestinales se incluyen náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal. Los síntomas neurológicos pueden ser más severos e incluyen parestesias (sensación de hormigueo), disestesias (sensación de dolor al tacto), debilidad muscular, ataxia (falta de coordinación) y en algunos casos, reversión de la sensación térmica (el frío

se siente caliente y viceversa). Estos síntomas pueden aparecer entre unas pocas y 24 horas después de la ingestión del pescado contaminado. Pueden aparecer dolores en cualquier parte del cuerpo, pero tienen una preferencia extraña: muchas veces aparecen dolores viejos: una rodilla que no dolía hace treinta años vuelve a doler como si nunca se hubiera curado.

La razón detrás de estos síntomas neurológicos es que las ciguatoxinas afectan los canales de sodio dependientes de voltaje en las células nerviosas, lo que da como resultado una despolarización persistente de las neuronas. Esta alteración puede causar una transmisión nerviosa defectuosa, similar a lo que ocurre en el herpes zóster, aunque por otras causas (no por destrucción de la capa de mielina). Mientras que el herpes zóster tiende a afectar áreas más localizadas del cuerpo, la ciguatera suele tener efectos más sistémicos y violentos, impactando de manera más global al organismo.

Uno de los aspectos más desconcertantes de la ciguatera es que, meses o incluso años después del episodio agudo, los síntomas pueden reaparecer de forma súbita, a menudo tras ingerir ciertos alimentos como pescado, pollo o nueces, incluso si estos alimentos no contienen ciguatoxinas.

Esta reagudización, que puede ser tan intensa como la crisis original, desconcierta a médicos y pacientes. No se trata de una recaída en el sentido clásico, porque no hay una nueva entrada de toxina al cuerpo. No hay una segunda dosis. Lo único que hay es una repetición de los síntomas.

También en esto se parece al herpes zóster: un episodio inicial, y una reagudización sintomática meses o años después. Es inevitable que se nos aparezca la pregunta: ¿quién produce esta segunda ola? Si no hay toxina, ¿de dónde vienen los síntomas?

Una teoría propone que la ciguatoxina pudiera quedar almacenada en el tejido graso del cuerpo, y liberarse después, en determinadas condiciones. Esta idea tiene cierto atractivo porque permite mantener el modelo lineal: si hay síntomas, debe haber toxina.

Además, esta teoría es comparable a la explicación de la reagudización del herpes zóster, donde se cree que el virus permanece "escondido" en el cuerpo y se reactiva cuando el sistema inmunitario está debilitado. Pero esta explicación no se puede aplicar al caso de la ciguatera. La lógica "antropomorfista" del virus (la creencia de que puede dormirse o esconderse y reactivarse al visualizar una oportunidad) es menos aparente en una toxina, porque si bien la gente tiende a ver el virus como un ser vivo (aunque no lo sea), una sustancia, por definición, carece de vida.

Otra teoría, más plausible, propone que la exposición inicial a la toxina sensibiliza al sistema inmune, que queda en estado de alerta frente a cualquier sustancia similar. Ya encontramos este fenómeno unos capítulos atrás. Es el *mimetismo molecular*: ciertas proteínas inocuas (por ejemplo, algunas de la nuez o la carne de pollo) contienen secuencias péptidas lo suficientemente homólogas a las de la ciguatoxina como para que el sistema inmunitario las confunda, provocando una respuesta similar a la que ocurrió durante la intoxicación. Este mimetismo molecular podría explicar por qué alimentos que no contienen toxinas pueden desencadenar una reagudización de los síntomas.

Es decir: el sistema inmune queda sensibilizado, y ataca proteínas que se parecen a las de las toxinas. Si el sistema inmune no estuviera sensibilizado (por ejemplo, en alguien que no padeció nunca ciguatera), no se activaría ante esas mismas proteínas. Al mismo tiempo, si se ingieren proteínas no tan parecidas a las de las toxinas, el sistema inmune no se activa, aun en las personas que tuvieron ciguatera.

En resumen, la primera teoría asume que en la reagudización los síntomas son producidos por la toxina, y las proteínas de pollo de alguna manera liberan la toxina que estaba acumulada. La segunda teoría asume que en la reagudización los síntomas son producidos por el sistema inmune. Esta reactivación se produce porque el sistema inmune confunde a las proteínas del pollo con las de la ciguatoxina.

Esta última es la más aceptada, pero esconde una proposición revolucionaria: los síntomas son provocados por el sistema inmune. La reagudización solo es posible si los síntomas son producidos por la respuesta del cuerpo para contrarrestar la toxina.

Pero, además, ¡atención! La lógica nos dice que si los síntomas de la intoxicación son los mismos que los de la reagudización, deben tener la misma causa. Es decir, que en ambos casos (no solo en la reagudización, sino también en la intoxicación inicial) los síntomas deberían ser producidos por el sistema inmune. La primera vez, para contrarrestar la ciguatoxina. La segunda vez, porque el cuerpo predice la posibilidad inminente de una nueva ciguatera.

Vamos a ser claros, a riesgo de sonar repetitivos: estamos afirmando que los síntomas de la ciguatera son causados por el sistema inmune, y no por la toxina, *incluso en la primera intoxicación*.

Negar esta afirmación dejaría solo una explicación posible: en la primera intoxicación la toxina altera la transmisión nerviosa, lo que genera síntomas; en la reactivación por comer pollo *sin toxina*, el sistema inmune reproduce los daños que causó la toxina aquella primera vez. Pero esta explicación me parece irracional. ¿Por qué reproduciría el sistema inmune los estragos generados antiguamente por un patógeno?

El análisis de la ciguatera nos deja una intuición poderosa: cuando los síntomas reaparecen sin que el agente causal esté presente, entonces los síntomas no pueden ser causados por el agente. En esos casos, es el cuerpo el que los produce. De hecho, la hipótesis del mimetismo molecular solo puede sostenerse si aceptamos que el causante de los síntomas es el sistema inmune. De acuerdo con mi hipótesis, este fenómeno sería un ejemplo de mecanismo de protección sensibilizado.

La intuición que deja la ciguatera puede trasladarse al caso del herpes zóster. Si allí los síntomas reaparecen sin toxina, ¿podría suceder algo similar con el virus? La neuralgia postherpética, ese dolor que persiste o regresa mucho después de la erupción cutánea, plantea exactamente esa pregunta. ¿Qué lo causa? ¿Por qué duele, si la piel está intacta, si no hay sarpullido, si el episodio agudo ya pasó?

Tradicionalmente, se sostiene que, tras una primera manifestación, el virus queda “latente” en el cuerpo, alojado en algún ganglio nervioso. Y que en ciertas circunstancias —estrés, inmunodepresión, cansancio extremo— puede “despertar” y volver a causar síntomas.

Pero ya dijimos que un virus no piensa, no planifica, no decide, ni está vivo. Entonces, ¿qué significa exactamente que esté latente?

Hay dos grandes posibilidades. Una es que el virus queda completamente inactivo, escondido en un rincón del sistema nervioso donde las defensas del cuerpo no lo pueden alcanzar. No porque se esté “escondiendo”, sino porque ese rincón no tiene buena circulación. Y donde no hay sangre, no hay glóbulos blancos. El virus no se esconde. Simplemente *cae* en una zona ciega del cuerpo. No está oculto porque lo decida, sino porque de casualidad cayó en un lugar donde no puede ser visto.

La otra posibilidad es más inquietante. Es que el virus nunca se detenga del todo. Que se siga replicando, muy lentamente, de forma controlada, en una zona específica. Y que el sistema inmune, ocupado con otras tareas, logre contenerlo pero no destruirlo.

Pero aquí aparece un dato disonante. Durante la primera aparición del herpes zóster, el tratamiento con antivirales —como el aciclovir— suele ser eficaz para reducir la duración y la intensidad del episodio, pero en los casos de reactivación y de neuralgia postherpética —cuando el dolor persiste o regresa sin que haya erupción— el antiviral no tiene ningún efecto. Ni mejora el cuadro, ni lo modifica. (Uscategui et al., 2008)

Esto sugiere algo muy claro: ya no hay virus. Porque si el antiviral no funciona, es porque no hay una replicación viral activa que interrumpir. Entonces, ¿qué es lo que está produciendo los síntomas?

Aquí volvemos al modelo propuesto en la ciguatera. La teoría de que los síntomas recurrentes de la ciguatera son causados por una sensibilización del sistema inmune puede extrapolarse al herpes-zoster y la neuralgia postherpética: los síntomas recurrentes pueden no ser causados por la presencia continua del virus o la toxina, sino por una respuesta inmune exagerada.

La idea de que los síntomas postherpéticos no son producidos por el virus, sino por la respuesta del cuerpo que intentó combatirlo, cambia toda la lógica. Lo que hay no es latencia viral, sino latencia inmunológica. No hay enemigo escondido: hay un recuerdo defensivo que se activa ante ciertos contextos. Lo que se reactiva no es el virus, sino los mecanismos de defensa. La inflamación no es causada por la invasión, sino por la predicción. El síntoma es una sombra de lo que fue, ejecutada por un sistema que prefiere exagerar antes que fallar.

Imaginemos que toda la hipótesis que venimos construyendo fuera cierta. Que el cuerpo puede producir síntomas sin que el patógeno esté presente. Que la respuesta puede activarse no por la amenaza real, sino por la anticipación de esa amenaza. Si esto fuera así, podría existir alguna enfermedad en la que el sistema inmune ataque y destruya la capa de mielina de los nervios. Y efectivamente, esa enfermedad existe. Se llama síndrome de Guillain-Barré.

El síndrome de Guillain-Barré es una enfermedad neurológica poco frecuente, pero bien documentada. Su forma más conocida, la polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda, se caracteriza por el hecho de que el sistema inmune ataca los nervios periféricos, en particular su capa de mielina. Esa capa actúa como aislante, permitiendo una conducción eléctrica eficiente. Al dañarse, las señales nerviosas se enlentecen o se interrumpen por completo.

La causa exacta se desconoce, pero en más del 70% de los casos el Guillain-Barré aparece días o semanas después de alguna infección. Las más frecuentes son respiratorias o gastrointestinales: *Campylobacter jejuni* —una bacteria común en carnes mal cocidas—, *Mycoplasma pneumoniae*, Citomegalovirus, Epstein-Barr, virus de la influenza, Zika, HIV, y más recientemente, COVID-19. También se ha documentado como reacción secundaria a ciertas cirugías o vacunas.

La explicación más aceptada del síndrome de Guillén-Barré es —otra vez— la del mimetismo molecular. Algunas proteínas de los virus o bacterias comparten segmentos estructurales con proteínas del cuerpo humano. En particular, en el caso del Guillain-Barré, se ha observado que ciertos fragmentos de *Campylobacter jejuni* son similares

a componentes de la mielina periférica. Cuando el sistema inmune se activa para atacar a la bacteria, puede confundir esos fragmentos con los del cuerpo. Una vez aniquilada la infección, sigue con el cuerpo propio sin darse cuenta, pensando que sigue luchando contra la bacteria.

En lenguaje inmunológico, esto significa que las células T y B autorreactivas son activadas por error, y que lo que está concebido como una respuesta defensiva termina siendo un ataque contra estructuras propias.

El Guillain-Barré es una confirmación explícita de lo que en los casos anteriores —herpes zóster, ciguatera— era una conjetura. Aquí no hay duda: los síntomas no los produce un patógeno. Es un daño colateral de la defensa.

No es un virus quien destruye la capa de mielina. La destruye el sistema inmune.

Una hipótesis aún más ambiciosa

Después del herpes zóster, la ciguatera y el síndrome de Guillain-Barré, podríamos pensar que ya no queda mucho más margen para la sorpresa. Pero toda hipótesis, cuando empieza a cerrar de forma coherente, tiene el poder de volverse ambiciosa. Así que avancemos un paso más. Si el sistema inmune puede generar síntomas sin agente tóxico, y si puede perpetuar un dolor sin que haya daño, quizás no sea tan disparatado pensar que también puede ejecutar un cuadro completo de enfermedad sin que haya invasor alguno. Esta vez no hablamos de virus ocultos ni toxinas acumuladas, sino de algo aún más radical: síntomas que aparecen no por infección, sino por predicción.

Por ejemplo, ¿y si los síntomas del resfriado no fueran causados directamente por el virus, sino por el sistema inmune? Y más aún: ¿y si a veces (no siempre: a veces) ni siquiera hubiera virus? ¿Y si el cuerpo ejecutara toda la coreografía del resfriado sin que haya un patógeno real, solo porque interpreta que podría haberlo?

El resfriado común —esa mezcla de congestión nasal, estornudos, secreción nasal, malestar difuso y decaimiento— suele atribuirse al rinovirus. Se dice que el virus ingresa por la mucosa nasal, se reproduce, genera inflamación local, congestiona, y desencadena toda la cadena de síntomas. Sin embargo, hay un fenómeno que llama la atención desde hace generaciones: el frío como desencadenante. Lo decían nuestras abuelas, lo vemos en los cambios de estación, lo notamos cuando andamos con los pies mojados. Cuando un adolescente amanece un día con congestión nasal y tos, la madre enseguida le reprocha: “Eso te pasa porque anoche saliste desabrigado”. Sin embargo, el frío no es un virus. ¿Por qué entonces se produce la misma sintomatología?

La explicación vulgar es que el frío debilita el sistema inmune, y entonces el virus tiene más facilidad para inmiscuirse en el organismo (ah, pero hay quien dice que el frío fortalece el sistema inmune, y es por eso que mucha gente anda metiéndose en barriles llenos de hielo). Otra explicación, favorecida por los médicos, que empezó a aparecer en los últimos años en los periódicos y redes sociales, es que, a medida que las temperaturas invernales bajan, las posibilidades de propagar un virus respiratorio aumentan porque se pasa más tiempo en espacios cerrados con otras personas. Lo cual implica la idea insólita de que para prevenir resfríos conviene salir al aire libre aunque estés desabrigado, antes que quedarte en casa delante de la estufa con tu familia.

Otra explicación, más radical, es que el frío se parece lo suficiente a una infección como para desencadenar la

respuesta inmune, incluso en ausencia de infección real. El epitelio nasal, al enfriarse, puede generar señales locales similares a las que se producen en una infección viral. Cambios en la viscosidad del moco, en la motilidad ciliar, en la vascularización de la mucosa. Estas señales pueden ser interpretadas por el sistema inmune como signos tempranos de una agresión viral, y entonces —por las dudas— el cuerpo lanza la artillería pesada: inflamación, congestión, moco, cansancio.

En otras palabras: que el cuerpo predice que vendrá un virus, y activa sus defensas antes de que el virus llegue —o incluso sin que llegue nunca.

Es la lógica de la predicción. El cuerpo no espera a que el enemigo se confirme. Si las condiciones se parecen lo suficiente, actúa como si la amenaza ya estuviera en curso. Desde un punto de vista evolutivo, el costo de reaccionar en falso es menor que el de no reaccionar cuando hace falta¹⁷.

Este razonamiento permite explicar que podemos experimentar congestión nasal cuando se nos enfrían los pies. No hay ningún virus en los pies, pero la señal de frío activa reflejos vegetativos que alteran la circulación periférica y, eventualmente, modifican la vasodilatación en la mucosa nasal. Es un reflejo de defensa global.

Desde esta perspectiva, el resfriado podría no siempre ser una infección vírica. A veces es una simple representación interna de la infección. Un simulacro fisiológico, ejecutado como si ya estuviéramos enfermos.

Si esto fuera cierto, el resfriado (o al menos algunas instancias de resfriado) no sería tanto una enfermedad como una estrategia preventiva. El cuerpo genera síntomas no porque esté invadido, sino porque quiere evitar la invasión.

Así como en la ciguatera los síntomas se reactivan sin toxina, y en el herpes zóster sin virus, en el resfriado podrían presentarse sin rinovirus. El cuerpo, que aprendió a leer ciertos contextos como precursores de infección, responde incluso en su ausencia, como una alarma activada por experiencia previa.

Lo que estoy diciendo, o tratando de decir, es que los síntomas no son provocados por el virus en sí. O al menos, no directamente. O mejor dicho: los síntomas que atribuimos a estar enfermos muchas veces son el resultado de una respuesta del sistema inmune. Y el sistema inmune *predice*. Es decir: no solo responde a lo que ya ocurrió sino que se anticipa, hace conjeturas fisiológicas, reacciona antes de que el peligro se materialice del todo.

Y esto implica que algunas enfermedades pueden ocurrir sin que el patógeno esté presente. No todas. Algunas. Algunas instancias de resfriado (también otras enfermedades, pero quedémonos con el resfriado por ahora) podrían ser producidas sin virus.

Lo cual no significa que *todos* los resfriados ocurran sin virus. Ni siquiera que la mayoría lo sean. Es más: ni siquiera estoy del todo seguro de cuántos. Probablemente sean pocos. Quizás poquísimos.

¿Pero dónde se produce esa predicción? ¿En los leucocitos? ¿Qué órgano del sistema inmune es el que predice? Para aclarar ese punto, recordemos ese fenómeno que ya nos había llamado la atención: la reaparición, en la ciguatera, de un dolor antiguo.

Una explicación posible es que el dolor funciona como una alarma con capacidad de sensibilización. Cuando

¹⁷ Esta hipótesis no está muy lejos del mimetismo molecular. Mantiene la idea del mimetismo, pero no la de que sea molecular, que es una concepción reduccionista. Podríamos llamarlo “mimetismo ecosistémico”.

uno se fractura un hueso, se activa una señal que indica no mover esa pierna porque está debilitada y hay riesgo de una rotura mayor. Una vez recuperada la pierna, la alarma se desactiva. Sin embargo, por haber sido activada, queda sensibilizada, lo que quiere decir que tiene más probabilidades de ser desencadenada. Cuando uno contrae ciguatera, se activan múltiples alarmas (dolores) distribuidas por todos los rincones del cuerpo, pero las que ya estaban sensibilizadas tienen más probabilidades de reactivarse. Tiempo después, si uno come pollo, el cuerpo predice peligro y vuelve a activar esa misma alarma, por precaución.

¿Se entiende el desconcierto provocado por esa selectividad retrospectiva del dolor? Alguien que se fracturó una rodilla a los quince años puede, tras intoxicarse con ciguatera a los cincuenta, volver a sentir exactamente el mismo dolor en la misma rodilla. El hueso no está roto, no hay daño nuevo, pero el cuerpo reproduce la experiencia del dolor como si todo volviera a ocurrir.

La pregunta es inevitable: ¿dónde estaba guardado ese dolor?

Pareciera que hay dolores que se curan, pero que permanecen de algún modo grabados en el cuerpo. A alguien le dolía la rodilla en la adolescencia; treinta años después contrae ciguatera y vuelve exactamente el mismo dolor. ¿Cómo puede ser? Aquí no se puede afirmar que el dolor queda latente, escondido, esperando un descuido para volver a mostrarse. Si no aceptamos el antropomorfismo para la ciguatoxina, menos podríamos tolerarlo para el dolor.

Analícemos. En la adolescencia hubo una fractura, y por eso dolía. Con la ciguatera reaparece ese mismo dolor, pero no hay ningún hueso roto. Ahora bien, sabemos que la ciguatera afecta solamente el sistema nervioso. Por tanto, el dolor está grabado en el sistema nervioso.

Pero atención, que hay un dato más: no cualquier dolor reaparece. A uno le duelen muchas cosas a lo largo de la vida: se golpea, hace malos movimientos, se lastima. Todos esos dolores no vuelven con la intoxicación. Lo que regresa son los dolores que dejaron una huella: fracturas significativas, lesiones profundas, dolores crónicos o aquellos cargados de carga afectiva. Lo que se reactiva no es la fractura, sino la memoria sensorial del evento, como si la red neuronal que una vez codificó ese dolor pudiera reactivarse por vías nuevas.

Y aquí nos atrevemos a repetir la misma extrapolación de antes: si el dolor se repite exactamente igual, quiere decir que aquel primer dolor, el de la fractura, no estaba provocado directamente por el daño en el hueso, sino por el sistema nervioso.

¿Y por qué se repite incluso una vez que pasó la intoxicación? Se supone que los síntomas de la ciguatera se deben a que la toxina destruye el aislamiento de los nervios, provocando una circulación bioeléctrica deficiente. Una vez pasada la intoxicación, los síntomas suelen desaparecer, lo que implica que el sistema nervioso se reconstruyó. A pesar de esto, basta con comer nueces para que los síntomas reaparezcan, aunque el daño que pudiera haber causado la ciguatera originalmente ya esté reparado. Eso sugiere que los síntomas no pueden haber sido consecuencia del daño original a los nervios. Los síntomas son independientes del estado de los nervios. Es el sistema inmune el que los genera al interpretar una amenaza.

Esto confirma una intuición que atraviesa toda la fisiología: que el sistema nervioso no solo transmite información en tiempo real, sino que conserva patrones de respuesta, moldes de experiencia, rutas ya transitadas que pueden reactivarse. A veces basta con una sustancia similar, o una situación que remita al evento original, para que el cuerpo reproduzca una vieja respuesta.

El dolor, entonces, no siempre señala un daño reciente. A veces es la repetición física de una experiencia pasada. Es como una alarma que se enciende de nuevo, no porque algo se haya roto ahora, sino porque se rompió en otro momento y la situación actual se le parece lo suficiente. La red neuronal quedó marcada por aquel suceso y, al encontrarse con un contexto semejante, vuelve a activarse. Si se me permite el atrevimiento, a este fenómeno podríamos llamarlo, *mimetismo situacional*.

No es mi intención exhibir este caso como argumento de que TODOS los síntomas son mecanismos de protección. Existen muchos otros casos en los que los síntomas son claramente causados por fallas o lesiones estructurales. Un déficit motor producido por una hernia de disco, por ejemplo, es un síntoma causado por un daño mecánico, no por una predicción fisiológica. Menciono el caso de la ciguatera como una curiosidad, pero sobre todo porque creo que estudiando sus mecanismos fisiológicos podemos aprender mucho sobre el sistema inmune.

Que la sintomatología del herpes-zoster (y del resfriado!) sea producida por el sistema inmune y no por el virus es pura especulación. Es una hipótesis que debería ser investigada y confirmada o refutada. De todas maneras, no olvidemos que la idea contraria —que los síntomas son generados directamente por el virus— también es una hipótesis que aún no ha podido ser demostrada de forma concluyente.

Vamos ahora a darle otra vuelta de tuerca. Lo que en algunos casos parecía un fallo puntual del sistema inmune —una alarma activada sin peligro, una reacción frente a una sustancia ausente—, en otros se ha convertido en un campo clínico formalmente reconocido. Las alergias y las enfermedades autoinmunes son, en el fondo, distintas modulaciones de un mismo principio: una hipersensibilización del sistema defensivo.

Hay dos criterios para diferenciarlas. El primero es que en las alergias el sistema inmune ataca a alérgenos que, si bien son inocuos, provienen del exterior, mientras que en las autoinmunes el sistema inmune ataca a células del propio organismo. El segundo criterio es que las enfermedades autoinmunes generan un daño persistente, mientras que las alergias provocan una disfunción transitoria, que dura mientras dure el ataque de alergia.

Ahora bien, existen patologías que cumplen solo uno de estos criterios, por lo que no pueden clasificarse claramente ni como alergias ni como autoinmunes, aunque pertenezcan a un grupo muy parecido. La celiaquía es un buen ejemplo. El sistema inmune reacciona contra el gluten, una proteína externa e inocua. Esto parecería ubicarla dentro del campo de las alergias. Pero al hacerlo, destruye tejido intestinal, generando un daño persistente, como ocurre en las enfermedades autoinmunes. Por el primer criterio, podría considerarse una alergia; por el otro, una autoinmune. Algunos autores la clasifican como una alergia, otros como una autoinmune, pero también hay quienes opinan que no es ninguna de las dos.

Lo indiscutible es que el daño que se produce es un efecto colateral del ataque al gluten, pero no se la considera un autoinmune porque el sistema inmune no está atacando un tejido propio, y, por tanto, se puede establecer una estrategia para evitarla (evitar el consumo del gluten). Por regla general, las condiciones autoinmunes no permiten estrategias de evitación.

La teoría más aceptada es que todas estas afecciones comparten un mismo mecanismo: el sistema inmune no distingue con precisión entre una amenaza real y otra que se le parece. Por eso, a veces, el daño no lo produce el invasor, sino la protección misma. La hipótesis del mimetismo molecular propone que tanto las alergias como las enfermedades autoinmunes se originan por fallos en la selección de linfocitos B y T. En teoría, estos deberían ser

entrenados para distinguir lo propio de lo ajeno¹⁸. Si ese entrenamiento falla, quedan algunos linfocitos "rebeldes" que reaccionan ante sustancias inocuas o tejidos del cuerpo.

Pero ya dijimos que esta visión nos resultaba sospechosa. Vamos a agregar otro argumento a nuestra crítica. Decíamos que algunas personas alérgicas pueden tener reacciones reales al ver u oler una rosa, incluso si es de plástico. No hay ningún alérgeno presente, pero el cuerpo reacciona igual.

Si esto de la rosa de plástico suena exagerado o demasiado lejano (¿quién ha visto últimamente alguna rosa de plástico?), puedo dar un ejemplo más cercano. Mi hijo, hace muchos años, se intoxicó comiendo rabas, y vomitó ahí mismo, en el restaurante. Luego de ese episodio, durante muchos años, cada vez que veía rabas sentía náuseas. Si salíamos a cenar, nadie en la mesa podía pedir rabas.

Este tipo de reacción no puede explicarse por mimetismo molecular ni desde una inmunología periférica. No es un linfocito confundido el que provoca el síntoma: es el sistema nervioso central. Es decir, el cerebro puede activar el sistema inmune a partir de una interpretación. Si eso es cierto —y todo indica que lo es—, entonces las alergias, y quizás también las autoinmunes, no son simples errores del sistema inmune periférico, sino fallos cognitivos¹⁹.

Esta idea, que podría parecer provocadora o metafórica, fue formulada con notable claridad hace casi un siglo por Aleksandr Speransky. En su obra *Bases Para Una Teoría de la Medicina*, propuso que el sistema nervioso no solo regula funciones, sino que también ejerce una influencia trófica sobre los tejidos: puede nutrirlos, alterarlos, destruirlos o curarlos según la calidad de sus conexiones y la lógica de sus estímulos. Para Speransky, la patología no comienza en el daño, sino en la distorsión de la información²⁰.

La hipótesis del mimetismo molecular como causa de autoinmunes o alergias implica una asunción radical: que las células del sistema inmune actúan de forma autónoma, que no hay un organismo centralizado de control, que bastan unos pocos linfocitos T o B fallados para que se desate una catástrofe, porque no hay un mecanismo de control de nivel superior. ¿Será posible? ¿Es posible que un sistema tan complejo, tan organizado, funcione en el fondo de forma anárquica? Me parece poco probable. Mi hipótesis es que sí existe un sistema de nivel superior que controla, regula y orienta al sistema inmune, y no puede ser otro que el sistema nervioso central.

Podemos sumar otro argumento a nuestra especulación: el bótox disminuye la frecuencia, duración y gravedad de los episodios dolorosos en la neuralgia post-herpética (Ding et al., 2017; Park & Park, 2017). Ahora bien, la toxina botulínica actúa bloqueando la liberación de acetilcolina en la sinapsis neuromuscular, inhibiendo así la transmisión del impulso nervioso. Si el bótox es efectivo para eliminar los síntomas, no es porque ataque al virus ni porque restituya la capa de mielina. ¿Por qué entonces? Una explicación posible es que bloquea una señal nerviosa, sea una señal aferente (cualquier sensación proveniente de la zona que desencadena una respuesta), o una señal

¹⁸ Hay una vieja disputa filosófica acerca de dónde termina el yo y dónde empieza el mundo exterior o, lo que es lo mismo, cómo diferenciar entre el yo y el no yo. Descartes y Merleau-Ponty, por ejemplo, muestran posturas opuestas. Pero más que ningún filósofo, el que decide qué es yo y qué es no yo es el sistema inmune.

¹⁹ ¿Dije ya que Francisco Varela considera al sistema inmune como un tipo de cognición?

²⁰ ¿Ya se activó en tu cabeza la conexión de esta idea con la ley de la arteria? Sí, Speransky repite un poco lo que ya decían Still y Hulett. Lo traemos porque sus ideas son conclusiones de investigaciones científicas que incluyen cirugías encefálicas, inoculaciones de diversos virus y respuestas de varias enfermedades a distintas sustancias, y no "meramente" filosóficas. Speransky no era osteópata, sino neurólogo. Era, de hecho, el discípulo más brillante de Pavlov. Si se quiere, Speransky provee la comprobación científica de la ley de la arteria (o al menos de su parte nerviosa).

eferente (la que proviene del sistema nervioso central para proteger la zona).

Desde esa perspectiva, el cerebro no es solo una central de mando, sino un centro de interpretación. Elabora hipótesis sobre el entorno, anticipa riesgos, decide respuestas. Y, como toda predicción, puede fallar. Pero lo decisivo es que no espera pasivamente. El cuerpo se anticipa, y esa anticipación tiene efectos.

En ese sentido, el algoritmo de la sensibilización de las alergias quizás sea también el de las autoinmunes. Solo cambian los blancos, que en un caso es una proteína externa y en el otro, un tejido propio.

Así, el sistema inmunitario ya no puede pensarse como un simple conjunto de receptores moleculares que reaccionan a sustancias concretas. Es más acertado imaginarlo como un algoritmo sensible que ajusta sus respuestas en función de factores perceptivos, experienciales y simbólicos. Lo que activa una inflamación no siempre es un germen, ni siquiera una molécula. A veces es una señal nerviosa, una imagen, un recuerdo, una predicción. El cuerpo actúa como si supiera lo que está por ocurrir, y en ocasiones actúa incluso sin que nada ocurra realmente.

Lo que hemos recorrido hasta aquí podría parecer una paradoja: que el síntoma persista sin causa, que el cuerpo reaccione ante lo que no está, que la defensa se despliegue incluso sin enemigo. Pero si algo deja claro esta serie de fenómenos —desde la ciguatera hasta el resfriado, desde la neuralgia hasta la alergia— es que el cuerpo no actúa porque haya algo, sino porque *crea* que hay algo.

No todos los síntomas exigen la presencia de un agresor. Algunos emergen como predicciones que se autoejecutan, como respuestas a señales mínimas o ambiguas, como reflejos de una memoria fisiológica que no necesita confirmar para actuar. Otros son defensas mal dirigidas: se despliegan con la intensidad y la coordinación de un ejército entrenado, pero apuntan a un blanco equivocado. Y otros, simplemente, son expresiones de un cuerpo que intenta protegerse, aun cuando se equivoca en el cómo o en el cuándo.

La medicina tradicional suele tratarlos como errores. Nosotros preferimos llamarlos estrategias, porque incluso cuando parecen absurdos o desproporcionados, los síntomas no son gestos vacíos. Tienen forma, tienen dirección, tienen intención. No aparecen porque sí: responden a una historia, a un algoritmo interno, a una lectura del mundo.

Por eso, frente al síntoma, la pregunta no debería ser cómo suprimirlo, sino por qué aparece. Qué está intentando evitar. Qué riesgo quiere señalar. Qué historia corporal está repitiendo o corrigiendo. El síntoma tiene sentido incluso cuando se equivoca, porque su error no es arbitrario.

Esa es, quizás, la verdadera tarea clínica: no silenciar al cuerpo, sino escucharlo. No corregir lo que no entendemos, sino comprender lo que el cuerpo intenta hacer.

Conclusión

Hemos recorrido un territorio poco explorado. En lugar de suponer que el síntoma es un enemigo a eliminar, lo hemos observado como una expresión del cuerpo en lucha, en reparación, o incluso en estado de alerta. Un síntoma no es, necesariamente, la enfermedad. A menudo es la solución que el cuerpo está intentando implementar para

neutralizar una amenaza o sanar una herida.

La fiebre, la inflamación, la congestión, la tos, el dolor: todos ellos tienen —o pueden tener— una lógica fisiológica precisa y funcional. No son errores del organismo, sino estrategias. No son lo que anda mal, sino algo que anda bien.

Incluso en los casos más desconcertantes —como la ciguatera recidivante, la neuralgia post-herpética o ciertas autoinmunes—, los síntomas pueden interpretarse como respuestas vehementes de un sistema destinado a protegernos.

Lo que aquí proponemos, entonces, no es simplemente cambiar los papeles —ver al síntoma no como enemigo, sino como aliado—. Lo que proponemos es cambiar la perspectiva desde la cual se lo mira. No preguntar “cómo lo callo”, sino “qué está tratando de decirme”.

El osteópata, a diferencia de otras figuras clínicas, no intenta apagar la alarma. La escucha. Honra el síntoma. Y, a través de él, busca aquello que el cuerpo está intentando resolver por sí solo.

Si los síntomas cumplen una función, debemos preguntarnos por qué seguimos viéndolos como enemigos. ¿De dónde viene esa idea y por qué se mantiene incluso cuando la razón nos dice lo contrario?

La lógica que usamos es torpe. Pensemos en un coche: si se enciende la luz y suena la alarma que avisa que falta combustible, lo que hacemos es ir a cargar. Nadie sensato trataría de apagar la luz y silenciar el pitido sin poner gasolina. Sería ridículo. Sin embargo, con el cuerpo hacemos exactamente eso: intentamos callar la señal en lugar de atender lo que la produce. ¿Por qué?

Esa pregunta nos obliga a revisar cómo pensamos la causalidad y cómo interpretamos efectos que no comprendemos. Es ahí donde aparecen (perdón, pero soy adicto a inventar neologismos de raíces griegas) las distorsiones noetiológicas.

3 Distorsiones noetiológicas

Hemos visto que el síntoma no siempre es un error. Sin embargo, la concepción actual de salud tiende a verlo como tal. Esa interpretación está mediada por errores cognitivos sobre las relaciones de causa y efecto.

La noetiología (neologismo que propongo, del griego *noesis*, comprensión, y *aitia*, causa) no se ocuparía de las causas de las enfermedades, sino de las formas en que pensamos esas causas. Estudiaría cómo las construimos, cómo las intuimos, cómo las clasificamos y —sobre todo— cómo las malinterpretamos. No sería una rama de la biología, sino de la metaepistemología médica. En tiempos de hiperabundancia de información y de estrategias de salud automatizadas, sería una disciplina más que necesaria.

Este capítulo no trata sobre virus, ni sobre lesiones, ni sobre agentes carcinógenos. Trata sobre ideas. Sobre los atajos mentales que tomamos cuando nos duele la cabeza, nos torcemos un tobillo o estamos enfermos; sobre los errores de razonamiento que organizan nuestras decisiones clínicas, y sobre los equívocos culturales que nos hacen atribuir causas donde no las hay, o minimizar efectos que deberían preocuparnos.

Aquí hablaremos de distorsiones noetiológicas: desvíos lógicos en nuestra comprensión de la causalidad clínica. Algunas son falacias formales, otras son sesgos cognitivos, y muchas son herencias culturales que se han vuelto invisibles por repetición.

La inspiración para este capítulo proviene, en parte, del trabajo de Randolph Nesse. En sus libros *Why We Get Sick* y *Good Reasons for Bad Feelings*, Nesse presenta una idea central: que muchos errores clínicos provienen de una comprensión equivocada de los síntomas. Por ejemplo, la tendencia a interpretar los síntomas como enfermedades en sí mismas, y no como signos de procesos subyacentes. A este error lo llama VSAD (del inglés *View Symptoms As Diseases*, que traducimos como Confundir Síntomas Con Enfermedades), y lo considera una de las causas principales del tratamiento sintomático innecesario o contraproducente.

Pero el Confundir Síntomas Con Enfermedades es solo una de las muchas formas en que se pueden confundir causas y efectos. En este capítulo, exploraremos una clasificación más amplia, distinguiendo entre dos grandes grupos de distorsiones:

Distorsiones de causas: errores en la atribución del origen del problema. Aquí encontraremos, entre otras, la confusión de síntomas con enfermedades, la interpretación de signos como causas, la medicalización de factores de riesgo, y la conocida "atribución fundamental" de Nesse, por la cual creemos que el problema está en el paciente más que en su contexto. Y el fenómeno donde convergen todas las anteriores: la medicación facilitada.

Distorsiones de efectos: errores en la forma de evaluar las consecuencias de nuestras intervenciones. Analizaremos cómo solemos minimizar los efectos adversos de los medicamentos pensando que son contingentes, cómo los consideramos eventos binarios (presentes o ausentes) cuando en realidad son funciones continuas, y cómo suponemos que, dado que es un efecto "secundario", también debe ser "insignificante".

De cada distorsión ofreceremos una definición, una hipótesis sobre su origen, ejemplos clínicos y

consecuencias prácticas.

Distorsiones de causas

Pensar la salud exige, en primer lugar, pensar las causas del malestar físico o emocional, pero esa operación no es tan simple como parece. Si bien estamos acostumbrados a hablar de “la etiología” de una enfermedad, rara vez nos preguntamos cómo deducimos esa causa, qué supuestos intervienen en esa deducción, y cuánto de cultura, de historia personal o de atajos mentales hay en esa forma de razonar.

Las distorsiones de causa —las noetiológicas propiamente dichas— no son errores de conocimiento, sino errores de razonamiento. O, más precisamente, errores en la forma en que atribuimos causalidad a lo que nos sucede. Pueden aparecer en médicos, en terapeutas, en publicistas, en personas corrientes. Son invisibles porque están normalizadas, pero tienen consecuencias clínicas, a veces graves. Este apartado explora cinco de las más frecuentes.

Atribución fundamental

Esta distorsión también fue planteada por Randolph Nesse: “La tendencia humana general a ignorar los efectos de las situaciones y atribuir problemas a características de los individuos es tan generalizada que los psicólogos sociales le dan un nombre: el error de atribución fundamental” (Nesse, *Why We Get Sick*).

En medicina, esta distorsión consiste en suponer que cualquier malestar es producto de un defecto interno, de un fallo biológico o de rasgos psicológicos inadecuados. Se pierden de vista las condiciones externas, sociales, laborales, vinculares. Se olvida que el cuerpo responde al mundo.

Así, se termina por patologizar la tristeza ante una pérdida, la ansiedad ante una situación precaria, el insomnio ante un entorno tóxico. El síntoma, que en realidad es a veces una reacción lógica y saludable al contexto, se interpreta como un trastorno interno.

Esta invisibilización del contexto social como agente causante del sufrimiento lleva a la medicalización de la vida y a la invasión farmacológica, dos conceptos desarrollados por Ivan Illich que veremos en detalle más adelante.

Confundir síntomas con enfermedades

La medicina clínica moderna nos deja como herencia un supuesto filosófico: dado que el diagnóstico

diferencial identifica la enfermedad basándose en los síntomas, parece que lo que define a la enfermedad son los síntomas. Pero esta correspondencia, que debería ser solo metodológica, se torna ontológica: suponemos que la enfermedad *es* ese conjunto de síntomas, y que, por tanto, si los síntomas desaparecen, la enfermedad también. El modelo biomédico nos hace equiparar enfermedad con sintomatología.

Este es el error que Nesse llama VSAD (*View Symptoms As Diseases*), que aquí traducimos como “Confundir Síntomas Con Enfermedades”.

La consecuencia inmediata es el tratamiento sintomático. Uno cree que la gripe es fiebre, dolor en el cuerpo y tos, y esto lleva a atacar la gripe intentando suprimir la fiebre, la inflamación o la tos. Si no hay síntomas, no hay enfermedad. Es muy sencillo: si la fiebre y tos me indican una gripe, desactivando la fiebre y la tos ya no hay más gripe.

Pero esas manifestaciones son casi siempre expresiones del intento del cuerpo por sanar. Anularlas no es curar, sino entorpecer la curación.

El principio autopoietico²¹ (el que suele expresarse diciendo que el cuerpo tiene capacidad de autocuración) implica la noción de que casi todo síntoma es un intento del cuerpo de volver a la salud. Casi todo síntoma es la expresión de un mecanismo de protección, de compensación o de reparación. A veces, este mecanismo es autónomo (fiebre, contractura muscular, diarrea), y a veces es una solicitud desde el sistema nervioso autónomo a la conciencia para que hagamos algo (dolor, miedo, ansiedad). Según esta idea, aliviar el síntoma es justamente lo contrario de lo que sería necesario para volver a la salud. El cuerpo está intentando hacer algo para curarse, y aplacando el síntoma lo obstaculizamos.

Entre los muchos malentendidos que adornan la ciencia biomédica se encuentra la peculiar obstinación por formular preguntas erradas. Erradas en tanto que su campo de reflexión está limitado por una lógica que excluye sistemáticamente el contexto, la génesis y el sentido profundo del síntoma. Se pregunta cómo calmar el dolor, cómo reducir la distensión intestinal, cómo silenciar la tos nocturna.

A veces la pregunta da un paso más y trata de ir a la causa. En vez de preguntar cómo calmar el síntoma, pregunta por qué ocurre, pero incluso entonces, algo falla, porque lo que suele llamarse “causa” en este contexto es en realidad solo una pieza más dentro de una cadena causal que ya viene de antes, y que se detiene justo antes del punto donde la pregunta se volvería incómoda o inabarcable.

Tomemos el caso de las úlceras gástricas, que —como tantas cosas— solían atribuirse al estrés, hasta que una bacteria, *Helicobacter pylori*, se robó el protagonismo. Desde entonces, el mundo clínico se enamoró perdidamente de esta explicación, en parte porque era concreta, cultivable en laboratorio y no exigía repensar el capitalismo tardío ni la infancia del paciente. Pero en ese caso se está hablando de la causa *proximal* y no la causa *distal*; no de la causa de la disfunción, sino de la causa del síntoma. La presencia de esta bacteria no explica nada si no nos preguntamos por qué ese ecosistema digestivo permitió su acción.

²¹ Autopoiesis: Concepto creado por Maturana y Varela (1972) que designa la capacidad de un sistema organizado (por ejemplo, un organismo) de realizar, transformar, sustituir, destruir, reparar y regenerar continuamente la red de estructuras y procesos que lo constituyen, creándose a sí mismo de manera continua, con el objeto de preservar su supervivencia, autonomía e identidad. La facultad de autopoiesis es lo que diferencia a un ser vivo de una entidad sin vida. (Ver Glosario al final del libro)

* * *

Una causa proximal es la causa inmediata previa al fenómeno (el disparo que mata al archiduque). Una causa distal es lo que puso en marcha la cadena completa (la lógica imperialista que convierte ese disparo en el pretexto para una guerra). En este caso, la causa distal de la úlcera podría ser una disbiosis previa, una alteración del eje hipotalámico, microtraumas afectivos de la infancia, decisiones dietéticas dictadas por el algoritmo de TikTok, un duelo mal digerido —en sentido literal o metafórico— o alguna combinación ilocalizable de todo eso. Como bien podría haber escrito Still, “La *Helicobacter pylori* mora en el estómago como un huésped pacífico, sin causar afrenta si el terreno está en ley. No es ella quien provoca la guerra, sino el desorden del hogar que la cobija. Cuando el estómago pierde su limpieza y su correcta irrigación, entonces esa criatura —antes inocua— responde al caos del entorno, y lo que llamamos úlcera no es su ataque, sino el fracaso del cuerpo en mantener el orden que lo sustentaba”.

La diferencia entre causa proximal y causa distal no es un tecnicismo: es la diferencia entre tratar un episodio y comprender una trayectoria. Es la diferencia entre apagar un incendio y preguntarse por el diseño urbano que lo hizo inevitable. En un mundo que premia la inmediatez y penaliza la ambigüedad, lo distal se vuelve sospechoso: implica hablar de vida cotidiana, de relaciones, de desigualdades, de memorias no procesadas. Es humano, demasiado humano.

Lo interesante es que si uno deja por un rato de pensar en términos de “mecanismo que falla” y empieza a pensar en términos de autopoiesis (es decir, la capacidad de un sistema de producir y reproducir sus propias condiciones de existencia), la pregunta cambia. Ya no se trata de localizar al culpable, sino de comprender la lógica de la respuesta: ¿por qué el cuerpo eligió ese síntoma, en ese momento, bajo esa forma? ¿Qué está defendiendo, compensando, modulando?

Sí, perdón. Después de ese fárrago demasiado abstracto, volvamos a lo cotidiano. Tal vez sea útil pensar el síntoma como un disyuntor eléctrico que salta una y otra vez, dejando a toda la casa en sombras. Lo cual, desde ya, no es solamente una molestia (no podemos calentar el café, ni ducharnos), sino —por ejemplo, si trabajamos desde casa— un auténtico problema.

Queremos que el disyuntor deje de activarse. Según esa comparación, la pregunta que suele hacerse la ciencia médica es: ¿cuál es la mejor manera de *puentear* el disyuntor para que no salte más?

Una pregunta mejor es: ¿por qué se activa el disyuntor? Incluso en este caso, no deberíamos contentarnos con respuestas del tipo: “se activa porque tiene un electroimán que separa los contactos de cobre”, porque eso tiende a generar remedios erróneos, por ejemplo, reemplazar el electroimán por un trozo de lata que, si bien permite que vuelva la luz y podamos trabajar, desbarata por completo la función principal del disyuntor.

La pregunta correcta es: ¿qué está intentando proteger el disyuntor? ¿Qué peligro predice que puede ser tan grave como para dejar sin electricidad a toda la casa? En ese caso, lo sensato sería buscar el cortocircuito en todo el cableado hogareño. Ni el diagnóstico ni el tratamiento deberían centrarse en el disyuntor, que es solo el síntoma y que *está funcionando bien*.

Lo turbador es que buena parte de la industria farmacéutica contemporánea se ha especializado no en

prevenir incendios, sino en diseñar formas más eficaces de quitarle la pila a la alarma. Los analgésicos anulan la alarma del dolor. Los ansiolíticos anulan la alarma de la ansiedad.

Y aunque esto puede parecer compasivo (¿quién quiere sufrir?), en realidad estamos frente a una estrategia que olvida que esos síntomas forman parte de un sistema de alarma que al cuerpo le tomó millones de años desarrollar.

Volvamos a un ejemplo clínico, pero ahondemos más en algunos detalles. Supongamos a alguien con infección (una bacteria) intestinal. Síntomas: fiebre, inflamación abdominal, diarrea. Todas estas son estrategias bélicas corporales: fiebre para inhibir la reproducción bacteriana, inflamación para llevar leucocitos al campo de batalla, diarrea para expulsar invasores y detritos. A este paciente se le recetan medicinas para los síntomas: un antipirético, un antiinflamatorio intestinal, un antidiarreico. Y el efecto puede ser catastrófico: sin fiebre, las bacterias pueden reproducirse normalmente; sin leucocitos, nadie las ataca; sin diarrea, nadie las expulsa. Por suerte, ninguna de estas medicinas es 100 % eficaz, y eso permite que el cuerpo mantenga algunos mecanismos activos entre dosis. Lo irónico es que muchos se ríen hoy de la medicina heroica del siglo XIX —la de las sangrías, el mercurio, los purgantes indiscriminados—, como si ese paradigma brutal hubiera quedado atrás, pero simplemente hemos cambiado el tipo de violencia: ahora es más aséptica, más administrada, más decorosa. Silenciamos síntomas en lugar de desalojar sangre o bilis, pero la lógica es la misma: tratar de eliminar lo evidente sin comprender lo subyacente.

Para justificar esas intervenciones, se suele decir que el cuerpo “exagera” sus respuestas. Que si hacen falta 20.000 fibroblastos para reparar un ligamento, el cuerpo envía 700.000 “por las dudas”, pero cualquiera que haya hojeado un libro de texto de fisiología sabe que el cuerpo no funciona así, que el organismo regula todos sus procesos de manera muy precisa, y que no despilfarra recursos.

Confundir signos con causas

A principios del siglo XX, en una remota región de África, la fiebre verde era una amenaza mortal. Quien la contraía tenía menos de 48 horas antes de que el desenlace fuera casi siempre fatal. Había, sin embargo, una cura: la quinina. Administrada a tiempo, el paciente sobrevivía. El problema era que la quinina era escasa, demasiado valiosa como para distribuirla indiscriminadamente. La única estrategia posible consistía en almacenarla en puntos clave y enviarla rápidamente a los puestos médicos cuando se detectaba un brote.

Todo dependía, entonces, de la rapidez con que esos brotes fueran identificados.

Y aquí entra en juego un descubrimiento peculiar. La fiebre verde era transmitida por una especie de mosquitos específica: los *aedes congolensis*. Estos mosquitos eran indistinguibles a simple vista de otros mosquitos. Solo bajo un microscopio se revelaba su particularidad: un patrón ocular que los diferenciaba. Pero lo verdaderamente interesante era otra cosa. Estos mosquitos tenían una extraña limitación visual: no podían reconocer bien ciertos colores.

* * *

Y esto resultó tener una consecuencia. Una especie de sapos, llamados poripus, se caracterizan por ser violetas, y la diferencia con el entorno los torna tan visibles que ningún mosquito se les acerca. Salvo los congolensis, que eran un tanto daltónicos. El resultado era un pequeño milagro ecológico. Los poripus se alimentaban casi exclusivamente de aedes congolensis. Y lo hacían en tal cantidad que su población crecía en paralelo a la de los mosquitos. Más mosquitos significaban más sapos violetas. Y más sapos violetas significaban un brote de fiebre verde en camino.

De ese hallazgo nació un protocolo sencillo: si en una zona aparecían sapos violetas, había que mandar a pedir quinina al centro de distribución. Los médicos de los puestos no conocían todos los detalles científicos. Para la mayoría, solo se trataba de una instrucción más en una lista interminable de reglas.

Pero un día sucedió algo. A uno de los puestos llegó desde Escocia un nuevo administrador, sir Andrew Whalldrobe, un médico indignado por los resultados mediocres de la organización, y decidido a demostrar eficacia. Cuando le dijeron que los sapos violetas eran señal de un brote inminente, sacó una conclusión lógica —o al menos parecía lógica—: si el sapo era el problema, había que eliminarlo. Reunió a los pobladores y organizó expediciones para exterminar sapos violetas.

El resultado fue catastrófico. A los pocos meses, su puesto sufrió el peor brote de fiebre verde de la historia local.

Es fácil juzgarlo con el diario del lunes. Él no tenía acceso a la investigación original y actuó con las piezas de información que tenía. Pero su error fue uno universal: confundir signos con causas. Y existen sistemas epistémicos que son especialmente vulnerables a él.

El modelo biomédico, por ejemplo, evalúa la salud de acuerdo con parámetros fisiológicos dentro de un rango de normalidad. Cuando un valor se aleja de ese rango —sea colesterol, serotonina, o densidad ósea—, se lo interpreta como “anormal”, y se actúa para modificarlo.

Pero muchas veces ese parámetro alterado no es la causa, sino la consecuencia de un proceso más complejo. Tratarlo como si fuera el origen de la enfermedad puede llevar a intervenciones desacertadas.

Esta distorsión proviene de una forma errónea de razonamiento que es tan común que hasta tiene un nombre: *cum hoc ergo propter hoc*. Es una falacia que se comete al inferir que dos o más eventos están conectados causalmente solo porque se presentan juntos. O, dicho con más precisión, consiste en inferir que existe una relación causal entre dos o más eventos por haberse observado una correlación estadística entre ellos. Suele resumirse mediante la frase «correlación no implica causalidad».

Dados dos eventos A y B, que exista una correlación estadística entre ambos puede indicar varias posibilidades: que A sea causa de B; que B sea causa de A; que ambos sean efectos de una causa común no identificada; o que su simultaneidad sea producto de una estructura causal más compleja y no lineal. Aun más, no puede descartarse que la relación observada carezca por completo de fundamento causal y se trate simplemente de una coincidencia estadística dentro de un universo de variables no controladas. Lo decisivo en este caso es que *ninguna* de estas posibilidades puede deducirse únicamente a partir de la correlación.

Sin embargo, el error de sir Whalldrobe no es tan inusitado. De vez en cuando aparece un estudio que encuentra una correlación entre dos variables. Los investigadores suelen advertir que la correlación no implica causalidad, pero pueden sugerir implementar alguna otra indagación para determinar si hay o no un vínculo causal.

Pero a veces la demostración o refutación no es tan sencilla, y entonces, si la relación persiste un tiempo suficiente sin poder determinar causalidad, puede suceder un efecto paradójico: la correlación, a fuerza de repetirse, comienza a solidificarse como si fuera causalidad.

Resulta que el inconsciente colectivo no soporta las correlaciones sin causalidad. La correlación a secas es epistémicamente inestable. Así que, tarde o temprano, la causalidad se fija de facto.

El nombre académico podría ser "evidencia por persistencia", pero vamos a llamarlo "efecto sapos violeta", que es más evocativo: la correlación se transforma en causalidad por saturación de co-referencialidad.

Llegados a ese estadio, decir que A es causa de B sigue siendo una falacia cum hoc ergo propter hoc, pero ya nadie lo recuerda, nadie lo denuncia y todo el mundo acepta la causalidad como válida.

Permítaseme ofrecer un ejemplo a la vez trillado y disparatado: imaginemos un universo paralelo. No uno completamente fantástico con dragones o física no-euclidiana, sino uno apenas desfasado, como una copia imperfecta de este mismo universo, pero en el que —detalle crucial— no se ha descubierto que la gripe está causada por un virus.

En ese universo —llamémoslo Universo B— un grupo de científicos serios decide investigar la causa y el tratamiento de la gripe. Y lo hacen científicamente: convocan a miles de pacientes con fiebre, dolores corporales y tos, ese conjunto de síntomas que llamamos “cuadro gripal”, y les hacen análisis de sangre. Y, ¡oh sorpresa!, descubren que la mayoría presenta una cantidad elevada de leucocitos, es decir, glóbulos blancos. A partir de esa correlación, infieren una causa: si los pacientes con gripe tienen muchos leucocitos, entonces debe ser que los leucocitos causan la gripe (efecto sapos violeta).

Y entonces, como tratamiento, prueban reducir los leucocitos. Les administran a los pacientes un inmunosupresor —pongamos un corticoide— y como resultado el dolor y la fiebre ceden. (Lo cual, visto desde nuestro universo A, no sorprende: acaban de bloquear la reacción inflamatoria del cuerpo.) Así, en el Universo B, el tratamiento estándar para la gripe pasa a ser uno que reduce la cantidad de leucocitos en sangre.

Ahora bien, nosotros —los habitantes del universo A— sabemos algo que ellos no: que la gripe es causada por un virus, y que los leucocitos se multiplican para combatirlo. Nos resulta razonable que alguien con gripe tenga más leucocitos en sangre. De hecho, en este universo, si un análisis revela leucocitos elevados, se asume que hay una infección, y se busca cuál es y dónde se aloja.

Y en nuestro universo, la idea de reducir los leucocitos para tratar la gripe nos parece absurda.

Y, sin embargo, eso es exactamente lo que hacemos en muchos otros cuadros clínicos. Cuando detectamos niveles elevados de colesterol, los reducimos. Cuando medimos serotonina baja, la aumentamos. Cuando hay demasiada adrenalina, dopamina o cortisol, intervenimos para corregir los niveles. Todo esto sin preguntarnos primero por qué el cuerpo está produciendo esas sustancias.

Seguramente, la principal causa de muerte allí, en ese otro universo descabellado, serían las enfermedades infecciosas, porque confunden signos con causas (¡Por supuesto! ¡Si a quienes tienen una infección se les administra un corticoide que bloquea la respuesta inmune!). Pero probablemente ellos también se reirían de nosotros porque bajamos el colesterol, por la cantidad de muertes por eventos cardiovasculares, o por la cantidad enorme de casos de cáncer o depresión. Y quizás piensen lo mismo de nosotros: que también confundimos signos con causas.

Quisiera mostrar que el escenario es un poco más complicado. Una de las contribuciones fundamentales de Claude Bernard fue el concepto del medio interno, o *milieu intérieur*. Ya hablaremos en detalle de este concepto y sus consecuencias. Por ahora, basta explicarlo someramente.

La idea básica es que todo ser vivo posee un medio interno que intenta mantener estable, y que las interacciones entre un organismo y su entorno se dan a través de ese medio interno. Es decir, el entorno afecta el medio interno, y el organismo responde de acuerdo con los cambios en ese medio, sin respuesta *directa* al influjo externo.

Fritjof Capra da un ejemplo muy ilustrativo. Si pateamos una piedra, esta se desplazará en el espacio según una trayectoria determinada por su masa, su posición y la fuerza con la que fue pateada. Podemos predecir su comportamiento. En cambio, si pateamos un perro, reaccionará de manera impredecible. Su respuesta depende de todas esas variables físicas, pero también del estado de su medio interno, que se fue modificando a lo largo de su historia, y está condicionado por variables lejanas. La misma patada provocará distintas reacciones en un perro que creció en una familia que lo quería y en otro perro que pasó los primeros años de su vida en la calle. "El ambiente únicamente desencadena los cambios estructurales, no los especifica ni dirige" (Capra, 1996).

Para mantener ese medio interno, el cuerpo posee millones de sensores (o receptores) de variables físicas y químicas, acoplados a efectores que actúan si los valores detectados se desvían del rango esperado. Por ejemplo, si la presión arterial baja demasiado, un sensor de presión envía una señal a un mecanismo que activa ciertos dispositivos para que esa presión vuelva a subir.

La mayoría de los medicamentos actuales funcionan sensibilizando o desensibilizando alguno de esos sensores. Un betabloqueante, por ejemplo, desactiva un tipo específico de sensor de adrenalina (los sensores tipo beta). Estos sensores, entre otras cosas, generan vasoconstricción cuando detectan cierta concentración de adrenalina en sangre, haciendo que aumente la presión arterial. Al inhibirlos, esa vasoconstricción no se produce, y la presión no aumenta, aunque haya adrenalina en sangre. Por eso, los betabloqueantes son medicamentos comúnmente prescritos para la hipertensión.

Ya veremos que esta lógica tiene sus complicaciones, pero quiero por ahora destacar la siguiente idea. El cuerpo tiene un medio interno altamente controlado y regulado. La propuesta farmacológica consiste en forzar los mecanismos corporales para que hagan lo que quiere la *mente* de la persona que se automedica, y no lo que desea o necesita el propio cuerpo. La estrategia alopática se basa en interferir con los mecanismos de regulación (bajo la suposición de que están funcionando mal). En cambio, la estrategia manual (osteopática) busca actuar sobre los sensores exógenos del cuerpo, para que este reaccione de acuerdo con sus propias capacidades. Por tanto, la estrategia osteopática reproduce la forma habitual en que un organismo interactúa con su entorno, mientras que la estrategia alopática tiende a intervenir directamente sobre el medio interno.

Imaginemos un sistema informático con problemas. Va lento, o se congela cuando uno intenta abrir una hoja de cálculo. El enfoque osteopático intenta resolver el problema usando el teclado, que es uno de los canales habituales con los que el procesador interactúa con el entorno. El enfoque alopático, en cambio, abre la carcasa y desactiva algún

sistema de control interno. Ambos enfoques son válidos, pero adecuados para situaciones distintas.

En el signo (en el sentido clínico que le damos en este apartado como una variable fisiológica fuera de rango), el cuerpo es sujeto, no objeto. El signo, la mayoría de las veces, no es algo que le ocurre al cuerpo, sino algo que el cuerpo hace. Confundir signos con causas es parte de la objetivación del cuerpo, es decir, dejar de tratarlo como un ser vivo, sino como una serie de artefactos mecánicos.

Confundir riesgos con enfermedades

Una de las transformaciones más sutiles de la economía farmacológica es la conversión del riesgo en enfermedad. Tener una probabilidad elevada de enfermarse considera, en sí mismo, una condición clínica que debe ser tratada. Así, muchas personas sin síntomas ni disfunciones pasan a ser pacientes crónicos debido a sus resultados de laboratorio.

Colesterol elevado, baja densidad ósea, glucosa cercana al umbral: todos estos indicadores de riesgo se convierten en entidades clínicas, con su propia medicación, su propio código y sus propias guías de tratamiento.

Esto lleva a que millones de personas sanas tomen fármacos para “evitar” enfermedades que tal vez nunca llegarían a tener. Pero esos fármacos tienen efectos adversos reales. Se genera entonces una paradoja: personas sanas que enferman por intentar no enfermarse.

Tomemos por ejemplo la osteoporosis. Una persona con osteoporosis no presenta síntomas ni pérdidas de función. Lo único que tiene es una mayor probabilidad de fracturarse la cadera en caso de caída.

¿Es buena práctica tratar la densidad ósea en este caso? La respuesta no es tan sencilla como un sí o un no, y ya veremos en los próximos capítulos todas las variables implicadas. Lo que quiero destacar en este momento es que la densidad ósea reducida no constituye una enfermedad en sí misma, sino un riesgo de que se produzca otra cosa. Lo importante es no olvidar algo que con frecuencia se da por sentado: debemos tratarla como un riesgo, no como una enfermedad en sí.

Medicación facilitada

Todas las distorsiones anteriores convergen en esta: la tendencia cultural, casi automática, a buscar una intervención ante cualquier malestar, y a que esa intervención sea una medicación.

La medicación facilitada no es solo un problema médico. Es, ante todo, un problema cultural. Al enfrentarse a un síntoma, el primer impulso de cualquier persona suele ser: “¿Qué me tomo?”. A veces se opta por un fármaco de venta libre. Otras, por una “alternativa natural”. En algunos casos, incluso, por un medicamento de venta bajo receta que quedó en el botiquín del baño (“a ver, aquí me quedaron estás dos pastillas de ciprofloxacina de cuando tuve

aquella infección urinaria hace dos años, a lo mejor me sirven para esta infección en la uña”). Pero en todos estos casos, la lógica es la misma: suprimir el síntoma en lugar de comprender su función.

Esta lógica se deriva directamente de Confundir Síntomas Con Enfermedades: si el síntoma es la enfermedad, entonces eliminarlo es curarse. Pero también se alimenta de la impaciencia contemporánea ante el malestar, de la publicidad de la industria farmacéutica y —no hay que negarlo— de la falta de espacios clínicos donde el síntoma pueda ser escuchado sin apuro.

La medicación facilitada no es patrimonio exclusivo de quienes se automedican. También los médicos, y también los osteópatas, pueden caer en esa trampa. El paciente consulta con dolor de espalda: se le indica un antiinflamatorio, unos ejercicios, un suplemento. Todo eso puede ser útil, siempre que se entienda como un paliativo. Si no se investiga por qué el cuerpo produjo ese dolor, si no se escucha su función, si no se busca su causa real, el síntoma volverá, empeorará, cambiará de lugar o, en el peor de los casos, se dará por vencido. Esta última opción es la peor de todas, porque el síntoma estaba tratando de reducir algún daño.

La medicación facilitada, entonces, no es solamente una respuesta apresurada: es el producto de una cadena de errores epistemológicos que transforman la mentalidad clínica en una sucesión de silenciamientos. Se confunde el síntoma con la enfermedad, el signo con la causa, la incomodidad con la patología. Y desde esa confusión, la medicación aparece no como una herramienta estratégica, sino como una respuesta reflejo. En lugar de entender el síntoma como una oportunidad para pensar, se lo convierte en una interrupción molesta a ser cancelada cuanto antes.

Pero el síntoma no interrumpe: señala. Es un gesto del cuerpo que exige ser leído. Por eso, mientras no repensemos la lógica causal que sustenta nuestra forma de ver el malestar, cualquier intento terapéutico correrá el riesgo de ser meramente reactivo.

Distorsiones de efectos

Si las distorsiones de causa se referían a errores en la forma de pensar lo que genera el síntoma, las distorsiones de efecto afectan la manera en que comprendemos las consecuencias de nuestras intervenciones, especialmente cuando esas intervenciones son farmacológicas.

El mundo moderno está saturado de medicamentos, pero más aún, está saturado de ideas equivocadas sobre cómo actúan. En esta sección analizamos cuatro distorsiones frecuentes sobre los efectos secundarios: la creencia de que ocurren por casualidad, la ilusión de que son absolutos (están presentes o no están), la subestimación de sus consecuencias reales, y la tendencia maniquea a dejar de pensar en su mecanismo de acción y limitarnos a creer que, si es un medicamento, es bueno por definición.

Creer que los efectos secundarios son contingentes

* * *

Una de las ideas más perjudiciales en torno a la medicación es la suposición de que los efectos secundarios son, justamente, “secundarios”: errores aleatorios, efectos colaterales evitables, detalles que podrían eliminarse si el fármaco estuviera mejor diseñado. Pero esto es falso.

Los efectos secundarios son la otra cara del efecto primario. Son, muchas veces, su consecuencia inevitable. Anular una inflamación genera alivio, sí, pero justamente porque desactiva el mecanismo de protección que esa inflamación sostenía. El mismo ibuprofeno que calma un dolor también impide reparar el tejido dañado. No es un defecto, sino su funcionamiento normal.

Peter Sterling lo dice sin rodeos: “Ciertos efectos comunes de las farmacoterapias no son ‘secundarios’, como se los denomina comúnmente; son exactamente los predichos por el modelo de alostasis” (*What Is Health?*, 2014). El modelo alostático propuesto por Sterling (lo veremos en detalle más adelante) define la salud como un estado de respuesta. Un parámetro con valores fuera del rango normal no se considera “inapropiado” porque cada parámetro está controlado por una multitud de señales que se refuerzan mutuamente. En este modelo, la presión arterial elevada del hipertenso se considera completamente apropiada, y la pregunta para la exploración se convierte en “¿apropiada para qué?”.

Los medicamentos no actúan de forma localizada: operan sobre sensores biológicos, y todo sensor desencadena múltiples respuestas. El mecanismo de acción es siempre el mismo: activar o inhibir un proceso corporal. Nada más. No añaden efectos propios. De hecho, los equipos de diseño de drogas buscan fármacos que actúen sobre un único proceso orgánico. No hay posibilidad lógica de crear una droga mejor que la actual, con el mismo efecto primario pero sin los efectos secundarios. Los efectos secundarios son consecuencia directa del primario.

Hay un aspecto adicional a considerar. Los fármacos administrados por vía oral generan un efecto sistémico. Un comprimido antiinflamatorio va al estómago, se digiere, el principio activo pasa al torrente sanguíneo y se distribuye por todo el cuerpo. El antiinflamatorio que nos tomamos para aliviar el dolor del tobillo actúa en cada rincón del organismo, donde siempre hay pequeñas inflamaciones con algún fin.

Para subrayar la importancia de entender que los efectos adversos no son contingentes, analicemos un par de casos relacionados con metotrexato, una droga que se utiliza para el tratamiento de cáncer y la psoriasis. Su mecanismo de acción consiste en interferir con el uso del ácido fólico. Dado que tanto el cáncer como la psoriasis dependen del ácido fólico para crecer, al dificultar su uso, ambos procesos se ven contenidos.

Pero el ácido fólico es esencial para muchas otras funciones, y su déficit genera complicaciones: problemas cognitivos, pérdida de memoria, hepatotoxicidad, estomatitis, leucopenia, entre otros. Todos estos aparecen listados como efectos adversos del metotrexato. Por supuesto, uno puede hacer un análisis de costo/beneficio y decidir que es preferible combatir el cáncer o la psoriasis, incluso si eso implica asumir otros riesgos.

Lo importante es comprender el razonamiento bioquímico. El efecto inmediato del metotrexato es impedir la utilización metabólica de ácido fólico. En consecuencia, todo proceso metabólico que necesite ácido fólico se ve dificultado, entre ellos la cognición, la psoriasis, la memoria, el cáncer y la formación de glóbulos blancos.

¿Por qué es importante este razonamiento? Porque alguien podría objetar: si bien es cierto que llamar efecto primario a acabar con la psoriasis y efecto secundario a los problemas cognitivos es un error conceptual... ¿No es

simplemente un tecnicismo? ¿Qué diferencia hace?

La diferencia es profunda. Lllamarlos secundarios implica pensarlos como contingentes, es decir, que se podrían evitar de alguna manera. Por ejemplo, para evitar los efectos secundarios, la indicación del médico muchas veces es tomarlo junto con ácido fólico. Una pastilla de metotrexato y una pastilla de ácido fólico. Probablemente la forma de pensar sea algo así: los efectos secundarios del metotrexato son por la disminución del ácido fólico, ergo, si le doy al mismo tiempo ácido fólico, tendrá menos efectos secundarios. Pero ese razonamiento es catastrófico. El efecto terapéutico del metotrexato se basa justamente en impedir el aprovechamiento del ácido fólico. Dar ambos a la vez es, en términos funcionales, reducir la dosis efectiva del medicamento. Disminuye los efectos secundarios, pero también los primarios.

Recuerdo el caso de Lucía, una paciente con cáncer a la que su oncólogo le propuso un tratamiento con metotrexato. Le explicó, como corresponde, los riesgos, la eficacia estimada, los efectos adversos posibles; toda esa batería de información que se supone racionaliza la toma de decisiones. Lucía se tomó su tiempo para decidir. Hizo un análisis costo/beneficio, porque los efectos secundarios, si bien eran poco probables, podían llegar a ser serios, y al final decidió soportar los efectos secundarios con tal de curarse el cáncer. El médico le hizo entonces la prescripción de metotrexato acompañado de ácido fólico. Cuando el tratamiento no funcionó, el médico le dijo a Lucía lo que suelen decir los médicos en estos casos: que a veces no funciona, que no es 100 % efectivo, que hay personas en las que, por razones que aún se investigan, el fármaco no produce efecto. Todo eso es cierto, pero uno no puede evitar preguntarse si, en este caso, el fracaso no se debió precisamente a que se le indicó ácido fólico como complemento terapéutico.

La estrategia clínica propuesta por la ciencia médica es la siguiente: como el cáncer necesita ácido fólico, y el metotrexato bloquea su utilización, administrarlo podría ralentizar el desarrollo del tumor lo suficiente como para que el sistema inmune logre eliminarlo. Pero tomarlo junto con ácido fólico anula esa estrategia. Y justamente esa debe ser una de las razones por las que el tratamiento no tiene una eficacia del 100 %. De hecho, entre los pacientes de ese médico en particular, es probable que la efectividad real sea muy baja.

Pienso ahora en otro paciente, Ricardo, con psoriasis. También a él le indicaron metotrexato con ácido fólico. Ricardo fue a la farmacia, pero se les había acabado el ácido fólico. Compró solo el metotrexato; después de todo, el médico le había dicho que el ácido fólico era para evitar efectos adversos, y que esos efectos adversos eran "raros". Entonces se llevó únicamente el metotrexato, pensando que si llegaba a notar algo extraño —como dolor abdominal, visión borrosa, confusión o alguna otra señal de alarma—, volvería a la farmacia a buscar el ácido fólico. Pero los efectos secundarios fueron tan intensos que empezó con problemas cognitivos y terminó en coma. No llegó a volver a la farmacia: enseguida empezó a hablar disparates y a creer que estaba en la playa.

¿Qué sucedió? Bueno, para entenderlo, tenemos que hablar de dosis. La dosis habitual de metotrexato —según el país, la institución y el fabricante— varía entre 7,5 mg y 15 mg por semana. Si el tratamiento no da resultado, puede aumentarse a 20 o incluso 30 mg por semana. El médico de Ricardo le prescribió, desde el inicio, 25 mg por semana. ¿Por qué una dosis tan elevada? Eso no está del todo claro. Tal vez —y esto es especulación, pero basada en una lógica tristemente frecuente— ese médico estaba acostumbrado a observar poca eficacia del metotrexato en sus pacientes, probablemente porque también, como en el caso de Lucía, lo recetaba siempre junto con ácido fólico. Entonces fue aumentando la dosis de metotrexato hasta lograr una efectividad mayor.

El problema, claro, es que Ricardo no sabía todo esto y no tomó el ácido fólico. Así que esa dosis de 25 mg, que con ácido fólico podía equivaler a una dosis efectiva y tolerable, se transformó en una sobredosis brutal.

Por eso insistimos en que es importante entender tanto los efectos primarios como los secundarios desde el mecanismo de acción. La industria lo sabe. No es que aún no hayan desarrollado antiinflamatorios que no estorben el proceso de reparación: es que no pueden. La reparación de los tejidos se produce con procesos inflamatorios. Cualquier sustancia que inhiba la inflamación, también debilita la reparación.

Seguir pensando en los efectos secundarios como contingentes es no comprender la lógica interna de cómo funcionan el cuerpo y la medicación.

Creer que los efectos secundarios son sí/no

Otra ilusión común es pensar que los efectos secundarios ocurren como una lotería. Que uno puede padecerlos o no, y que la probabilidad de padecerlos es muy baja. Pero eso también es falso. Los efectos secundarios se distribuyen según una curva de Gauss. La probabilidad de padecer efectos adversos notorios es baja. La probabilidad de no padecer ningún efecto es baja también. La probabilidad de padecer efectos adversos leves es muy alta.

Si el efecto adverso del que estamos hablando son dolores musculares, la situación no es tan grave: significa que es muy probable que te duela un poco la zona lumbar o las rodillas. Pero si el efecto al que nos referimos es una ligera confusión mental, la cosa cambia: significa que es muy probable que experimentes un poco —apenas perceptible— de dificultad cognitiva. Lo más probable es que nadie lo note. El problema es si eso coincide en el tiempo con otro evento desafortunado, por ejemplo, una maniobra brusca en la ruta.

¿Demasiado? ¿Es un razonamiento exagerado? Hagamos este cálculo:

De todos los conductores de autos, motos y camiones, ¿cuántos toman alguna medicación diaria? La respuesta es: cerca del 50 %.

Del resto, ¿cuántos tomaron un medicamento hoy, ya sea por dolor de cabeza o de espalda, acidez, insomnio, diarrea, estreñimiento, tos o rinitis alérgica? La respuesta es 50 %.²²

Sumando ambos grupos, tenemos que el 75 % de los conductores que hoy están circulando tomaron algún fármaco.

¿En cuántos de esos medicamentos el prospecto advierte que no se debe conducir mientras dure el tratamiento? Aproximadamente en el 80 %

¿Y cuántos, pese a esa advertencia, conducen igual? La respuesta es 99 %. No es broma. En un trabajo de oficina que tuve hace años, había un colega que el día que tomaba un medicamento en vez de venir en auto venía en

²² Según las estadísticas, en Estados Unidos la mitad de la población toma al menos una medicación diaria. Por otra parte, otro estudio preguntó a diversas personas si habían tomado alguna medicación de venta libre ese día, y la mitad respondió que sí. Estas estadísticas no incluyen ni alcohol ni drogas recreativas.

transporte público, porque el prospecto desaconsejaba conducir. Obviamente, este dato circulaba a sus espaldas y entre risas.

Es decir: $75 \% * 80 \% * 99 \% = 59 \%$ de los conductores que circulan hoy (no importa cuándo leas esto) está conduciendo con sus capacidades cognitivas disminuidas. Más de la mitad. Esto sí debería preocuparnos.

Más aún si consideramos que del 41 % restante algunos tomaron alcohol, algunos consumieron drogas recreativas y otros tienen alguna disminución de las capacidades cognitivas de nacimiento. No es extraño que una de las principales causas de muerte en el mundo sean los accidentes de tránsito²³.

Quiero mostrar la importancia de entender los efectos adversos como una distribución normal (la curva de Gauss) con el caso de la isotretinoína.

La isotretinoína es un medicamento oral que afecta a las glándulas sebáceas y se utiliza para tratar el acné grave. Aunque se desconoce el mecanismo exacto de acción²⁴, se sabe que inhibe el funcionamiento de estas glándulas. Sin embargo, el tratamiento con isotretinoína se asocia a efectos adversos, con distintos grados de probabilidad: teratogenicidad, depresión, suicidio, efectos mucocutáneos e intestino irritable.

El mecanismo de acción se desconoce, pero se ha postulado. Diversos estudios han demostrado que la isotretinoína induce apoptosis (muerte celular programada) en diversas células del organismo. Esta muerte celular puede producirse en las glándulas meibomianas, las células hipotalámicas, las del hipocampo y (lo cual es importante para el tratamiento del acné) en las células de las glándulas sebáceas. Si mueren muchas de estas últimas, el tratamiento es efectivo. Pero si mueren muchas neuronas del hipocampo o del hipotálamo, pueden aparecer problemas cognitivos.

Suárez et al. (2016) compararon pacientes con acné tratados con isotretinoína frente a pacientes que no la recibieron, e informaron que el 13,8 % frente al 8,3 %, respectivamente, desarrollaron ansiedad y/o depresión clínicamente significativas durante el tratamiento. Por su parte, Sundström et al. (2011) concluyeron que el aumento del riesgo de intento de suicidio era evidente hasta seis meses después de finalizar el tratamiento. Debido a investigaciones como estas, la isotretinoína se encuentra en el top 10 de la base de datos de la Food and Drug Administration (FDA) de drogas asociadas a casos de depresión e intentos de suicidio.

Con respecto a los efectos adversos psiquiátricos, el prospecto de una de las marcas comerciales, dice: “Se han descrito casos de depresión, síntomas psicóticos y, en raras ocasiones, intentos de suicidio y suicidio en pacientes tratados con isotretinoína. No se ha demostrado que exista una relación causal para estos acontecimientos”.

Esa última frase es estadísticamente correcta, pero atención: no se ha demostrado una relación causal, sino solo una correlación. Es decir, lo que se ha demostrado es que los pacientes tratados con isotretinoína presentan una mayor probabilidad de desarrollar trastornos psiquiátricos, aunque podría ser que la causa no fuera la isotretinoína en sí misma. Sí, en los estudios se registraron más suicidios en el grupo tratado con isotretinoína, pero quizás fue mala suerte.

²³ La causa proximal son los accidentes de tránsito. Una causa distal incluirá todo aquello que disminuye la capacidad de reacción de los conductores.

²⁴ Por cierto, cuando tengo que tomar un medicamento y en el prospecto dice que se desconoce exactamente como funciona, me chirrían los dientes.

* * *

La explicación que suelen dar muchos laboratorios y asociaciones de dermatología es que la depresión probablemente sea causada por el acné, y no por el fármaco. Tal como dice la página web de la *American Academy of Dermatology* (aad.org): “Es posible que tener acné grave aumente el riesgo de desarrollar estos efectos secundarios. Las investigaciones demuestran que las personas con acné grave pueden deprimirse. Esto es cierto tanto para las personas que toman isotretinoína como para las que no. Algunas personas con acné grave desarrollan una depresión tan profunda que piensan en quitarse la vida. Cuando el acné desaparece, también suelen desaparecer la depresión y los pensamientos suicidas.”

Lo que dice en ese párrafo es cierto, pero no contradice los hallazgos de las investigaciones. Estas muestran que, entre dos grupos comparables en cuanto a edad, salud y gravedad del acné, en el grupo tratado con isotretinoína hubo una cantidad significativamente mayor de suicidios.

La palabra “significativamente” es clave en estadística. Obviamente, las diferencias entre los grupos pueden ser fruto del azar, pero existen métodos para calcular si una diferencia es estadísticamente significativa, es decir, si probablemente no es aleatoria.

En cuanto a su mecanismo de acción, Melnik (2016) propone: “Su efecto depende de la apoptosis de los sebocitos, que resulta de la expresión -inducida por la isotretinoína- del ligando inductor de apoptosis relacionada con el factor de necrosis tumoral, la proteína de unión al factor de crecimiento similar a la insulina-3 y la lipocalina asociada a la gelatinasa de neutrófilos. Esta revisión propone que el modo de acción farmacológica de la isotretinoína en el tratamiento del acné grave, la leucemia promielocítica aguda y el neuroblastoma es el resultado de la apoptosis. Además, la apoptosis puede ser el mecanismo subyacente y unificador de los efectos adversos de la isotretinoína en las células de la cresta neural (teratogenicidad), las neuronas del hipocampo (depresión), los queratinocitos epidérmicos y las células de la mucosa (efectos secundarios mucocutáneos), células del folículo piloso (efluvio telógeno), células epiteliales intestinales (intestino irritable), células musculares esqueléticas (mialgia y liberación de creatina quinasa) y hepatocitos (liberación de transaminasas y lipoproteínas de muy baja densidad)”.

(Perdón por esa cita que puede resultar críptica para algunos. Lo que dice Melnik que me resulta importante es que tanto los efectos primarios como los secundarios son producidos por el mecanismo de acción.)

Estos efectos adversos aparecen en el prospecto del medicamento, pero conviene aclarar algo que casi nunca se aclara: si están ahí, es porque no hay forma legal ni científica de negar que ocurren. Esto es importante. No están porque la farmacéutica haya sido especialmente honesta. Están porque no puede evitar incluirlos. Es decir, porque se han registrado con la frecuencia y consistencia suficientes como para que su omisión constituya un delito.

Algunas personas creen que los efectos adversos están “sobreestimados”. Que los incluyen “por si acaso”, o “por una cuestión legal”, o que “en realidad casi nunca suceden”. La realidad es justamente la contraria. Las farmacéuticas tienden a minimizar los efectos adversos tanto como pueden. Incluyen lo mínimo indispensable para cubrirse. Lo que aparece en el prospecto no es un exceso de prudencia, sino una confesión de evidencia irrefutable. No es lo que podría pasar en un caso extremo, sino lo que ya ha pasado, y con la suficiente frecuencia como para que no haya forma de negarlo. Si está en el prospecto, ocurre.

En el prospecto de una marca de isotretinoína, dice:

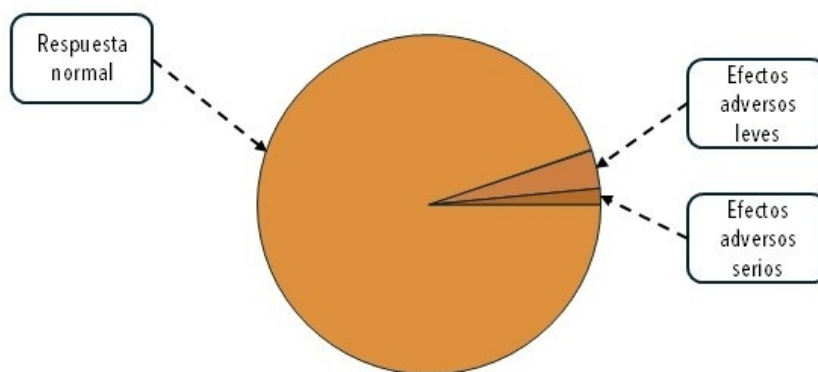
“Trastornos psiquiátricos:

Raros: depresión, exacerbación de la depresión, tendencias agresivas.

Muy raros: timidez, alteraciones de la conducta, trastorno psicótico, tentativa de suicidio, suicidio”.

Lo que se informa es que esos son casos raros o muy raros. Y esto nos tranquiliza un poco, porque lo más probable es que no los experimentemos. Lo que no se dice es que *todos* los que lo toman sufren *algún grado* de neurotoxicidad. En algunos (esos casos “raros”) las consecuencias son tan intensas que afectan su vida diaria, incluso al punto de llevarlos al suicidio. En otros, es tan leve que ni se percibe. Pero en *todos* hay un efecto.

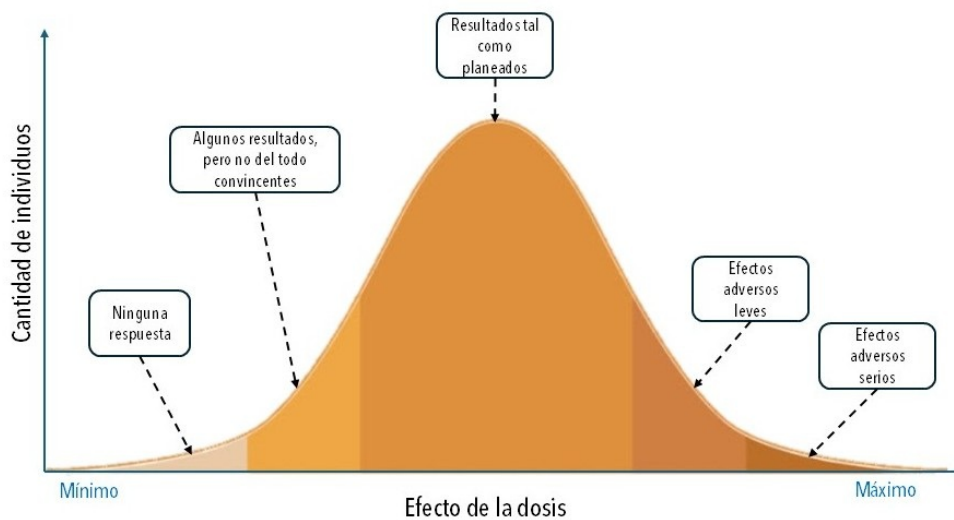
Vamos a analizar esto más en detalle. Uno lee el prospecto del medicamento y ve que hay algunos efectos adversos con una probabilidad muy baja. Entre ellos, depresión e incluso muerte. Entonces, uno se imagina una distribución de resultados más o menos así:



(Las porciones de efectos adversos están exageradas para que sean visibles en el gráfico, pero en realidad son mucho más pequeñas)

En realidad, una representación más exacta es según una curva de Gauss, donde el eje x es la virulencia del efecto de la dosis, y el eje y la proporción de individuos afectados. De esta manera, hacia el extremo izquierdo de la distribución tendremos unos pocos casos donde no hubo ninguna respuesta (ni la deseada ni efectos secundarios), y hacia el extremo derecho unos pocos casos donde la droga produce el efecto deseado, pero hay muchos efectos adversos. La gran mayoría de los individuos se encuentra en la porción central, donde el efecto terapéutico es el deseado y los efectos adversos son soportables. De esta manera:

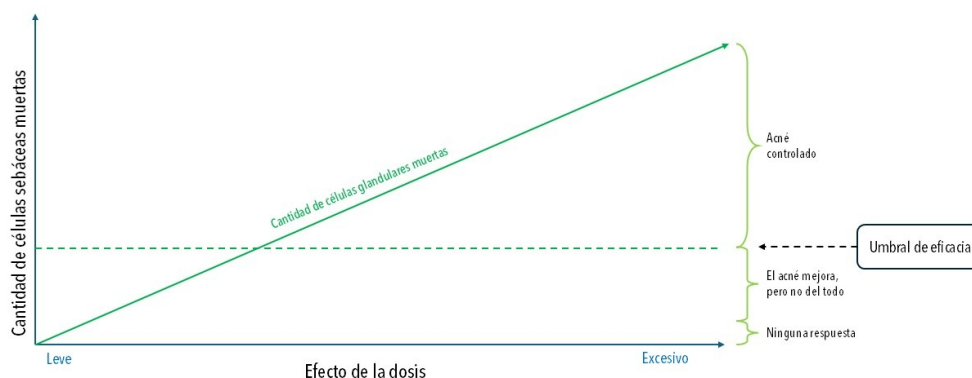
* * *



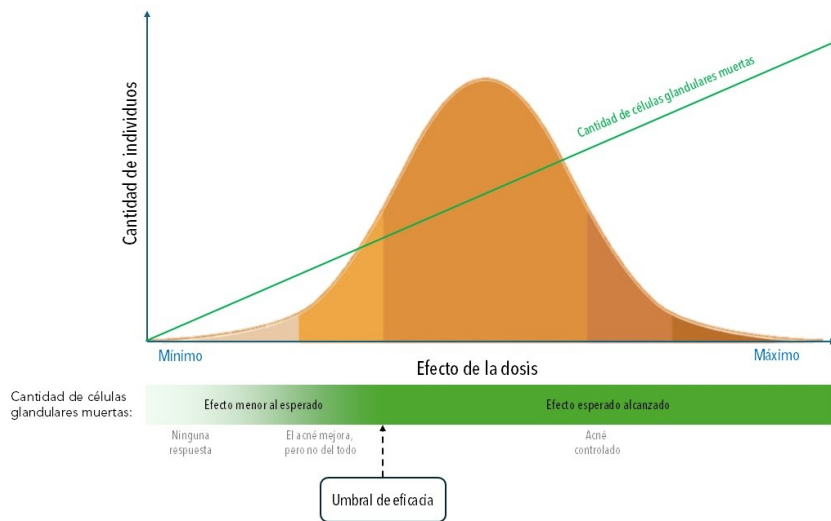
En esta curva, la proporción es más o menos la misma que teníamos antes en el gráfico de torta. Los casos más extremos (Ninguna Respuesta y Efectos Adversos Serios) representan más o menos un 1 % cada uno (es decir, casos “muy raros”). El caso central (Resultados Tal Como Planeados) representa un número de casos mucho mayor que los otros dos juntos (Resultados No Convincentes y Efectos Adversos Leves).

Ahora bien, pensemos en esto. El mecanismo de acción de la isotretinoína es generar apoptosis en algunas células. Tiene preferencia por las células de glándulas sebáceas faciales, y por eso se utiliza para combatir el acné. Pero algunas otras células son afectadas también. De las que no pertenecen a glándulas sebáceas, algunas de las más afectadas son neuronas. Y por eso tiene algunos efectos adversos —raros o muy raros—, como problemas cognitivos, depresión e incluso suicidio.

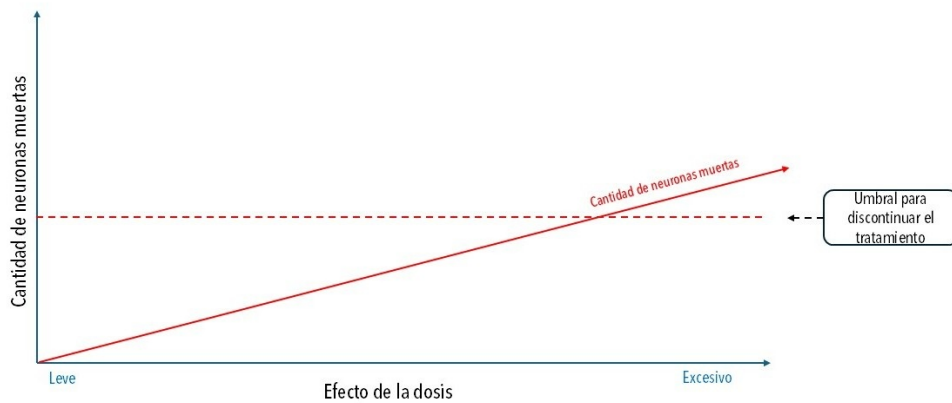
Ahora, el éxito del tratamiento (olvidémonos por un momento de los efectos adversos) depende de cuántas células de glándulas sebáceas mueren, y esto lo podríamos representar así:



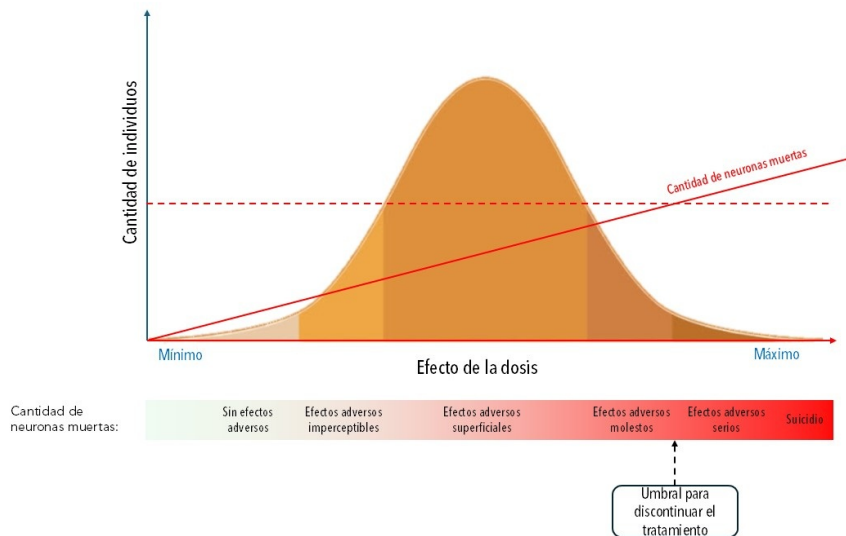
Dado que los ejes x coinciden, podemos combinar perfectamente este gráfico con nuestra campana de Gauss:



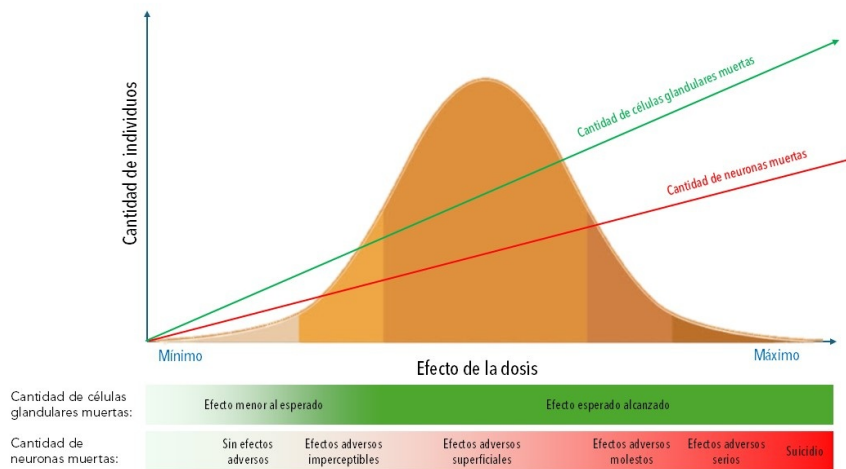
Ahora sí, pensemos en los efectos adversos. Estos serán peores cuantas más neuronas se mueran, y lo podemos representar de una manera similar. Si se mueren más de una determinada cantidad de neuronas, tendremos probabilidad de depresión. Si se mueren muchas más, probabilidad de suicidio.



Obviamente, este gráfico también encaja perfectamente con la curva de Gauss, de manera que podemos juntarlos:

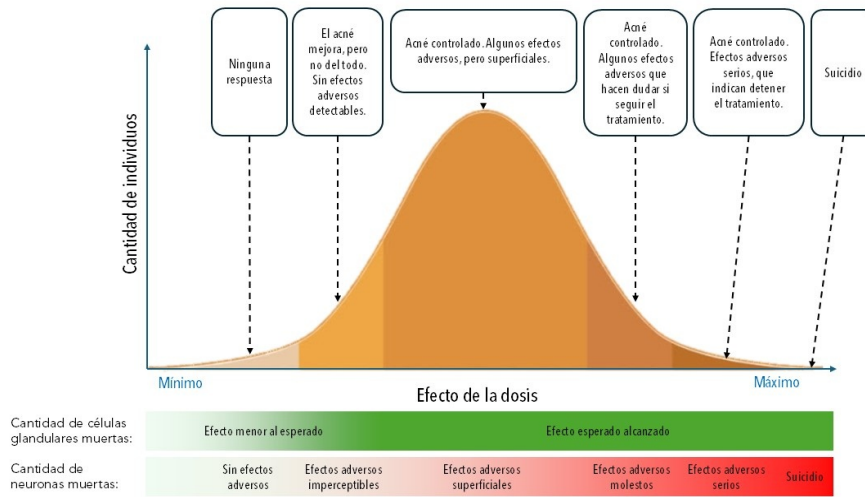


Y ahora podemos graficar el total de los efectos de la droga, es decir, los efectos deseados junto con los efectos adversos:

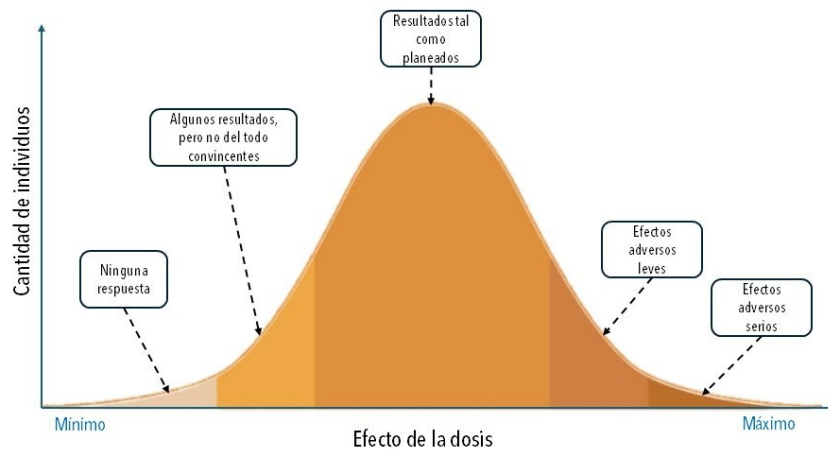


Ahora, lo que podemos hacer es unificar las descripciones. Para cada una de las cinco secciones de la curva, elaboramos una descripción que sea una unión de la que teníamos para el resultado esperado con la que teníamos para los efectos adversos. Nos queda así:

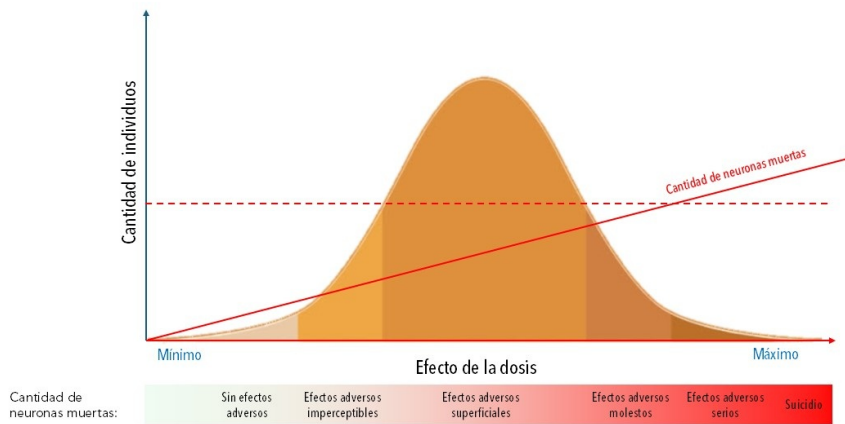
El camino del osteópata



Hasta aquí nada raro. Los efectos adversos serios son unos pocos casos hacia la derecha de la curva, menos del 1 %, cosa que ya sabíamos. No cambia mucho con respecto a la primera versión que pusimos, que era primariamente intuitiva. Me refiero a esta:

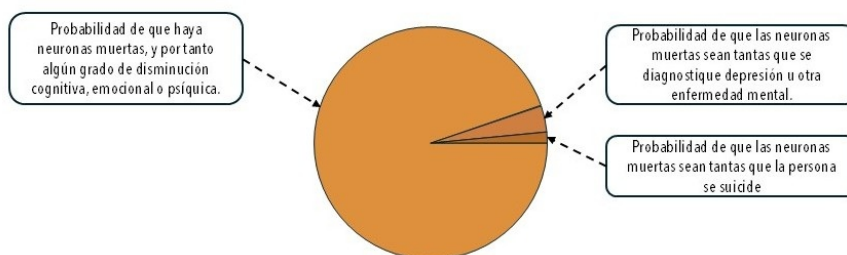


Sin embargo, quiero que prestemos atención a un detalle que no se ve representado en este gráfico porque lo descartamos a mitad de camino. Recordemos esta curva de efectos adversos:

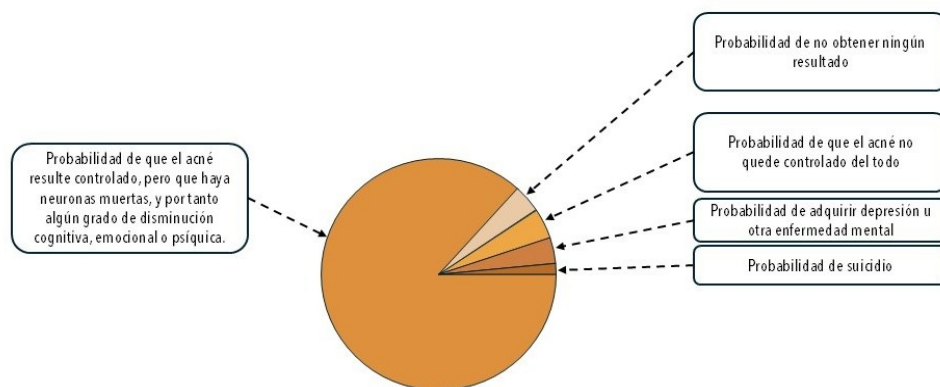


Vemos que, en las secciones de más a la derecha, la cantidad de neuronas muertas es tan grande, que la persona comienza a sufrir depresión (o alguna otra condición psíquica). Esto se aplica a un porcentaje mínimo (menos del 1 %) de las personas que consumieron la droga.

Sin embargo, en la sección central, que representa a la mayoría de los pacientes, las muertes neuronales *no son cero*. También ahí hay neuronas que se mueren. También ahí uno pierde cierta capacidad cognitiva, o de memoria, o emocional. Quizás no tantas para llegar a un diagnóstico, pero definitivamente uno es más desmemoriado, más sensible, más irritable, más tonto o más loco después de tomar isotretinoína. La distribución de los efectos secundarios según un diagrama de torta sería esta:



Y si unimos los efectos adversos con los efectos deseados, tenemos todos los resultados posibles para un tratamiento con isotretinoína:



Todo esto es pura especulación, pero especulación basada en entender la fisiología y razonar lógicamente. Todavía no se entiende completamente por qué la isotretinoína produce efectos secundarios. Ni siquiera se entiende bien por qué produce los efectos primarios (lo que se llama el mecanismo de acción).

Esta lógica se aplica a otros medicamentos. Sucede lo mismo con las estatinas. Producen dolor muscular, fatiga y problemas cognitivos. A veces se diagnostica rabdomiólisis. Pero eso no quiere decir que el resto sale indemne. Quiere decir que en todos hay algún nivel de repercusión, aunque solo en algunos llegue a ser clínicamente evidente. Un efecto adverso de los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) es la reducción de la mucosa gástrica. En ciertos casos, esta es tan severa que se produce una úlcera. Pero incluso en los casos donde no llega a haber úlcera, también. Siempre que uno toma un AINE hay reducción de la mucosa gástrica.

Creer que los efectos secundarios son insignificantes

El tercer error es suponer que, como los efectos secundarios graves son poco frecuentes, es razonable ignorarlos. Que, como la mayoría de las personas no sufre consecuencias serias, el riesgo puede asumirse. Pero ese cálculo es engañoso.

En medicina, se considera que, si un efecto adverso ocurre en menos del 1 % de los pacientes, se clasifica como “muy raro”. Sin embargo, si afecta a 1 de cada 1000, y el medicamento lo toman un millón de personas, impacta a mil pacientes. Es decir: no es una cifra despreciable.

Y si el medicamento es muy potente, sus efectos secundarios también serán más intensos. Cuanto más eficaz es un fármaco, más desregulaciones genera.

Esa afirmación merece una segunda lectura. ¿Será cierta? Si eso fuera así, entonces los medicamentos que

mejor anulan los síntomas serían también los que provocan peores efectos adversos. Y, en efecto, eso es justamente lo que sucede. El ketorolac es más eficaz para calmar el dolor que el ibuprofeno, pero sus efectos secundarios son más intensos.

Tendemos a pensar que se trata de mala suerte o de una limitación temporal del conocimiento, y confiamos en que en el futuro encontraremos medicamentos más efectivos y con menos efectos adversos, pero esa idea encierra una contradicción. Un analgésico alivia el dolor porque es antiinflamatorio, y los efectos secundarios aparecen porque es antiinflamatorio. Cuanto más potente sea una droga como antiinflamatoria, mayor será su capacidad para calmar el dolor y también para generar efectos adversos.

Creer que hay sustancias buenas

Deberíamos abandonar la idea simplista de que una sustancia es “buena”. Lo que debemos entender es qué hace. ¿Una sustancia es buena para la tos? ¿Qué significa eso? ¿La elimina? ¿La intensifica? ¿La atenúa? Ninguna de esas cosas es buena. ¿Es buena para el hígado? ¿De qué manera? ¿Lo hace trabajar menos? ¿Lo hace trabajar más? ¿Es buena para el sistema inmune? ¿En qué sentido? ¿Lo baja? ¿Lo sube?

Para escapar de esa ambigüedad, a veces se acude a una fórmula que parece conciliadora, pero que también pertenece al terreno del pensamiento mágico: se dice que tal sustancia “regula”. No estimula ni inhibe: regula. Sin embargo, ningún compuesto químico puede regular por sí solo. Regular implica comparar, decidir, actuar en consecuencia. Es decir, requiere un algoritmo lógico y un mecanismo capaz de ejecutarlo. Para regular un sistema se necesita algo más que sustancia: hace falta un control de circuito cerrado²⁵ que incluya un sensor, un comparador y un efector.

Pensemos, por ejemplo, en cómo se regula el pH de una piscina. Se necesita medir el valor actual, decidir si está fuera del rango óptimo y, en función de eso, aplicar un corrector. Ninguno de estos pasos puede realizarlo una sustancia inerte. Una sustancia puede elevar o reducir el pH, pero no puede evaluar ni decidir. Aun si existiera una sustancia con efecto dual —capaz de aumentar o disminuir según el contexto—, seguiría faltando el criterio. ¿Cuál es el valor óptimo? ¿Cómo se determina? Dado que seguimos el modelo de la homeostasis, sabemos que el valor óptimo es dinámico y se determina por predicción. Entonces, ¿cómo haría una sustancia para predecir?

Creer que una sustancia es buena o mala, en lugar de analizar su mecanismo concreto de acción, tiene consecuencias. Pensemos en una CPU. ¿Hay algo bueno para la velocidad? Sí, podemos modificar unos parámetros de la BIOS o usar unos programas específicos para poner al procesador en modo “overclocking”. Esto significa alterar el control interno de la cantidad de ciclos por segundo. Con eso, aumentamos la velocidad de procesamiento. Genial.

²⁵ Un control de circuito cerrado es un sistema que se corrige a sí mismo. Funciona con retroalimentación: compara lo que ocurre en realidad con lo que debería ocurrir y hace los ajustes necesarios para reducir la diferencia. Para ello necesita tres cosas: un sensor que mida la situación, un controlador que decida qué hacer y un mecanismo que ejecute esa decisión. El ejemplo más sencillo es un termostato, que enciende o apaga la calefacción para mantener la temperatura de una habitación en el nivel deseado. (Ver Glosario al final del libro)

* * *

Por desgracia, no podemos detenernos ahí. Tenemos que entender qué implican esos cambios. Lo primero es entender que esos parámetros existen por alguna razón. Lo segundo es averiguar cuál es esa razón, y qué podría ocurrir si los modificamos. Luego, analizar cuáles son las consecuencias, y, sobre todo, por qué la mayoría de las personas no lo hace.

La realidad es que poner mi CPU en modo overclocking produce cierto riesgo de que se queme. Además de ese riesgo, tiene una consecuencia inmediata, con un 100 % de probabilidad: invalida la garantía.

Tal vez esta sea una buena metáfora para pensar los medicamentos que fuerzan parámetros internos de control: consumirlos anula la garantía del cuerpo.

Conclusión

Las distorsiones noetiológicas que hemos explorado no son simples malentendidos. Surgen de un modo de pensar, de un marco epistemológico que, pese a su potencia, también arrastra limitaciones profundas. La lógica positivista —tan útil en la física, tan eficaz en la microbiología— se vuelve peligrosa cuando se extrapola sin matices al campo de la salud cotidiana.

Porque el cuerpo no es un motor ni una máquina programable. Es un sistema abierto, autosuficiente, autorregulado. Intentar corregirlo sin escucharlo, suprimir sus señales sin comprenderlas, reducir sus complejidades a parámetros promedio o intervenir sin preguntar por qué reacciona así, no es medicina: es negación disfrazada de ciencia.

La mayoría de las distorsiones aquí descritas no surgen en los departamentos de investigación. Los fisiólogos, bioquímicos, científicos de la salud, todos saben que los antiinflamatorios retrasan la cura. También los médicos. Quienes no lo saben son las personas comunes, porque esos conocimientos no les llegan. Son ideas arraigadas en la población general, reforzadas por publicidades, consejos bienintencionados y hábitos culturales que confunden rapidez con eficacia y silencio sintomático con salud.

Así, la automedicación se vuelve rutinaria. La búsqueda ansiosa de alivio se convierte en criterio para decidir. Y lo que empieza con una molestia pasajera puede derivar en un esquema terapéutico que genera más problemas que soluciones. No es casual que la polifarmacia y la iatrogenia hayan dejado de ser anomalías para convertirse en parte de la vida cotidiana. Como bien se dice en inglés: *medication begets more medication* (una medicación lleva a otra).

¿Qué hacer entonces?

Desmontar estas distorsiones no se resuelve con más protocolos ni con buena voluntad. Requiere un cambio de paradigma. Requiere reaprender a pensar la salud.

Y si hay un modelo que puede ayudarnos en ese proceso, es el modelo osteopático, porque la osteopatía no solo propone un conjunto de técnicas, sino una filosofía clínica que, por su propia estructura, evita caer en estas confusiones.

Donde el diagnóstico diferencial tiende a identificar la enfermedad con la sintomatología, la osteopatía se pregunta: ¿cuál es el propósito del cuerpo con este síntoma? ¿Qué trata de reparar, compensar, proteger? El principio de autocuración no es una promesa vacía, sino una clave interpretativa: si hay síntomas, es porque hay un proceso en marcha. Bloquearlos sin más es interrumpir una tarea que apenas comprendemos.

Donde una forma de pensar la salud puede ver efectos secundarios como accidentes, la osteopatía recuerda que toda intervención tiene un precio.

Es momento de empezar a pensar distinto. Y para eso, quizás convenga ver ejemplos concretos, porque pensar diferente no se aprende solo con conceptos: se incorpora con experiencia y con práctica. En el próximo capítulo, nos sumergiremos en ejemplos reales. Casos que muestran cómo el tratamiento sintomático no solo puede fallar, sino dificultar —o incluso revertir— el proceso de curación.

* * *

4 La medicación facilitada

*El deseo de medicarse es quizá la mayor característica que
distingue al hombre de los animales.
(William Osler)*

Aclaraciones previas

Aclaración incómoda

Cuando mostré una versión preliminar de este capítulo a amigos y colegas, encontré una forma de resistencia que no esperaba. No una crítica ni un argumento en contra, sino una especie de bloqueo mental. A veces me decían un “no me convence” sin explicaciones. O me decían que estaba muy bien, pero el tono de voz dejaba ver que algo no les cerraba. Algunos me pedían mis fuentes, incluso cuando mis argumentos estaban basados en razonamientos y no en datos. Otros, más sinceros, me decían que mis argumentos eran impecables, pero que igual no se los creían. Algunos se indignaban, pero no me quedaba claro por qué. Otros incluso se indignaban *de antemano*, y se negaban a leerlo. Esto fue muy frustrante, hasta que leí *Blind Spots*, de Marty Makary, y vi que relataba la misma experiencia y lo relacionaba con el concepto de disonancia cognitiva.

Esta idea fue formulada por el psicólogo Leon Festinger en los años cincuenta. Su hipótesis era simple, pero disruptiva: cuando una persona recibe una información que contradice una creencia profunda, no la percibe como una oportunidad de aprender, sino como una amenaza. Se produce una tensión incómoda, a la que Festinger llamó *disonancia cognitiva*. Y entonces el cerebro se protege. No con argumentos, sino con actos reflejos (que parecen argumentos). Desacreditar la fuente, ignorar la lógica, cambiar de tema. Cualquier cosa, con tal de no reorganizar el mapa mental.

“Pensemos, por ejemplo, en un hombre que siempre ha creído que su hábito de fumar no es realmente tan malo para su salud. Entonces ve una nueva investigación que demuestra que sí es malo. Podría desacreditar el estudio, independientemente de sus méritos, o sugerir que no se aplica a él porque no fuma exactamente la misma cantidad que los sujetos del estudio. Incluso podría intentar argumentar que está a punto de dejarlo, por lo que el estudio del consumo a largo plazo no se aplica a él. Reformulando las cosas, puede hacer que ambos pensamientos sean ciertos: fumar es malo y no es malo para él. Según el Dr. Festinger, este tipo de acrobacias mentales es la forma natural en que los seres humanos se esfuerzan subconscientemente por mantener la coherencia de sus puntos de vista” (Makary, *Blind Spots*).

Festinger explica que la tendencia a evitar la disonancia cognitiva funciona así: «Dile que no estás de acuerdo y se apartará. Muéstrale datos o cifras y cuestionará tus fuentes. Apela a la lógica y no entenderá lo que quieres decir».

Una figura discursiva interesante al respecto es el argumento *ad hominem*, que consiste en deslegitimar al portador de una idea para evitar confrontar con la idea misma. Como si alguien cita a Alan Turing en una discusión sobre inteligencia artificial y el otro responde: “Sí, pero Turing era homosexual”, lo cual es absolutamente irrelevante.

Durante un tiempo tuve una regla personal: si veía a alguien usar un *ad hominem*, automáticamente le daba por perdida la discusión. Más tarde, comprendí que el criterio era demasiado tajante: tal vez la persona estaba confundida o sin recursos retóricos, pero no significaba necesariamente que estuviera equivocada en todo. Pero con el tiempo di otra vuelta de tuerca: el argumento *ad hominem* sólo emerge cuando actúa la disonancia cognitiva, y eso contamina la totalidad de la posición sostenida. Así que volví a mi intuición inicial: quien recurre al *ad hominem* muestra, en ese mismo gesto, que no tiene razón.

Una de las cosas que más me impresiona es cuán arraigada está, en el imaginario colectivo, la idea de que la medicación *cura*. Es una creencia tan fuerte que no cede ni siquiera frente a la evidencia fisiológica más clara. Por ejemplo, cuando me resfrío, tengo mocos y tos, hay personas que me sugieren tomar tal o cual remedio. Entonces intento explicarles cómo funciona el cuerpo, cómo el moco no es el problema, sino el modo en que el cuerpo atrapa y elimina microorganismos, cómo la tos es una forma de expulsarlos, cómo las drogas que me proponen suprimen esos mecanismos, bajan las defensas y, en muchos casos, retrasan la curación. Y después de todo eso, la respuesta suele ser: “Bueno, pero en cuanto te lo tomes, se te pasa”. Como si todas mis explicaciones no hubieran existido.

Abramson, en su libro *Overdosed America*, cuenta una anécdota inquietante. Cuando le dijo a un colega que el Vioxx —un antiinflamatorio recetado masivamente durante años— provocaba un 21 % más de complicaciones graves que el naproxeno, su colega respondió: “No me lo creo”. Abramson le mostró que esos datos estaban en el propio estudio del fabricante, y que podía buscarlos en el sitio web de la FDA. El colega repitió: “Sigo sin creérmelo”. En ese punto, la evidencia no tiene ningún peso.

Yo mismo viví algo parecido. Mi prima Clarita tenía tos. La tía Fefe propuso hacerle una nebulización con budesonide. Le pregunté:

—¿Para qué?

—Para que se le vaya la tos.

—No es bueno que se le vaya la tos. La tos es buena. Está tratando de limpiar los pulmones.

—Bueno, pero me preocupa que se le complique y termine en una infección.

—Justamente. Si le sacamos la tos, aumenta el riesgo de infección. El budesonide es un corticoide. Baja la inflamación, y eso significa menos glóbulos blancos en la zona. Menos glóbulos blancos, mayor riesgo de infección.

—Bueno, así no se puede hablar.

Y ahí lo entendí. No era una discusión técnica. Era un choque entre dos formas de ver el cuerpo. Para ella, la tos era una amenaza. Para mí, una defensa. Ambos queríamos cuidar a mi prima, pero nuestras estrategias eran opuestas.

El problema es que el modelo dominante —en los medios, en los consultorios, en la publicidad— ha convertido la supresión del síntoma en sinónimo de eficacia. La frase “en cuanto te lo tomes, se te pasa” actúa como un

conjuro. Tiene más fuerza que cualquier razonamiento fisiológico. El moco, la tos, la fiebre, el dolor: todo eso se ha convertido en enemigo. Y entonces, cuando alguien viene a decir que no hay que combatir esos síntomas, sino escucharlos (esto que estoy haciendo yo con este libro), lo que provoca no es acuerdo ni desacuerdo, sino incomodidad, amenaza, disonancia cognitiva.

No es un caso aislado. Muchas veces, por decir cosas como estas, he recibido reacciones de molestia, desprecio o rechazo. Debo admitir que al principio tenía miedo de escribir este libro por temor a la reacción de las grandes compañías farmacéuticas, pero no necesitan hacer nada. La defensa del automatismo farmacológico aparece sola, muchas veces sin argumento, casi como un acto reflejo. A veces los lectores o interlocutores me discuten. Otras veces simplemente me ignoran. Pero la mayoría de las veces, se enojan. Y es comprensible: estoy cuestionando algo más profundo que un hábito. Estoy cuestionando su modo de entender la salud, su forma de protegerse, su sensación de seguridad. Necesitan defenderse.

Por eso, este capítulo puede resultar incómodo. Puede parecer exagerado, sospechoso o provocador. No porque sus afirmaciones sean descabelladas, sino porque cuestionan algo más profundo que una idea médica: cuestionan un sistema entero de representaciones, de hábitos, de seguridades. Y ese sistema no se desmonta con una frase. Ni con diez. Se puede estudiar, reflexionar, debatir, pero lo primero que hace es resistirse.

No espero que este capítulo convenza a quien no esté ya, al menos, ligeramente convencido. No porque carezca de argumentos, sino porque el cambio de paradigma no ocurre con argumentos. Ocurre con disposición. Con apertura. Con pequeñas grietas que se abren en el muro del pensamiento habitual.

La disonancia cognitiva no es el final del debate. Es el principio. Es la incomodidad que sentimos justo antes de que algo nuevo empiece a tener sentido. Si al leer este capítulo algo dentro tuyo se resiste, si aparece la irritación, el escepticismo o el fastidio, entonces hay algo que vale la pena explorar.

Aclaración postural

Me veo obligado a hacer otra aclaración, esta vez postural. Vivimos en un mundo polarizado. En lo que respecta a la medicina, esa polarización se ha cristalizado en un enfrentamiento entre dos posiciones antagónicas: quienes defienden a ultranza a la industria farmacéutica (llamémoslos *pro-pharma*) y quienes denuncian sus abusos (llamémoslos *anti-pharma*). Hay libros enteros dedicados a mostrar fraudes, conflictos de interés, manipulaciones estadísticas, campañas publicitarias que convierten emociones normales en patologías y productos en necesidades médicas. Y hay, en el otro extremo, defensas apasionadas de cada nuevo medicamento, presentados como avances inobjectables del progreso científico.

Podría parecer que este capítulo se alinea con la crítica anti-pharma. Y en cierto modo lo hace, pero no por los motivos habituales. No llegué a esta posición por investigar la publicidad encubierta ni por indignarme con los organismos de control dominados por intereses. Llegué por otro camino: el de la fisiología.

Lo que me interesa señalar aquí no son los fraudes de la industria, sino los errores de razonamiento que

subyacen a muchas decisiones cotidianas, incluso cuando esas decisiones se toman con la mejor intención, sin conflictos de interés y con información completa. Incluso si no hubiera publicidad engañosa, ni corrupción, ni intereses cruzados, los problemas seguirían allí, porque el error no es solo político ni económico: es epistemológico. Tiene que ver con cómo pensamos la salud y la enfermedad.

Este capítulo, por tanto, no es un alegato contra la farmacología, sino contra el uso inmediato, irreflexivo, y muchas veces innecesario de medicamentos para suprimir síntomas sin entenderlos. Contra esa reacción automatizada —tan propia del sentido común contemporáneo— que ante cualquier malestar pregunta: “¿Qué puedo tomar?”.

Mi meta es desmontar esa pregunta.

Para hacerlo, analizaremos algunos medicamentos de uso corriente. Veremos qué hacen exactamente, cómo actúan en el cuerpo, por qué a veces funcionan y por qué, muchas otras veces, retrasan o interfieren con la curación. Aplicaremos las distorsiones noetiológicas que discutimos en el capítulo anterior —ver síntomas como enfermedades, confundir signos con causas, subestimar los efectos secundarios— a casos concretos: antiinflamatorios, antigripales, antihistamínicos, entre otros.

La mayoría de los medicamentos que solemos almacenar en casa no atacan la causa de la enfermedad, sino la expresión del esfuerzo del cuerpo por curarse. En esto hay acuerdo incluso entre quienes defienden el uso racional de medicamentos. Paul Offit —un defensor emblemático de la vacunación y de la industria farmacéutica— advierte, por ejemplo, contra el uso innecesario de antipiréticos. «Administrar antipiréticos de forma rutinaria es posiblemente una de las cosas más antinaturales y desacertadas que hacemos en la medicina moderna» (Offit, *Overkill*). Muchos médicos coinciden: la fiebre no debe bajarse por costumbre; el dolor no debe silenciarse sin antes entender qué lo provoca; la diarrea no se debe detener.

Entonces, no se trata de elegir entre pro-pharma o anti-pharma. Se trata de elegir entre pensar o responder por reflejo. Este capítulo no ofrece una lista de medicamentos buenos y malos. Ofrece una invitación: a preguntarse, cada vez que tenemos tendencia a medicarnos, si es la estrategia correcta.

Aclaración operativa

Y una última aclaración. Vamos a dividir este tema en dos capítulos: síntomas y signos. Los signos son mediciones. Objetivas, visibles, registrables. Cuando el médico te toma la presión arterial o te mide la glucosa en sangre, está buscando signos. Algo que el cuerpo hace, aunque no lo sientas. Los síntomas, en cambio, son lo que se siente. Dolor, fiebre, cansancio, náuseas. Lo que te lleva a medicarte, a buscar alivio, a consultar con un profesional.

Esa diferencia, que parece menor, esconde un principio mucho más profundo. Tiene que ver con los mecanismos que regulan el cuerpo, que podemos dividir, en principio, en dos tipos: mecanismos de regulación ordinaria y extraordinaria.

La primera, la más básica, es constante y silenciosa. Es la que mantiene tu temperatura, tu presión arterial, tu pH corporal en los niveles adecuados. Son ajustes automáticos, como los de un termostato. Un sistema de

servomecanismos con sensores y efectores que responden a cambios minúsculos sin que lo notes. A esto lo llamamos homeostasis.

Cuando algo falla en ese sistema —cuando la temperatura corporal está demasiado alta o la presión demasiado baja—, aparecen los signos. Una cifra fuera de rango, que no siempre se acompaña de síntomas.

La segunda forma de mecanismo de regulación es distinta. Es extraordinaria. No actúa cuando algo cambia, sino antes de que cambie. No responde: predice. Y para hacerlo, no usa sensores periféricos, sino redes más complejas, muchas veces asentadas en el cerebro. Este sistema no mantiene el equilibrio cotidiano: lo rompe, temporalmente, para lograr una adaptación. Y cuando eso sucede, lo que aparece es un síntoma. Los síntomas son, justamente, modos de funcionamiento extraordinarios del organismo.

En este capítulo vamos a hablar de síntomas, que son los que uno tiende a querer suprimir por medio de automedicación. En el próximo capítulo hablaremos de signos, que no resultan molestos de forma directa, sino que son simples variables fisiológicas que detecta un estudio de laboratorio y que muchas veces se busca normalizar a través de alguna prescripción.

Síntomas y automedicación

Inflamación y antiinflamatorios

Una lesión o una infección no se curan solas. Se curan porque el cuerpo despliega mecanismos fisiológicos activos: eleva el flujo sanguíneo hacia la zona, permite el ingreso de leucocitos, activa fibroblastos, sensibiliza nervios. Ese mecanismo, que reconocemos por el calor, el enrojecimiento, el dolor y la hinchazón, se llama inflamación. Lejos de ser un problema, la inflamación es una solución.

El marketing farmacológico, sin embargo, nos enseñó a ver la inflamación como algo negativo, algo que debe eliminarse. Y nos mostró que la manera de hacerlo es con antiinflamatorios: corticoides y AINEs²⁶. El problema de estas drogas no es que sean artificiales, ni que se vendan en farmacias, ni que las produzcan empresas farmacéuticas con fines de lucro. El problema es que van en contra del cuerpo. Y, por eso mismo, no curan. Al contrario: ralentizan, dificultan y en ocasiones impiden la curación.

Como dice Paul Offit: “La clave de la curación es la inflamación. Cuando los ligamentos o los músculos se dañan, liberan sustancias que favorecen la inflamación. En respuesta, el cuerpo aumenta el flujo sanguíneo a la zona. La mala noticia es que la inflamación es dolorosa. La buena noticia es que favorece la curación.” (Offit, *Overkill*).

²⁶ Hay dos tipos de antiinflamatorios: esteroideos y no esteroideos. Los esteroideos son los corticoides. De hecho, las tres formas sinónimas de nombrarlos son corticoides, esteroides o corticosteroides. Los no esteroideos son los AINEs. El acrónimo AINE significa Anti Inflamatorio No Esteroideo.

* * *

Ya vimos que una alarma, para cumplir su función, tiene que ser insoportable e inapagable. El dolor es insoportable e inapagable. Pero la industria farmacéutica encontró la forma de burlar el sistema, y apagar la alarma sin necesidad de atender al evento causante.

Los corticoides y los AINEs son potentes antiinflamatorios. Su mecanismo de acción consiste en suprimir la respuesta del sistema inmunitario, evitando la producción de citoquinas y prostaglandinas. Como resultado, disminuyen la inflamación, y por ende también el dolor.

Pero eso no quiere decir que curen. Suprimir la inflamación es suprimir el flujo de recursos para reparar los tejidos. Por eso, Offit, en su libro *Overkill*, advierte: “Los esteroides, al alterar la respuesta inmunitaria, solo prolongarán las infecciones víricas”. Y agrega, con respecto a su uso en la artritis: “Se demostró que las inyecciones de esteroides provocaban el adelgazamiento y la destrucción del cartílago e inhibían su capacidad para repararse. Resulta francamente remarcable que esta terapia aún sobreviva”.

Algo que se malinterpreta de forma casi sistemática es la relación entre inflamación e infección. Es más, mucha gente los usa como sinónimos cuando son cosas completamente opuestas.

Pensémoslo de este modo. Cuando hay un proceso infeccioso, muchas veces hay, al mismo tiempo, una inflamación. Pero son dos cosas distintas. La infección es la intrusión del patógeno. La inflamación es la respuesta del cuerpo contra el patógeno. La gente cree que un antiinflamatorio desinflama porque saca la infección. No, no, no. Lo que saca la infección es la inflamación.

Quiero que esto quede claro. En ese escenario hay una batalla entre un patógeno (virus o bacteria) y nuestro organismo. El ejército del patógeno es la infección. El ejército del organismo es la inflamación. Un antiinflamatorio impide las maniobras del ejército del organismo, no las del ejército del patógeno.

Los corticoides y los AINEs son, como dijimos en capítulos anteriores, una intervención que desactiva un sistema de advertencia, defensa y reparación sin atender a la causa.

Desconectar la alarma no es buena idea.

Es lo que hicieron en Chernobyl.

Entonces, ya el hecho de que exista algo llamado antiinflamatorio me resulta problemático. Es como algo que se llame antidigestivo, anticatrical, anti soldadura de hueso, anticuración. Pero veamos un efecto adverso: las afecciones gástricas. Los AINEs logran sus efectos inhibiendo enzimas como la COX-1 y COX-2, responsables de promover la liberación de prostaglandinas. Estas prostaglandinas cumplen varias funciones esenciales, entre ellas activar procesos inflamatorios donde se necesite reparación, y mantener la mucosa gástrica que protege al estómago del ácido clorhídrico. En realidad, la mucosa gástrica es un proceso continuo de inflamación. El ácido estomacal ataca todo el tiempo las paredes del estómago, y el sistema inmune las protege mediante un proceso inflamatorio.

Inhibir las prostaglandinas produce dos consecuencias simultáneas: frenar la recuperación y debilitar la mucosa del estómago.

Si se consumen muchos AINEs o muchos corticoides, habrá menos mucosa estomacal, y el ácido puede llegar a las paredes y provocar una perforación. La denominación médica de ese incidente es *úlceras gástricas*. Para evitar esta

catástrofe, a veces se co-prescribe otro medicamento: un inhibidor de la bomba de protones como el omeprazol, que disminuye la producción de ácido en el estómago. Pero esto también trae problemas: menos acidez significa más riesgo de infecciones intestinales y deficiencia en la absorción de minerales como el calcio (lo que puede favorecer la aparición de osteoporosis). Si eso sucede, uno podría tomar otra cosa para el dolor de barriga o para la osteoporosis. Se genera así una cadena de efectos secundarios que deriva en la llamada polifarmacia: un fármaco para mitigar los efectos de otro, y así sucesivamente.

Se intentó limitar estos efectos secundarios desarrollando AINEs que inhiban solo la COX-2, responsables de la inflamación en tejidos. Son los fármacos llamados coxibs. Pero resultó que, si bien protegen el estómago, aumentan la incidencia de infartos. El caso del Vioxx, retirado del mercado por este motivo.

“En el estudio VIGOR, las personas que tomaron Vioxx experimentaron 21 complicaciones gastrointestinales graves menos que las que tomaron naproxeno, pero 27 complicaciones cardiovasculares más graves” (Abramson, *Overdosed*).

La respuesta automática de tomar un antiinflamatorio ante un dolor es comprensible. El dolor molesta, incomoda, interrumpe. Pero es también una guía. El dolor nos dice que no deberíamos usar esa articulación, que ese músculo necesita descanso, que ese ligamento se está regenerando. Eliminar el dolor es eliminar el aviso.

Pensemos en el caso de medicación más habitual del mundo: nos duele la cabeza, tomamos un ibuprofeno. Olvidémonos por ahora de la migraña y las personas con dolor de cabeza recurrente. Me refiero a los que no solemos tener ni cefaleas ni migrañas, pero un día nos despertamos con dolor de cabeza. ¿Por qué ese dolor? Hay millones de posibilidades, y muy probablemente nunca sepamos por qué ese día nos dolió la cabeza, pero una cosa es segura: si el ibuprofeno nos quita el dolor de cabeza, eso quiere decir que el dolor estaba causado por inflamación. Quizá comimos algo, quizá dormimos en una mala posición o estuvimos expuestos a alguna toxina o una situación estresante. Sea lo que sea que haya sucedido, el cuerpo reaccionó generando una inflamación. Esa inflamación tiene como objetivo algún tipo de reparación o defensa. Al sacar la inflamación, estamos quitando la respuesta del cuerpo.

El descanso, el sueño, la inmovilización prudente son mucho más eficaces para ayudar al cuerpo a reparar. La única manera comprobada de acelerar una recuperación es dormir más. El cuerpo, en fase de reposo, invierte mejor sus recursos en curar.

Pero vamos un poco más allá, para mostrar que el problema no es la medicación en sí misma sino la tendencia a intervenir sobre el síntoma. Muchos, al enterarse de los efectos adversos de los AINEs, buscan alternativas “naturales”: plantas medicinales, pomadas caseras, suplementos. Pero esto es solo una variante del mismo paradigma. Buscar algo que elimine el dolor sin preguntarse por qué duele es reproducir la misma lógica. Lo artificial no es la pastilla creada en una fábrica. Lo artificial es buscar una forma de apagar el dolor. El dolor es el mecanismo puesto por la naturaleza para advertirnos de que algo anda mal. Lo natural no es recurrir a una planta en vez de a un fármaco. Lo natural es respetar la señal.

Por ejemplo, una de las sugerencias más difundidas para el dolor musculoesquelético ante una lesión es el protocolo conocido como RICE: reposo, hielo, compresión y elevación (del inglés Rest, Ice, Compression, Elevation).

“En 1978, cuando el Dr. Mirkin tenía cuarenta y tres años, tuvo su momento decisivo al escribir un bestseller instantáneo titulado *El Libro de la Medicina Deportiva*. Aunque Mirkin trató muchas lesiones relacionadas con el

deporte, fueron sus consejos sobre cómo tratar los esguinces los que se convirtieron en un mantra para traumatólogos, médicos deportivos y entrenadores de equipos. Lo llamó RICE.” (Offit, *Overkill*)

La elevación, la compresión y el hielo evitan que la sangre llegue a la zona y así evitan la inflamación. Pero si evitan la inflamación, evitan la cura. El viejo protocolo RICE como tratamiento para la inflamación sufre los mismos defectos que venimos denunciando, aun sin usar drogas. Esto lo terminó comprendiendo incluso el Dr. Mirkin.

El Dr. Offit, en su libro *Overkill*, dice que en 2013, unos treinta años después de la publicación de *El Libro de la Medicina Deportiva*, el Dr. Mirkin se retractó. «No hay datos que demuestren que el hielo haga algo más que bloquear el dolor», dijo. «Y hay datos que demuestran que retrasa la curación. El RICE es solo algo que se popularizó... y está mal». También según el Dr. Offit, como consecuencia de estudios recientes y del mea culpa del Dr. Mirkin, un pequeño pero creciente número de médicos ya no recomiendan el RICE para las distensiones articulares o musculares.

Pero entonces... ¿Está mal tomar AINEs?

No está ni mal ni bien. Lo importante es entender que no son una cura sino un paliativo.

La medicina convencional sabe que los AINEs no curan. Paul Offit lo dice sin ambigüedades: «Cualquier cosa que disminuya el flujo sanguíneo (como el reposo²⁷, el hielo, la compresión y la elevación) o disminuya la inflamación (como el ibuprofeno) solo alarga el tiempo de curación» (Offit, *Overkill*).

¿Y si el dolor es insoportable? ¿Y si el dolor me impide trabajar? ¿No puedo tomar un ibuprofeno o un diclofenac?

Claro que sí, pero hay que tener en cuenta que:

1) Son antiinflamatorios, y la inflamación es necesaria para la curación, así que los AINEs retrasan la cura.

2) Una de las razones del dolor es advertirte qué movimientos no deberías hacer porque ponen en riesgo la zona afectada. Sacar el dolor es sacar un mecanismo de feedback, con lo cual aumenta la probabilidad de ejecutar movimientos o esfuerzos nocivos, lo que también retrasa la cura.

3) Si el dolor no te deja trabajar, quiere decir que algo de lo que hagas en tu trabajo actúa en contra de la cura. Si te duele la muñeca al teclear, es porque esa posición va en contra de la cura. Al tomar algo para que no te duela y poder usar el teclado ocho horas por día, la cura va a tardar mucho más. La situación incluso puede empeorar.

4) Los AINEs tienen otros efectos adversos.

Con esos datos, se puede tomar una decisión informada.

Podríamos, por ejemplo, evitar una situación como la siguiente. Tuve un paciente que, antes de cada partido de fútbol con sus amigos, tomaba un diclofenac. No después del partido, sino antes. No para calmar un dolor real y actual, sino para que no le doliera tanto al día siguiente.

Eso también es no entender la fisiología. En un partido de fútbol, como en cualquier instancia de actividad física que roza los límites de las posibilidades corporales, hay estructuras anatómicas que se cansan, se gastan, se

²⁷ El reposo no disminuye el flujo sanguíneo. En el original inglés se entiende mejor que Offit se está refiriendo al protocolo de RICE en su totalidad, y no a cada uno de sus componentes.

dañan. Microlesiones que el cuerpo repara en un par de días. Esa reparación se produce por microinflamaciones. Esas microinflamaciones, desgraciada o afortunadamente, duelen. Tomarse un antiinflamatorio impide ese proceso de reparación. Es, si se quiere, autosabotaje.

Gripe y antigripales

Los llamados “antigripales” de venta libre son una combinación de medicamentos sintomáticos, pero su nombre induce a error. No combaten el virus de la gripe (influenza), sino que suprimen las respuestas del cuerpo a la infección. Suelen incluir un AINE (paracetamol o ibuprofeno), un descongestivo (como efedrina o fenilefrina), un mucolítico (bromhexina o acetilcisteína), un antitusivo (dextrometorfano), o un antihistamínico (clorfenamina). Es decir, bloquean la fiebre, la inflamación, la congestión, la tos y la producción de moco, que son justamente las herramientas del cuerpo para curarse.

Tomar un antigripal es el ejemplo perfecto de la distorsión noetiológica Confundir Síntomas Con Enfermedades. La fiebre, la tos y la congestión nasal no son la gripe, sino la manera en que el cuerpo combate la gripe. Al suprimir estos mecanismos, no estamos combatiendo la enfermedad, sino quitándole armas al cuerpo. En la batalla entre virus y sistema inmunitario, un antigripal se pone del lado del virus.

¿Y qué deberíamos hacer si contraemos gripe? ¿No tomar nada? ¿Pero no hay personas que mueren a causa de la gripe? Sí. Claro que sí. Y si fuéramos honestos, tendríamos que reconocer que no se sabe bien por qué. Tal vez su sistema inmunitario estaba comprometido. Tal vez estaban tomando una combinación de medicamentos cuyo efecto neto era el de desactivar parcialmente sus defensas.

¡Eh! ¿Acaso insinúo que los que se mueren de gripe son los que toman antipiréticos, antiinflamatorios y antitusivos? Ay, afirmar eso sería muy aventurado. Ni siquiera me atrevería a afirmar que lo mejor cuando se tiene gripe es no tomar nada. Sin embargo, lo que sí es incontrovertible es la siguiente proposición: la probabilidad de fallecer por gripe aumenta al tomar antipiréticos o antiinflamatorios o antitusivos, porque todos esos medicamentos debilitan la respuesta inmune frente al virus, y lo único que cura la gripe es el sistema inmune.

El nombre “antigripal” es confuso; el nombre correcto sería *antidefensas*.

Fiebre y antipiréticos

La fiebre no es un defecto, sino una respuesta fisiológica adaptativa. Elevar la temperatura corporal ralentiza la reproducción viral o bacteriana y mejora la eficiencia del sistema inmunitario. En esto están de acuerdo casi todos los autores médicos, sin importar de qué lado del debate pro-pharma – anti-pharma estén.

Makary, a quien podríamos situar más bien del lado anti-pharma, dice: “Varios estudios han sugerido que el tratamiento de la fiebre puede prolongar la enfermedad. Esto se debe a que la fiebre es la forma natural que tiene el

organismo de combatir una infección. En un estudio de Johns Hopkins sobre niños con varicela, se observó que la enfermedad duraba más tiempo en los que recibían medicación contra la fiebre que en los que no la recibían.” (Makary, *Blind Spots*)

Por su parte, Paul Offit, representante del grupo pro-pharma, dice: «Durante los siguientes cuarenta años, los investigadores realizaron experimentos con diversos animales infectados con una variedad de virus o bacterias que fueron tratados o no con antipiréticos. En todos los estudios, los antipiréticos empeoraron la enfermedad y aumentaron la mortalidad. En *todos* los estudios. Ningún estudio con animales de laboratorio ha demostrado jamás que reducir la fiebre acortara el curso de la enfermedad» (Offit, *Overkill*).

Aun así, muchos médicos siguen indicando tratamientos para bajar la fiebre, aunque según el National Institute of Health de EE.UU., los dos supuestos que se suelen utilizar para justificar el tratamiento de la fiebre (que la fiebre es nociva y que la supresión de la fiebre reducirá su efecto nocivo) no han sido demostrados empíricamente.

Paul Offit va incluso un poco más allá. Refiriéndose al caso específico de las convulsiones supuestamente causadas por fiebre en niños pequeños, dice: “Como las convulsiones febriles pueden repetirse, la gente supone razonablemente que los antitérmicos administrados al primer síntoma de fiebre pueden prevenirlas. El problema de esta estrategia es que no funciona. Una revisión reciente de veintiséis estudios en los que participaron dos mil quinientos niños que recibieron o no antipiréticos al primer síntoma de fiebre reveló que los antipiréticos no previenen las convulsiones febriles» (Offit, *Overkill*).

Tos productiva y mucolíticos

En los casos de tos productiva, lo que sucede es que el cuerpo sufrió una infección donde hubo batallas entre gérmenes y leucocitos, y quedaron restos. Los restos deben ser excretados. El cuerpo tiene un mecanismo de excreción: el moco que recubre las paredes de los pulmones y el tracto respiratorio y es transportado hacia la parte superior por los cilios. El cuerpo puede regular la viscosidad del moco. Si es demasiado denso o demasiado líquido, los cilios no pueden transportarlo hacia el exterior.

Una medicación mucolítica (como la n-acetilcisteína o la bromhexina) supuestamente ayuda en la tarea de excreción porque “diluye” el moco. Esa es la concepción de la mayoría de la gente. Pero un mucolítico no es un diluyente. Lo que hace es obligar al sistema que regula la densidad del moco a que lo haga menos denso.

Pero el moco tiene una función doble: formar una barrera y excretar. Debe poder recubrir las paredes de las vías respiratorias para captar sustancias o elementos nocivos y debe poder ser excretado hacia el exterior para llevar esas sustancias hacia fuera del cuerpo. Su viscosidad está finamente regulada por el cuerpo para lograr un equilibrio entre defensa y excreción. Es decir, que se excrete una parte, pero que siempre quede otra parte recubriendo las paredes de las vías respiratorias.

Y aquí es donde el mucolítico comienza a ser problemático, porque si uno repite lo que dice el prospecto — algo así como “facilita la eliminación del moco de las vías respiratorias”—, suena como si la medicación colaborara con

el cuerpo. Pero eso no es exactamente lo que hace. Lo que hace es forzar el sistema. Obliga a eliminar más moco del que el organismo considera necesario para mantener el equilibrio. Es, en efecto, un desregulador. Desarma ese balance fisiológico (equilibrado con millones de años de evolución y ensayo-error biológico) en favor de la expulsión, incluso cuando eso significa que las paredes internas de las vías respiratorias queden más vulnerables.

Dos de los efectos secundarios de los mucolíticos son infección del tracto respiratorio e infección de garganta. Y era de esperar, porque al eliminar más moco del necesario, disminuimos la capa de protección que el cuerpo había dejado ahí *a propósito*. El cuerpo regula; produce moco de baja viscosidad ideal para excretar, pero no demasiado baja para no eliminarlo por completo, porque lo necesita para defensa. Un mucolítico, entonces, también actúa en contra de las defensas.

Aquí también el efecto secundario es el efecto primario. Por más avances y descubrimientos científicos que sucedan, no habrá nunca un mucolítico sin esos efectos adversos. Un mucolítico fuerza al cuerpo a excretar más moco. Las infecciones se producen justamente porque el cuerpo elimina más moco del que debería.

Un dato interesante: la N-acetilcisteína (NAC) tiene otro uso además de mucolítico: como antídoto ante una sobredosis de paracetamol. Resulta que tomar demasiado paracetamol puede llegar a ser mortal. De hecho, en Estados Unidos, la droga que causa más muertes por sobredosis es el paracetamol, seguido por el alcohol y luego la heroína.

Al metabolizar el paracetamol, el cuerpo produce una sustancia hepatotóxica llamada *NAPQI*, que es desactivada mediante otra sustancia producida de manera endógena: el glutatión. Cuando el consumo de paracetamol es elevado, las reservas de glutatión se agotan, el *NAPQI* se acumula y esto puede llevar a un daño hepático letal. Cuando alguien llega a un servicio de urgencias médicas con una sobredosis de paracetamol, se administra NAC, que actúa como precursor del glutatión y permite restablecer su capacidad para neutralizar la toxicidad y, con algo de suerte y tiempo, logra restaurar el equilibrio bioquímico.

Ahora bien, el glutatión también desempeña un papel crucial en la regulación de los enlaces disulfuro en las proteínas, y, por lo tanto, en la fluidez del moco. La NAC, al romper enlaces disulfuro, se utiliza como mucolítico.

Esta coexistencia de efectos farmacológicos nos lleva a la pregunta: si el paracetamol *consume* glutatión y la NAC *repone* glutatión, ¿qué pasa si se toman ambas sustancias al mismo tiempo? ¿Se anulan? ¿Se equilibran? ¿Es como una especie de duelo molecular donde ninguno gana y no hay ningún efecto sobre el moco? ¿Sería, acaso, como mezclar somníferos con café?

Tranquilos, no estoy diciendo que voy a llevar esta conjetura hasta el absurdo. De hecho, admito sin rodeos (antes de que alguien con credenciales me lo recrimine en un congreso o una reseña) varias cuestiones:

En principio, la evidencia empírica disponible no confirma que el paracetamol y la NAC se anulen entre sí en términos clínicamente relevantes. No hay estudios que indiquen que esta combinación farmacológica produzca un efecto neutro sobre el moco, ni que su uso conjunto en preparados antigripales resulte ineficaz. De hecho, existen en el mercado productos de venta masiva (antigripales) que combinan ambas sustancias sin que el sistema sanitario haya colapsado.

Tampoco hay pruebas concluyentes de que el paracetamol, a dosis terapéuticas, tenga efecto alguno sobre la densidad del moco. Mi inferencia parte de una extrapolación que, si bien plausible desde una lógica de conexiones

bioquímicas, no cuenta con respaldo experimental.

Y, más aún, es probable que yo esté incurriendo en una confusión de compartimentos fisiológicos: el glutatión que se agota en el hígado para desintoxicar el NAPQI no es necesariamente el mismo que actúa en el epitelio respiratorio para modular la viscosidad del moco. Dicho de otro modo: estoy mezclando compartimentos fisiológicos distintos. Aun así, la droga va al estómago, pasa al torrente sanguíneo y se distribuye por *todo* el cuerpo, y si afecta los puentes disulfuro en un lado, es muy probable que los afecte en otros lados.

Soy consciente de que este razonamiento es, en el mejor de los casos, una especulación osada. Pero incluso en medio de esa especulación, hay un dato que permanece firme e incontrovertible: *la N-acetilcisteína es un antídoto del paracetamol*. Un comprimido que los contenga a ambos encierra, en su diseño, una paradoja: una droga y su propio antídoto compartiendo espacio en la misma cápsula gelatinosa.

Y ahora, un dato curioso. Cuando alguien tiene dolor de cabeza, se toma una pastilla, pero cuando alguien tiene tos, se toma un jarabe. ¿Por qué? Si lo que cuenta es el principio activo —digamos, bromhexina o N-acetilcisteína—, ¿por qué no viene en pastilla también? ¿Por qué esa decisión de forma, esa insistencia en lo líquido? ¿Por qué no comprimirlo y encapsularlo como cualquier otro fármaco? Esta distinción, que podría parecer puramente funcional o incluso fisiológicamente justificada, encubre en realidad un dispositivo simbólico de considerable eficacia persuasiva.

A primera vista, podría parecer algo funcional: el jarabe baja por la garganta y la lubrica. Uno piensa que la tos sucede porque la superficie de la garganta se pone áspera y se resuelve aplicando un líquido viscoso.

Pero no es así como funciona. El jarabe, como toda medicación oral, va al estómago, se absorbe en el intestino, entra en la sangre y, desde allí, llega al aparato respiratorio, donde altera sensores o procesos regulados y los fuerza a cierto resultado. No hay ningún baño químico sobre la garganta, ninguna lubricación local. El principio activo podría venir en cápsulas o en polvo, y haría exactamente lo mismo. La forma jarabe añade, al principio activo, un principio simbólico: el efecto placebo.

Que este medicamento produzca un efecto placebo no es, desde luego, un inconveniente en sí mismo. De hecho, podría considerarse una ventaja terapéutica adicional.

El problema reside en que refuerza un tipo de comprensión del cuerpo y de la terapéutica que nos aleja del mecanismo real, del funcionamiento interno del cuerpo, y nos fija en una comprensión infantil y equivocada, en la que se perpetúa la ilusión de que el cuerpo puede ser intervenido mediante gestos intuitivos, sin consideración fisiológica ni comprensión etiológica. Una manera de pensar en la que las causas son locales, las soluciones son inmediatas, y el cuerpo es una superficie pasiva que responde a cualquier cosa que se le administre.

Congestión nasal y descongestivos

Los descongestivos (como la efedrina o la fenilefrina) reducen el flujo sanguíneo en las mucosas nasales por

vasoconstricción.

Lo que hacen es activar receptores adrenérgicos. Es decir, imitan a la adrenalina. Más exactamente, imitan lo que haría la adrenalina si no tuviéramos ya el sistema nervioso simpático funcionando como si estuviéramos en estado de alerta constante.

Por lo tanto, solo sirven para personas que no tienen nada de estrés. Quienes ya están estresados, ya tienen suficiente adrenalina en sangre como para activar esos receptores. De ahí que los efectos secundarios de estos vasoconstrictores simpáticos incluyan efectos como insomnio, taquicardia, ansiedad. Sí, son los mismos efectos que provoca el estrés, porque es literalmente el mismo patrón endócrino que el estrés.

Y si te parece que exagero, aquí va un dato deliciosamente olvidado: durante años, algunos atletas usaron efedrina para mejorar su rendimiento físico, lo cual funcionó tan bien —taquicardia, mayor oxigenación, foco— que la sustancia fue incorporada a la lista de sustancias prohibidas por la Agencia Mundial Antidopaje. Es decir: lo que nos ponemos en la nariz para poder dormir mejor, los atletas pícaros lo usaban para correr más rápido.

Más allá de los efectos secundarios, la lógica de fondo es parecida a la de los mucolíticos: el cuerpo regula la cantidad y la viscosidad del moco según cálculos precisos. Disminuir la congestión nasal es intervenir forzosamente esa regulación, desmontando una de sus barreras protectoras.

Voy a contar una anécdota aburrida pero ilustrativa. Tuve en algún momento un virus respiratorio menor, con apenas una línea de fiebre, por una sola noche. Lo que me quedó después fue una tos productiva, esa que ayuda a sacar del cuerpo los virus que quedaban y todos los residuos de las batallas leucovirósicas. De aquí una sabiduría folclórica que escuché varias veces: la tos es lo último que se va. ¿Qué tenía que hacer para terminar de curarme? Básicamente, toser y escupir. El síntoma (la tos) se me iba a pasar cuando terminara de sacar todos esos desechos que habían quedado recubriendo mis pulmones.

Pero durante esos días me crucé con muchas personas. Amigos, compañeros de trabajo, familiares, vecinos con los que cruzaba unas palabras en la panadería. Y todos, sin excepción, me ofrecieron sugerencias clínicas no solicitadas. Que me tomara un jarabe. Que me hiciera una nebulización. Que probara con un antihistamínico. Es decir: *todos* querían que dejara de toser.

Lo irónico es que, si les hubiese hecho caso, el resultado habría sido exactamente el opuesto al que buscaban, porque esos fármacos, en mayor o menor medida, suprimen el reflejo de la tos, modifican la viscosidad de las secreciones o inhiben procesos inflamatorios locales que, en ese momento, no eran el problema, sino parte de la solución.

En el vasto repertorio de gestos humanos que han sido disciplinados por la cultura, pocos resultan tan significativos —y tan curiosamente subestimados— como el acto de toser o estornudar. Estos espasmos fisiológicos, que el sistema nervioso autónomo ejecuta sin pedir permiso al yo racional, constituyen casi un escándalo semiótico: el cuerpo que habla sin autorización del sujeto. No sorprende, por tanto, que desde los albores de la modernidad —y en particular desde la consolidación de la moral ilustrada— se haya intentado civilizar estos impulsos, disimularlos, sofocarlos, ritualizarlos.

Toser o estornudar en público se volvió, progresivamente, un acto cargado de indecencia. Se espera que el

estornudo sea breve, discreto, contenido, o incluso invertido: se premia la capacidad de sofocar el gesto, de interrumpirlo en la laringe, como si el cuerpo pudiera plegarse así nomás a los dictámenes del decoro. Algunos llegan a estornudar apretándose la nariz —gesto que, desde el punto de vista fisiológico, roza lo suicida— con tal de no emitir un sonido que delate su animalidad. El carraspeo, con su dignidad de prótesis vocal burguesa, se ofrece como sustituto tolerable: un estornudo domesticado, una tos sedada.

Ahora bien, esta represión de lo que podríamos llamar la “expulsión sonora” no es una ocurrencia aislada, sino parte de una estructura simbólica más amplia. La Ilustración, en su voluntad de separar al *homo sapiens* de la bestia, inaugura un verdadero sistema de purificación de los signos corporales. Lo que pertenece al reino de lo orgánico, de lo impuro, de lo excretorio, debe ser ocultado. Desde hace poco más de dos siglos, se defeca en privado, se copula en secreto, se come con utensilios que evitan el contacto directo entre la mano y el alimento, se reprime el eructo, se disimula la flatulencia. La Ilustración nos obliga a fingir que el cuerpo no existe más que como portador educado del yo racional.

Toser y estornudar, entonces, se transforman en fallas del discurso corporal, errores de estilo fisiológico. El individuo bien educado debe aprender a no molestar con sus secreciones, aunque eso implique no expulsarlas. En lugar de toser con eficacia, debe toser con elegancia. No se trata ya de limpiar los bronquios, sino de no perturbar el silencio del salón.

Pero como suele ocurrir cuando la cultura combate a la biología con excesiva eficacia, el resultado es paradójico. Al reprimir el gesto —al transformarlo en coreografía socialmente aceptada—, se inhibe su función. La tos ya no limpia; el estornudo ya no despeja. Las secreciones permanecen donde no deberían, el aire no se renueva, los canales quedan obstruidos. La higiene simbólica produce suciedad fisiológica.

Antes de la era victoriana —ese período tan célebre por haber institucionalizado la represión en todos sus niveles— toser era un arte aprendido con los años, una forma de conocimiento encarnado. Hoy es una molestia que debe ser silenciada.

Tal vez haya llegado el momento de una pequeña reeducación. No para regresar a una espontaneidad primitiva, sino para comprender que no toda expresión del cuerpo es indigna. Que estornudar fuerte y sin culpa puede ser, en ciertos contextos, no solo saludable, sino también profundamente civilizado.

Necesitamos volver a aprender a toser y a estornudar.

Alergias y antihistamínicos

Las alergias suelen interpretarse como errores del cuerpo, como si el sistema inmunitario desplegara una reacción exagerada ante sustancias inofensivas, pero eso es subestimar su inteligencia adaptativa. Lo que llamamos alergia es, en la mayoría de los casos, una reacción defensiva organizada, basada en un principio elemental: es mejor tener algunas falsas alarmas antes que dejar pasar una sola amenaza real.

Es lo que Randolph Nesse llama el *principio del detector de humo*. “Nadie querría un detector de humo que

detectara *casi siempre* un incendio; queremos uno que se dispare cada vez que se produzca una llamarada de cualquier tipo. Para conseguir esta fiabilidad, estamos dispuestos a aceptar falsas alarmas. Por supuesto, cuando la alarma salta cada vez que se hierve agua, pronto surge la tentación de quitarle la pila, en cuyo caso sería deseable una menor sensibilidad” (Nesse, 2006)

Los sistemas de alarma bien diseñados toleran muchos falsos positivos con tal de evitar un solo falso negativo que podría ser letal. El sistema inmunitario es una colección de alarmas bien diseñadas.

“El principio del detector de humo demuestra que eso de ‘reacción exagerada’ de muchas defensas es una ilusión. Las defensas parecen exageradas porque son «baratas» en comparación con los daños contra los que protegen, y porque los errores de una defensa insuficiente suelen ser más costosos que los errores de una defensa excesiva”. (Nesse, 2006)

En ese contexto, el sistema IgE se activa ante determinadas sustancias que podrían ser peligrosas —aunque no lo sean siempre. El polen, los ácaros, los alimentos con trazas de proteínas complejas: todo eso puede ser interpretado por el cuerpo como una amenaza. Y si no está seguro, reacciona por las dudas.

¿Y qué hacemos nosotros en esos casos? Tomamos un antihistamínico.

Pero... ¿Cómo sabemos que se trata realmente de una falsa alarma? ¿Quién definió que el alérgeno es inofensivo? ¿En base a qué evidencias? ¿Estamos seguros de que esas proteínas no son peligrosas en determinadas condiciones? ¿Conocemos todos los efectos a largo plazo de cada uno de los miles de alérgenos ambientales que flotan en las metrópolis del siglo XXI? ¿Tenemos certeza de que esa partícula suspendida en el aire no portaba residuos de algún compuesto carcinógeno fabricado por una industria a 12 kilómetros de distancia? ¿Estamos tan seguros como para tomar un antihistamínico, apagar el sistema IgE y permitir que la sustancia entre a nuestro cuerpo? Apagar un sistema de defensa sin saber bien contra qué se está defendiendo es, como mínimo, imprudente.

En 1840, las alergias respiratorias afectaban al 1 % de la población urbana. En 2000, esa cifra era del 10 %. Una multiplicación por diez en apenas un siglo y medio. ¿Nos hemos vuelto más frágiles? ¿O es que las industrias y los transportes diseminan más sustancias alergénicas? ¿O acaso más carcinógenos?

Ya lo dijimos antes: mucho antes de que supiéramos cómo funcionaban las alergias a nivel fisiológico, ya había estudios que señalaban algo llamativo: las personas con alergias respiratorias parecían tener menos incidencia de cáncer. Y si lo pensamos bien, tiene sentido. Si hay sustancias cancerígenas en el aire, ¿quién está más protegido? ¿El que las deja pasar sin resistencia, o el que vive con la nariz congestionada y estornudando? El alérgico, ese ciudadano estigmatizado por su pañuelo y su voz nasal, podría ser el centinela de la especie, el que detecta lo indetectable y combate peligros que otros ignoran.

Y aquí viene la duda incómoda: la incidencia de cáncer en menores de 50 aumentó un 80 % en los últimos 30 años. ¿Qué parte de esa cifra se debe al aire irrespirable? ¿Qué parte a los colorantes, conservantes y microplásticos? ¿Qué parte a las jornadas laborales de 11 horas, los ataques de pánico y el cortisol crónicamente elevado? ¿Y qué parte se debe al uso indiscriminado de antihistamínicos?

Una buena manera de entender las alergias es pensar en el antivirus informático. Lo instalamos para protegernos de amenazas, pero a veces se pone demasiado estricto: impide instalar ciertos programas, analiza archivos

inofensivos, ralentiza el sistema. Si se manifiesta demasiado, puede llegar a irritarnos. ¿Solución fácil? Desactivarlo. No más notificaciones. Todo fluye.

Pero esto tiene un problema.

Por un lado, si el antivirus estaba funcionando bien y su actividad excesiva era justamente porque había un virus tratando de entrar, ahora con el antivirus desactivado el virus por fin va a lograr entrar, con todo lo que eso implica.

Por otro lado, si el antivirus estaba funcionando mal y no había ningún virus, no va a pasar nada inmediatamente, pero en cuanto un virus trate de entrar, no va a encontrar ninguna resistencia y va a lograr entrar, con todo lo que eso implica.

Sea cual sea el caso, quedarse sin antivirus acaba siendo peor. Todo el mundo lo sabe: desactivar el antivirus no es nunca una opción automática. Si lo suspendemos, es después de evaluar todas las opciones, por un período corto, lo más corto posible, y siempre con mucho cuidado.

Tomar un antihistamínico cada vez que aparece un estornudo o una congestión nasal es como desactivar el antivirus. Neutraliza un sistema de protección del organismo. Igual que con el antivirus informático, desactivar el sistema inmunitario no debería ser nunca una opción automática.

Esto no quiere decir que los antihistamínicos estén mal en todos los casos. Hay situaciones donde una reacción alérgica puede ser tan intensa que pone en riesgo la vida: anafilaxia, edema de glotis, shock alérgico. En esos casos, no solo los antihistamínicos son útiles, sino indispensables. Pero eso no justifica su uso irreflexivo o automático cada vez que aparece un síntoma menor.

El problema no es la existencia de los antihistamínicos. El problema es su uso sin criterio, basado en la idea de que toda molestia es un error, y que todo lo que incomoda debe ser silenciado.

Diarrea y antidiarreicos

La diarrea es una de esas experiencias que nadie desea tener. Es escandalosa y urgente, y me impide salir de casa. Y como ocurre con cualquier urgencia incómoda, lo primero que se busca es silenciarla. Existe una enorme industria farmacéutica dispuesta a ayudar: basta con una pastilla para cortar la diarrea. Sí, supongo que ya adivinaste: detener la diarrea es desmantelar una defensa.

La diarrea no es una falla. Es un arma de defensa masiva. Una respuesta organizada del cuerpo para evacuar rápidamente una sustancia que considera peligrosa. Puede ser una toxina, una bacteria, un virus, un alérgeno. Lo importante es que, ante la sospecha de peligro, el sistema digestivo acciona su defensa más arrasadora: una especie de barrido por inundación. Si hay un patógeno en el intestino, la acción más eficaz es la diarrea.

¿Qué hacemos nosotros cuando aparece la diarrea? Tomamos un antidiarreico.

Y lo que logramos es que el agente dañino permanezca dentro.

Randolph Nesse lo explica con precisión: “Es comprensible que la gente quiera acabar con la diarrea, pero si

el alivio viene simplemente de bloquear la defensa, es probable que haya alguna penalización.” Y cita un estudio revelador: se infectó a veinticinco voluntarios con *Shigella*, una bacteria que induce diarrea grave. A algunos se les administró un antidiarreico. Resultado: “Los que fueron tratados con fármacos para detener la diarrea permanecieron febriles y tóxicos el doble de tiempo que los que no lo fueron.”

La diarrea, como el vómito, como la fiebre, es un gesto desesperado del cuerpo para sobrevivir. Cuando aparece, no hay que preguntarse cómo detenerla, sino qué está tratando de sacar el cuerpo, y si acaso la mejor estrategia sea soportar la diarrea.

¿Puede haber diarrea por causas que no sean defensivas? Sí, claro que hay. A veces la diarrea se produce por una alteración estructural o por un error de funcionamiento. En esos casos, tomar un antidiarreico sería razonable.

Entonces... ¿tomar o no tomar? Esa es la cuestión.

Si un médico te receta un antidiarreico, entonces sí, hay que tomarlo, porque detrás de esa indicación hay un juicio clínico, un contexto, una evaluación diferencial, una valoración de riesgos, una historia clínica.

Ahora bien, si no te lo recetó nadie, lo más prudente es consultar con un profesional. ¿Te parece que es una cuestión menor, que no justifica todo ese trámite engorroso de solicitar una consulta o acudir a un servicio de urgencias? Estás en tu derecho. Pero yo no tomaría un antidiarreico sin indicación médica. El riesgo es demasiado alto.

Acidez estomacal y antiácidos

Pocas cosas son tan molestas como el ardor estomacal. Esa sensación de quemazón que sube por el pecho, que interrumpe el sueño, que estropea la comida. Llamamos a eso acidez, y la tratamos como si fuera una enfermedad. Pero la acidez no es una enfermedad. Es un síntoma. Y la mayoría de las veces tiene una razón de ser.

Aquí la lógica que propongo es más evidente que en el resto de los medicamentos. Todo el mundo lo sabe. Uno se dio el atracón de su vida, o franqueó la cena de fin de año, con todos esos platos abundantes preparados por tíos, tías y abuelos, y al otro día nota una quemazón en el estómago y el pecho. Cualquiera se da cuenta de que el estómago está produciendo más ácido para poder digerir esa cantidad desmesurada de comida. Y por supuesto, no hace falta pensar mucho para darse cuenta de que, si uno se toma un antiácido, la cantidad monstruosa de comida no se va a digerir, o va a tardar muchísimo más. Después de todo, un antiácido es un antidigestivo. Y, aun así, uno se lo toma.

Pero eso no es todo. El ácido del estómago tiene otras funciones además de descomponer todo eso que engullimos. Por ejemplo, desinfectar. “El propósito del ácido estomacal es matar las bacterias que ingerimos antes de que entren en el intestino”, dice Paul Offit. Y tiene sentido: lo que comemos puede estar contaminado. No solo puede, sino que *está* contaminado. Bacterias, virus, hongos, toxinas. El mundo exterior está repleto de ellas, y todo eso entra por la boca. No suelen presentar mayores problemas, porque lo primero que encuentran (siempre que uno no se haya tomado un antiácido) es un lago de ácido clorhídrico. De nuevo, Offit lo dice con claridad: “Los lactantes

tratados con medicamentos que reducen la producción de ácido corren un mayor riesgo de sufrir infecciones bacterianas intestinales.” Es decir, al tomar un antiácido no solo digeriremos más lento, sino que corremos el riesgo de infectarnos.

¿Significa esto que nunca hay que tomar un antiácido? No necesariamente. Hay casos donde el ácido ataca tejidos propios, como en una úlcera activa. Como con todos los otros medicamentos, lo que hay que evitar es el automatismo. ¿Te pegaste el atracón de tu vida? Tomar un antiácido no resuelve nada. Lo empeora. Y aunque no lo creas, ni siquiera alivia la culpa de la comilona.

Conclusión

Ahora bien, si muchos de los fármacos que tomamos suprimen las defensas... ¿Cómo es que a veces igual nos curamos? ¿Cómo puede ser que una persona mejore aunque tome ibuprofeno, paracetamol o corticoides?

La respuesta es simple: el cuerpo se cura *a pesar* de la medicación, no gracias a ella. Ningún antiinflamatorio suprime completamente la respuesta inmune. Todavía quedan glóbulos blancos, prostaglandinas, fibroblastos, citoquinas y otros mecanismos activos que pueden encargarse del problema. La recuperación sigue estando en manos del cuerpo.

Pero cuando la medicación es más potente —cuando realmente logra suprimir del todo la inflamación, o la fiebre, o el dolor— entonces el cuerpo queda indefenso, y la curación se interrumpe. Y eso no se considera un error, sino un efecto secundario. Pero no lo es. Es un efecto primario, coherente con la función de la droga: apagar la respuesta corporal.

A veces el tratamiento parece funcionar. Por ejemplo, una inyección de oxab¹² puede aliviar un dolor. ¿Pero lo cura? Claro que no. Lo que hace es anestesiarse. El proceso de reparación, si ocurre, lo hace el cuerpo, con su fisiología, su lógica, sus tiempos. Y muchas veces, lo hace a pesar del medicamento. En los casos en que no lo logra, no se duda de la droga: se le atribuye la falla al cuerpo. Como si curarse fuera su obligación, aunque lo hayamos desarmado.

Entonces, ¿qué deberíamos hacer? No necesariamente evitar toda medicación, pero sí cambiar el enfoque. Dejar de preguntar “¿Qué puedo tomar para que se alivie?”, y empezar a preguntarnos “¿Qué está tratando de hacer mi cuerpo, y qué es lo mejor que puedo hacer en ese caso?”.

Ese cambio de lógica no se enseña en la escuela, ni en los prospectos, ni en las publicidades, pero puede aprenderse. Y empieza cuando empezamos a desconfiar —aunque sea un poco— de ese reflejo tan arraigado de medicarnos ante cada síntoma que aparece.

Epílogo

* * *

El síntoma no es el enemigo. No es un error. No es el precio que pagamos por haber vivido mal. Es, en todo caso, el lenguaje del cuerpo cuando intenta mantenerse vivo. Un idioma fisiológico que nos cuesta entender porque hemos aprendido a taparnos los oídos ante el primer murmullo, como si todo sonido fuera ya un grito. Pero el cuerpo no grita. El cuerpo avisa. Y cuando lo dejamos hablar, muchas veces también se cura.

La medicación —incluso la más sofisticada— no reemplaza esa sabiduría. Puede ayudar, puede calmar, puede estabilizar situaciones graves. Pero cuando se convierte en un acto reflejo, un ritual automático, una respuesta asumida como costumbre ante cualquier malestar, deja de ser una herramienta y se transforma en un obstáculo.

Hay que decirlo: la automedicación es nociva. No soy original en esto. Ya se ha dicho mil veces. *Todo el mundo* está de acuerdo. Pero *nadie* lo respeta. Todos tienen un botiquín en casa repleto de medicamentos antisintomáticos que causan más daño que beneficio. Y aunque nos duela admitirlo, la salud del mundo mejoraría si arrojáramos esos botiquines al fondo del océano. Claro que —como decía Wendell Holmes— sería muy bueno para la humanidad, pero muy malo para los peces.

Me voy a atrever con un juego de palabras. Una autoinmune sucede cuando el sistema inmunitario, cuya función debería ser atacar patógenos, ataca el propio cuerpo. De la misma manera, la automedicación sucede cuando el sistema de medicación, cuya función debería ser atacar patógenos, ataca el propio cuerpo. No es casual que las autoinmunes florezcan en la misma era que la automedicación.

Pensar la salud como osteópatas no es oponerse a la medicación, sino rescatar la inteligencia corporal que los síntomas expresan, y dejar de combatirla como si fuera una amenaza. Es aprender a leer en el dolor una advertencia, en la fiebre una respuesta, en la inflamación una intención. Es, en última instancia, recuperar una confianza antigua: la de que el cuerpo sabe más de lo que creemos, y que acompañarlo a hacer lo que intenta —en vez de interrumpirlo— es muchas veces la mejor forma de curar.

Como decía Rollin Becker: “Solo los tejidos saben”.

* * *

5 La prescripción facilitada

*La medicación sin explicación es obscena.
(Toni Cade Bambara)*

Signos y prescripciones

Hasta aquí, todos los medicamentos que analizamos comparten una característica: son fármacos que se consumen por decisión propia, sin prescripción, sin diagnóstico, sin historia clínica. Son los casos más típicos de la medicación facilitada: antiinflamatorios, antipiréticos, antitusivos, mucolíticos, antiácidos. Todos esos frascos y cajas guardados en el botiquín de la casa, y a los que se recurre en cuanto aparece un síntoma.

El objetivo principal de esa primera parte fue desmontar esa respuesta automática: ayudar a repensar la lógica de su uso, explicar por qué calmar un síntoma no siempre es lo mejor, y mostrar que a veces el alivio puede ser contraproducente. Pero a medida que avancemos, el escenario cambia.

A partir de ahora, hablaremos de medicamentos cuyo uso está menos vinculado a la automedicación y más relacionado con la prescripción médica formal. Hablamos de estatinas, antihipertensivos, ansiolíticos, antirresortivos óseos. No se compran por impulso ni se recomiendan en las reuniones de amigos, pero eso no significa que estén exentos de las distorsiones noetiológicas que vimos en un capítulo anterior.

¿Por qué vamos a incluir los medicamentos recetados? ¿Es necesario? Después de todo, la prescripción fue hecha por un médico, y debemos asumir que el médico sabe lo que hace. Es cierto. Pero, aun así, vamos a incluirlos por tres razones.

La primera es que, en muchos casos, la gente los toma sin receta, o con una prescripción vieja. Algunos de estos fármacos, además, hoy en día pueden adquirirse sin receta.

La segunda es que, incluso cuando han sido recetados, a veces se usan mal. Ya mencioné el caso de Ricardo, a quien le indicaron metotrexato junto con ácido fólico y no tomó el segundo. También hay quienes interrumpen un antibiótico a mitad del tratamiento porque ya se sienten mejor. Y miles de casos de personas a las que les prescriben un ansiolítico y un día se toman una pastilla extra para dormir, o porque discutieron con la vecina, o porque al día siguiente tienen un examen.

La tercera razón surgió cuando compartí esta primera parte con amigos médicos y me señalaron que muchos de esos errores de razonamiento no ocurren solo en la automedicación, sino que también son frecuentes entre profesionales. Médicos bien formados, bien intencionados, graduados en universidades, a veces replican, sin saberlo, las mismas confusiones que señalamos antes: ver síntomas como enfermedades, considerar los efectos secundarios como intrascendentes y la tendencia a la medicación fácil.

Según estos colegas, los casos más frecuentes de prescripción poco fundamentada incluyen medicamentos para la hipertensión, el colesterol, la ansiedad y la osteoporosis. También mencionaron el uso indiscriminado de antibióticos o el abuso de indicaciones para vacunas, no porque sean malos per se, sino porque muchas veces se utilizan mal, fuera de contexto, o sin una reflexión etiológica suficiente.

La crítica que aquí se plantea no presupone ni la inutilidad inherente de los fármacos ni la negligencia sistemática de quienes los prescriben. Lo que se objeta, más bien, es la persistencia de una lógica decisional dominada por automatismos terapéuticos o protocolos desactualizados. Lo que propongo no es una desobediencia generalizada, sino una reconfiguración del vínculo médico-paciente, fundada en una racionalidad compartida.

Lo que se propone es que, como pacientes, tengamos también el derecho (y la responsabilidad) de preguntar, de entender, de participar activamente en las decisiones terapéuticas que nos conciernen, porque el problema muchas veces no está en lo que el médico dijo, sino en lo que el paciente entendió, o no entendió, o creyó entender y luego reinterpretó durante el desayuno con la tía Claudia. Es decir: tratamientos abandonados a medio camino porque “ya me siento mejor”, pastillas combinadas sin querer porque “creí que esta también era para el colesterol”, o simplemente ese gesto desesperado de buscar en internet “efectos secundarios de losartán”.

En tales situaciones, la clave no radica en una búsqueda solitaria y fragmentaria de información, sino en un recurso más bien antiguo, simple y casi revolucionario: preguntar. “¿Por qué me da esto, doctor?”, “¿Qué hace este medicamento?”, “¿Qué podría salir mal?”.

Las respuestas no desautorizan al médico, pero sí nos convierten en interlocutores activos, y eso, quizás, sea el primer paso para dejar de pensar en la salud como un catálogo de fármacos y empezar a pensarla como un proceso de acompañamiento orgánico, interpretación funcional y restitución progresiva de la autonomía corporal.

Colesterol y estatinas

El colesterol

Desde fines del siglo XX, el colesterol adquirió mala reputación. Se volvió sinónimo de obstrucción, de riesgo, de enemigo silencioso. Su nombre empezó a aparecer en publicidades de yogures, en carteles de análisis clínicos, en alarmas sanitarias que lo señalaban como el enemigo silencioso en nuestro plato. Pero el colesterol no solo no es dañino: es indispensable.

Es un componente esencial de todas las membranas celulares. Les aporta rigidez, pero también flexibilidad; define su estructura y al mismo tiempo regula su función. Sin colesterol, las membranas se volverían inestables, y las células perderían su capacidad de seleccionar lo que entra y lo que sale. Cada célula que se divide, cada neurona que dispara, cada glándula que secreta hormonas depende de su presencia.

Además, el colesterol es la sustancia base a partir de la cual se fabrican muchas hormonas vitales: las sexuales,

las del estrés, las que regulan el azúcar en sangre. Es precursor de la vitamina D, indispensable para el sistema inmune y la salud ósea. Forma parte de la bilis, que permite digerir y absorber las grasas. Y es una de las moléculas más abundantes en el cerebro, donde sostiene la transmisión sináptica y participa en la formación de nuevas conexiones neuronales.

Es tan importante que el cuerpo no espera recibirlo desde fuera: lo fabrica. De todo el colesterol que circula en nuestro organismo, apenas una sexta parte proviene de lo que comemos. Las otras cinco sextas partes las produce el hígado, continuamente, según las necesidades del sistema. Si la ingesta baja, la producción sube. Si comemos más, el cuerpo compensa fabricando menos. Es un mecanismo de autorregulación finísima, típico de la homeostasis metabólica.

Y no hay manera de consumir demasiado colesterol. Por más hígado y huevos que uno coma, nunca alcanzan a cubrirse las necesidades totales del cuerpo.

Este equilibrio no se limita a la síntesis. Toda la vía metabólica del colesterol —desde sus primeros pasos biosintéticos hasta su transporte en sangre y eventual eliminación— está organizada con una precisión obsesiva. Cada enzima, cada proteína transportadora, cada receptor participa de un sistema complejo que responde a señales fisiológicas, hormonales, inmunológicas. Si el cuerpo eleva el colesterol en la sangre, no lo hace por accidente. Lo hace porque interpreta que necesita más, porque hay una membrana que reparar, una hormona que sintetizar, una sinapsis que mantener.

Pensar que el colesterol sube porque sí, porque se le escapa de las manos, es desconocer el nivel neurótico de regulación que caracteriza a la fisiología.

La hipótesis lipídica

A pesar de la importancia fisiológica del colesterol y de su autorregulación meticulosa, desde hace unas décadas se ha consolidado una narrativa que parece contradecir todo lo anterior: que el colesterol elevado representa una amenaza directa para la salud. Más concretamente, que tener niveles altos de colesterol causa aterosclerosis, y que esta, a su vez, provoca infartos y accidentes cerebrovasculares.

Esta secuencia causal se conoce como la “hipótesis lipídica”. Sus orígenes se remontan a los años cincuenta, cuando el fisiólogo norteamericano Ancel Keys propuso, a partir de estudios epidemiológicos comparativos entre países, que existía una relación directa entre el consumo de grasas saturadas, los niveles de colesterol y la incidencia de enfermedades cardiovasculares. Su famoso *Estudio de los Siete Países* buscaba demostrar que las culturas con dietas más ricas en grasas presentaban más enfermedades cardíacas. Aunque su metodología ha sido objeto de numerosas críticas —por la selección sesgada de países, los registros dietéticos inconsistentes y la omisión de variables como el tabaquismo o el estrés—, sus conclusiones ganaron amplia aceptación y moldearon el pensamiento nutricional durante décadas.

A esta narrativa se sumó, unos años más tarde, el *Framingham Heart Study*, un estudio longitudinal de gran

escala que comenzó en 1948 en la ciudad de Framingham, Massachusetts, con más de 5.000 participantes. Antes de este estudio, se sabía poco sobre los factores de riesgo cardiovascular. Muchas de las recomendaciones actuales —en relación con la dieta, ejercicio, presión arterial, tabaquismo y colesterol— derivan de sus observaciones estadísticas.

Sobre esta base, la hipótesis lipídica quedó formulada en tres pasos encadenados:

1. Si se consumen muchas grasas saturadas, sube el colesterol en la sangre.
2. Si sube el colesterol en la sangre, se acumula placa aterosclerótica en las arterias²⁸.
3. Si se acumula placa en las arterias, puede obstruirlas y provocar un evento cardiovascular.

Ante ese riesgo, esta hipótesis brinda una forma de medición y monitoreo, que es el colesterol en la sangre, y una solución, que es reducir el consumo de grasas saturadas.

Este último es un dato que se presta a confusión. La recomendación inicial, desde los trabajos de Ancel Keys, fue reducir el consumo de grasas saturadas, no el del colesterol, que *no es una grasa saturada*. Durante un tiempo se recomendó también reducir la ingesta de colesterol alimentario, pero esa recomendación fue abandonada al reconocerse que el cuerpo produce la mayor parte del colesterol y la dieta no influye en la cantidad circulante en sangre.

La hipótesis lipídica resulta persuasiva porque se comprende con facilidad. Tendemos a imaginar el colesterol como el sarro que se acumula en las cañerías de las casas. Entendemos que, si hay mucho colesterol dando vueltas por la sangre, se adhiere a las paredes arteriales igual que el sarro a las cañerías de agua, y que, si es mucho mucho, las obstruye. Es una hipótesis persuasiva porque es muy gráfica. Incorrecta, pero gráfica.²⁹

Pequeñas inconsistencias empíricas

Pero cuando se analiza con mayor detalle la relación entre colesterol y enfermedad cardiovascular, la evidencia se vuelve mucho más difusa. En el estudio Framingham, por ejemplo, la correlación entre colesterol total y riesgo cardiovascular solo se mantiene hasta los 40 años, se diluye después de los 50 y se invierte después de los 70: a mayor colesterol, menor riesgo de muerte por cualquier causa.

Otros estudios indican que niveles bajos de colesterol se asocian con mayor riesgo de ictus, cáncer, infecciones y enfermedades neurodegenerativas. Aun así, el dogma permanece: reducir el colesterol es siempre bueno. El dato pierde contexto, y se convierte en objetivo terapéutico.

Esa inercia tiene raíces profundas. La hipótesis lipídica no solo se consolidó por evidencia empírica, sino por su capacidad de simplificación causal. Como señalamos antes, Ancel Keys propuso un modelo lineal y elegante: grasas

²⁸ Este paso es confuso. La creencia popular es que el colesterol se acumula en las arterias, pero no es así. Solo el 3% de la placa está formado por colesterol. El resto de la placa incluye grasa, células inmunes, calcio y otras sustancias.

²⁹ La gente tiende a aceptar hipótesis incorrectas cuando encuentra una analogía elegante. Ejemplos de teorías gráficas, elegantes y difundidas entre la gente común, pero que el mundo académico y científico declara como incorrectas por unanimidad: la evolución lamarckiana, el cerebro triuno de MacLean, el Síndrome de Adaptación General de Selye.

saturadas → colesterol → enfermedad cardíaca. Esa secuencia, más que demostrada, fue asumida como cierta. Y una vez aceptada, comenzó a organizar la forma en que se recolectaban los datos, se evaluaban los riesgos y se tomaban decisiones clínicas.

Así, el colesterol dejó de ser un dato bioquímico para convertirse en enemigo. Se lo midió, clasificó, dividió entre "bueno" y "malo", y se trazaron umbrales de intervención que, en muchos casos, no tienen en cuenta ni el contexto clínico ni la fisiología individual. Hoy sabemos que esa clasificación HDL/LDL fue muy difundida en su momento, pero ya no se sostiene como simplificación válida. Como ironiza Robert Lustig en *Metabolical*: "Por favor, no mencione el colesterol 'bueno' y 'malo'. Eso es cosa del siglo XX".

Además, los estudios epidemiológicos no son unívocos. Algunos encuentran correlación entre colesterol alto y ciertas patologías; otros no encuentran ninguna; otros encuentran la correlación inversa: a menor colesterol, mayor riesgo. Lo mismo ocurre con los estudios sobre estatinas: algunos muestran beneficios, otros no, y otros muestran una reducción de eventos cardiovasculares al costo de mayor incidencia de cáncer o deterioro cognitivo. La aparente solidez estadística se tambalea cuando se observa el panorama completo.

Entonces, ¿qué hacemos con toda esta información contradictoria?

Aquí suele entrar en juego un razonamiento muy humano, pero profundamente equivocado. Al enfrentarse con resultados opuestos, muchas personas concluyen que "todo es opinable". Que, si hay estudios a favor y estudios en contra, no puede deducirse nada firme.

Pero la ciencia no funciona así.

El método científico no demuestra verdades, solo descarta errores. Su fuerza no reside en confirmar hipótesis, sino en mostrar cuáles no se sostienen. Lo único que puede afirmar con certeza es la falsedad de una afirmación. Todo lo demás es probabilidad, aproximación, confianza estadística.

El ejemplo clásico es el de los cisnes negros. Supongamos que alguien propone: "Todos los cisnes son blancos". Puede observar miles de cisnes blancos, pero nunca podrá probar su hipótesis con certeza. Basta que alguien encuentre un solo cisne negro para refutarla. Y esa refutación —esa excepción— tiene más peso que todas las confirmaciones.

Aplicado al colesterol: si existe una hipótesis fuerte que dice "el colesterol alto siempre causa enfermedad cardiovascular", y alguien encuentra una población —una sola— con colesterol alto y baja incidencia de ataques cardíacos o ictus, la hipótesis ya no se sostiene. No importa cuántos estudios la hayan respaldado antes. Un solo cisne negro basta.

Y, sin embargo, en nuestra cultura saturada de datos, correlaciones, titulares y opiniones, esa contradicción no suele invitar a la reflexión, sino al cansancio. El sujeto posmoderno, más que analizar, se retira. Dice: "Todo depende, todo es opinable". Pero esa actitud —que se presenta como tolerante— es en realidad una forma de renuncia. Una claudicación del pensamiento crítico ante la complejidad del mundo.

Que haya evidencia contradictoria no debería llevarnos al escepticismo. Debería empujarnos a preguntar mejor. A revisar los supuestos. A preguntarnos por qué una misma variable parece tener efectos distintos en distintos cuerpos. Qué contextos estamos ignorando. Qué preguntas no nos estamos animando a hacer.

Distorsiones noetiológicas

La hipótesis lipídica encarna varias de las distorsiones noetiológicas que abordamos hace algunos capítulos. En primer lugar, Confundir Signos Con Causas. Algunos estudios encontraron niveles altos de colesterol en pacientes con enfermedades cardiovasculares, pero que dos variables aparezcan juntas no implica que una cause la otra. Correlación no implica causalidad. Por tanto, no podemos deducir que el colesterol *cause* patologías cardiovasculares. El colesterol podría estar allí como efecto de la enfermedad, no como su origen. O quizás ambas —el colesterol elevado y la lesión vascular— respondan a un mismo fenómeno subyacente: inflamación crónica, estrés oxidativo, daño endotelial. Esta inversión causal es el punto central de este error: asumir que el cuerpo se equivoca, que produce colesterol sin motivo, que su presencia indica amenaza.

Y, sin embargo, incluso cuando los datos contradicen esta lógica, el modelo persiste. Un ejemplo paradigmático es el de aplicarlo a la población femenina. El hecho de que la hipótesis lipídica no aplica para las mujeres está fuera de dudas. Una revisión sistemática de los principales estudios revela que, en las mujeres, la correlación entre colesterol sérico y riesgo de infarto es, en el mejor de los casos, estadísticamente insignificante. En lugar de reconsiderar la hipótesis, la comunidad científica incorporó una *explicación ad hoc*: se postuló que los estrógenos protegían a las mujeres de los efectos dañinos del colesterol.

Este tipo de maniobra es conocido en epistemología como una “hipótesis de salvataje”. Cuando una hipótesis entra en crisis por una observación contraria, en lugar de abandonarse, se modifica en los márgenes para proteger su núcleo. Pero incluso esa hipótesis de los estrógenos perdió sustento empírico con los ensayos clínicos en varones sometidos a terapia hormonal sustitutiva: los resultados no mostraron diferencias significativas en la incidencia de eventos cardiovasculares.

¿Por qué, entonces, persiste la hipótesis lipídica?

Una de las razones posibles es que se trata de una hipótesis narrativamente poderosa. Ancel Keys no solo propuso una relación causal entre grasas, colesterol y enfermedad: propuso una imagen. Una narrativa visual e intuitiva (la grasa como exceso, el colesterol como residuo). Una imagen fácil de enseñar, de representar, de incorporar. Pero el atractivo narrativo de una hipótesis no garantiza su validez fisiológica.

A esto se suma otro factor, más estructural: la industrialización del conocimiento médico. La hipótesis lipídica no solo es convincente: es útil. Es la base conceptual que justifica la medición rutinaria del colesterol y, sobre todo, la prescripción de estatinas, uno de los mercados farmacéuticos más lucrativos del mundo. En la actualidad, el mercado global de estatinas supera los 16 mil millones de dólares anuales. Ante semejante volumen, no sorprende que puedan existir conflictos de interés, presiones comerciales y sesgos de publicación.

Numerosas investigaciones han señalado cómo ciertos estudios fueron diseñados para favorecer resultados específicos, cómo revistas científicas dependen económicamente de laboratorios, y cómo las guías clínicas pueden estar influidas por vínculos con la industria, pero esa es una discusión que no me interesa profundizar ahora. Quien desee profundizar en ese tema encontrará valiosos aportes en otros autores (Bowden, 2020; Kendrick, 2008; Rosch et al.,

2016; Kendrick, 2018; Lustig, 2017; Ravnskov, 2010; Attkisson, 2023; Gotzsche, 2013; Makary, 2024; Angell, 2004; Abramson, 2005; Moynihan, 2005; Goldacre, 2012).

Lo que aquí queremos subrayar es otra cosa: que muchas veces lo que se presenta como evidencia científica no es solo una descripción del cuerpo, sino también una construcción teórica, simbólica, económica y política. Y que, por eso, para pensar con criterio, hace falta algo más que leer papers: hace falta revisar los supuestos, examinar las causas, y no confundir lo que se observa con lo que sucede.

La cuestión es que el colesterol no es causa de enfermedad. Ninguna investigación empírica ni publicación académica llega a esa conclusión. Sin embargo, la concepción común es que el colesterol provoca aterosclerosis. No es así.

Algunos, más moderados, dicen que el colesterol constituye en realidad un factor de riesgo. Pero incluso esta formulación es problemática. Para asegurar que es un factor de riesgo, debería existir una explicación fisiológica que mostrara cómo el aumento de colesterol en sangre incrementa el riesgo de aterosclerosis. En realidad, lo único que muestran las investigaciones es que en ciertos casos (no en todos) determinadas poblaciones con niveles más elevados de colesterol presentan mayor tendencia a algunas patologías cardiovasculares que otras poblaciones con niveles más bajos.

Estrictamente hablando, lo que tenemos no es una causa ni un factor de riesgo, sino un hallazgo estadístico: una correlación, comparable a la proliferación de sapos violetas en los brotes de fiebre verde, o a la elevación de leucocitos en una infección. Entonces, la concepción popular del papel del colesterol incurre en una doble distorsión noetiológica: primero, confunde hallazgos con riesgos; y luego, confunde esos riesgos con causas.

De paradigma dietético a paradigma farmacológico

La hipótesis lipídica original postulaba, en términos generales, una relación directa y universalmente válida entre el consumo de grasas saturadas y el riesgo cardiovascular³⁰. Era, podríamos decir, una hipótesis con aspiraciones pedagógicas: clara, lineal, saludable. Comer menos grasa = menos infartos. Fácil de recordar, fácil de repetir. Lo que no era tan fácil, claro, era modificar hábitos dietéticos a nivel poblacional. Tampoco ayudaba que los resultados epidemiológicos fueran poco concluyentes y que los estudios clínicos no permitieran distinguir si la leve mejoría era producto de la dieta o de otros factores incontrolables.

Fue en ese contexto que se produjo un giro que podríamos llamar el desplazamiento desde un paradigma dietético a un paradigma farmacológico. Es decir: de un enfoque que pretendía cambiar conductas culturales a otro que proponía corregir cifras bioquímicas. De la idea de que el cuerpo se cuida comiendo distinto, a la noción de que el cuerpo se regula desde fuera con una pastilla.

El nuevo blanco ya no era la grasa en el plato, sino una variable medible y operable: el nivel de colesterol en

³⁰ Ya lo dije, pero voy a repetirlo: el colesterol no es una grasa saturada. Ancel Keys no propuso ingerir menos colesterol, sino menos grasas saturadas.

sangre. Si el colesterol alto se asociaba con mayor riesgo, entonces reducirlo debía reducir ese riesgo.

Y así, lo que era una correlación pasó a ser tratada como causalidad (por el efecto sapos violetas), y luego como indicación terapéutica automática. El colesterol dejó de pensarse como una molécula multifuncional —implicada en la estructura de las membranas, en la síntesis hormonal, en la regulación inmune— para convertirse en una cifra a corregir. De hecho, en el imaginario colectivo se confunde colesterol con grasa. Así nació y se popularizó el uso de una intervención farmacológica concreta: las estatinas. Estas sustancias actúan inhibiendo una enzima en uno de los primeros tramos de la vía del mevalonato, un complejo circuito biosintético responsable de la producción de colesterol endógeno y algunas otras sustancias.

El resultado fue un nuevo modelo terapéutico basado en un triple automatismo: biomarcador medido → cifra elevada → medicación crónica. Con poca o nula investigación sobre las causas profundas de esa elevación, con escasa contextualización fisiológica, y con un entusiasmo comercial desproporcionado respecto del beneficio clínico en poblaciones sin antecedentes cardiovasculares previos.

Efectos adversos de reducir el colesterol

Los efectos adversos de las estatinas existen, están documentados y son más frecuentes de lo que se reconoce públicamente. Sin embargo, el discurso dominante insiste en su seguridad, en su eficacia, en su necesidad. A pesar de ese aparente consenso, se acumula una lista de síntomas descritos por millones de personas: mialgias, debilidad muscular, fatiga persistente, insomnio, alteraciones de la memoria, deterioro cognitivo leve, cambios en el estado de ánimo, disfunción hepática, aumento del riesgo de diabetes tipo 2. En casos extremos, puede aparecer rabdomiólisis, una destrucción muscular grave que puede derivar en insuficiencia renal.

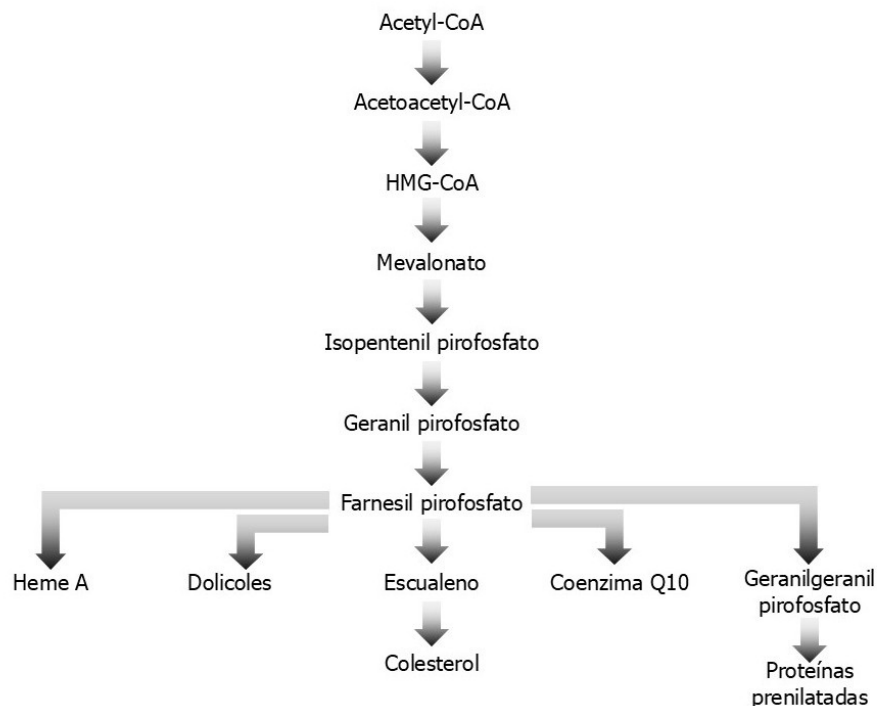
Y, sin embargo, muchas personas no logran asociar estos síntomas con la medicación. O lo hacen tarde, cuando ya llevan meses preguntándose qué les pasa. Parte del problema es que estos efectos no son bruscos ni espectaculares: no activan señales de alerta, sino que se manifiestan de forma difusa y progresiva. Cansancio sin explicación. Dolores difusos. Torpeza mental. Lentitud inesperada en el cuerpo o en la palabra. Muchas veces, ni siquiera los médicos suelen identificarlos como efectos del medicamento. Se atribuyen a la edad, al estrés, o, peor aún, se diagnostican como una nueva enfermedad, lo que deriva en más estudios, más diagnósticos, más medicamentos.

Estos efectos no son secundarios. Son consecuencias directas de haber reducido una molécula que cumple múltiples funciones esenciales. Cuando se bloquea la producción de colesterol endógeno, no solo se altera la elasticidad de las membranas celulares, la producción hormonal o la sinapsis neuronal. También se desequilibra la inmunidad, se debilitan los mecanismos antioxidantes, se interrumpe el ritmo metabólico de tejidos altamente activos. Todo eso, incluso sin síntomas visibles, tiene un costo fisiológico.

Efectos adversos de inhibir otras funciones de la vía del mevalonato

* * *

Pero las consecuencias de las estatinas no se deben únicamente a la reducción del colesterol. Las estatinas inhiben la acción de la HMG-CoA reductasa en la ruta del mevalonato, y esa ruta metabólica no solo genera colesterol, sino también otras moléculas cruciales.



Entre ellos se encuentra la coenzima Q10, indispensable para la producción de energía en las mitocondrias. Su déficit afecta, sobre todo, a los tejidos que más energía consumen: músculos y cerebro. El heme A, por su parte, es vital para el transporte de oxígeno y la respiración celular. Los dolicoles están siendo estudiados por su implicación en enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer. Las proteínas prenilatadas regulan el crecimiento celular, y su ausencia se ha asociado con alteraciones en la señalización intracelular y algunos tipos de cáncer.

Al inhibir la HMG-CoA reductasa, las estatinas no solo reducen el colesterol: interrumpen una red biosintética compleja, en la que participan moléculas esenciales cuya interacción aún no comprendemos del todo.

Ante esta evidencia, algunos médicos recomiendan suplementar coenzima Q10 junto con la prescripción de estatinas, para compensar el déficit que se genera al bloquear su producción endógena. Pero esa estrategia, aunque bienintencionada, puede resultar más problemática de lo que parece. El cuerpo no produce colesterol y Q10 por separado. Lo hace de forma acoplada, en una proporción que parece estar finamente calibrada. Hay una razón, aún no del todo clara, por la que los produce juntos. Tomar estatinas con Q10 evita la disminución de Q10, pero altera el balance colesterol/Q10, que el cuerpo parece creer importante. Algunos sostendrán que el hecho de que se produzcan juntos es casual, pero eso implica ignorar que los procesos corporales están altamente regulados. Separar artificialmente esa producción —inhibiendo una y reforzando la otra— puede generar desequilibrios nuevos, cuya

fisiología aún no hemos descifrado³¹.

Esta es la paradoja de las estatinas: su eficacia en reducir el colesterol es indiscutible, pero esa eficacia puede ser desproporcionada, incluso contraproducente, si se la persigue sin entender el sistema que se está modificando. Acaso sea una sustancia que mata sapos violetas.

Ética de la intervención

En pacientes con antecedentes de infarto o enfermedad cardiovascular, las estatinas pueden ser útiles: parecen reducir modestamente el riesgo de nuevos episodios. Pero esa eficacia, aunque real, suele presentarse de forma más espectacular de lo que los datos justifican. El estudio MRFIT, por ejemplo, mostró que una reducción del colesterol del 1 % conlleva una disminución del 2 % en el riesgo de infarto. Puede sonar alentador, hasta que se pone en contexto: si la probabilidad inicial de infarto era de 1,3 %, bajará a 1,27 %. Es una reducción real, pero en términos absolutos es ínfima.

En pacientes sin antecedentes de enfermedad cardiovascular, los beneficios de las estatinas son aún menores o directamente inexistentes. Según Malcolm Kendrick, “si usted es un hombre sin cardiopatía, o una mujer de cualquier edad, tomar estatinas no le dará ni un solo día más de vida” (Kendrick, *The Great Cholesterol Con*). La frase es provocadora, pero refleja un consenso cada vez más extendido: en personas sin eventos previos, la reducción del colesterol no garantiza reducción significativa del riesgo clínico.

“Un nivel *bajo* de colesterol aumenta el riesgo de muerte en hombres y mujeres. Este es un hecho que nunca ha sido desmentido por ningún estudio. También es un hecho que está tan bien escondido que nadie con quien yo haya hablado es consciente de ello. De hecho, cuando lo menciono, nadie me cree.” (Kendrick, *The Great Cholesterol Con*)

En el caso de las mujeres, la contradicción es aún más evidente. La mayoría de los estudios importantes no logra establecer una correlación significativa entre colesterol elevado y riesgo cardiovascular en mujeres. Sin embargo, las estatinas se prescriben de todos modos. Una vez más, la pregunta surge con claridad: si no hay evidencia sólida de que funcionen en este grupo: “¿Qué explica entonces que sigan indicándose en mujeres?”.

Más allá del riesgo cardiovascular, el otro argumento para justificar la reducción del colesterol es la prevención de ictus (accidentes cerebrovasculares). El razonamiento parece lógico: si el colesterol circulante contribuye a la formación de placas ateromatosas en las arterias carótidas (aunque ya vimos que esta suposición es sospechosa), y esas placas pueden desprenderse, formar un trombo y bloquear una arteria cerebral, entonces bajarlo debería reducir el riesgo de ictus (ACV) isquémico. La premisa subyacente —esto es, que la acumulación lipídica representa el vector

³¹ Algunos pacientes que tomaron suplementos de Q10 me dicen que les produce pesadillas horribles. Pienso en la función del sistema glial, que reemplaza al sistema linfático en el cerebro, y que por la noche se activa para limpiar y, al hacer circular líquido que conecta neuronas, produce sueños. ¿Habrá alguna relación?

patogénico primario— habilita la intervención farmacológica destinada a reducir dicho marcador.

Pero esa es solo una mitad de la historia. No todos los ictus son isquémicos. En los ictus hemorrágicos, el problema no es un bloqueo, sino una rotura. El vaso se desgarrar —por un defecto estructural o por falta de consolidación tisular— y la sangre se derrama, generando un daño cerebral extenso. Y en esos casos, el colesterol cumple una función que rara vez se menciona: participa en la reparación y refuerzo de las paredes arteriales. Donde hay microlesiones, el colesterol interviene como parte de un mecanismo reparador. Una hipótesis es la siguiente: el colesterol participa en la reparación de vasos dañados, y esa reparación evita ictus hemorrágicos, pero si la reparación es masiva o defectuosa, puede producir ictus isquémicos.

Desde esta perspectiva, niveles persistentemente bajos de colesterol podrían tener un efecto contraproducente: aumentar el riesgo de hemorragia cerebral por falta de integridad estructural. El colesterol elevado, en cambio, podría representar un intento del cuerpo por reparar y reforzar tejidos comprometidos. Como muestra John Abramson: «En las tablas incluidas en este artículo había estadísticas que mostraban que los niveles más bajos de colesterol total y los niveles más bajos de colesterol LDL estaban significativamente correlacionados con un riesgo *mayor* de ictus» (Abramson, *Overdosed America*).

Preguntar antes de intervenir

El problema no son las estatinas en sí. El problema es su uso automático, descontextualizado, insensible al significado del síntoma. Se interviene sobre un número, no sobre un proceso; se corrige el dato, pero no se comprende la razón por la cual el cuerpo lo generó. La automatización estadística reemplaza a la sabiduría clínica.

Existe, sin embargo, otra posibilidad: que el colesterol alto no sea la causa de una enfermedad, sino la expresión de un esfuerzo defensivo. Si esto fuera así —y hay motivos para pensar que lo es al menos en muchos casos— entonces bajar el colesterol sin comprender por qué subió sería un doble error: clínico y epistemológico.

La pregunta no debería ser cómo bajar el colesterol, sino por qué subió. Esta inversión, simple pero radical, transforma el abordaje clínico: lo desplaza de la corrección automática a la comprensión contextual. No se trata de negar que existan casos en los que reducir el colesterol sea útil, sino de advertir que esa decisión nunca debería ser automática.

Si el colesterol está elevado, el primer gesto clínico no debería ser farmacológico, sino inquisitivo. ¿Hay un proceso inflamatorio en curso? ¿Un esfuerzo del cuerpo por reparar tejidos, producir hormonas, sostener una defensa? ¿Está intentando reforzar membranas celulares? ¿Está aumentando la producción de ciertas hormonas? ¿Está, quizás, reclutando recursos inmunológicos para prevenir —o combatir— una disrupción incipiente, tipo cáncer? (Sí, dije cáncer, pero volvamos a eso más adelante.)

Las cifras, sin su relato, no dicen nada. El resultado de laboratorio no puede ocupar el centro. Lo que importa no es cuánto colesterol hay, sino qué está haciendo ahí: qué sentido tiene en ese cuerpo, en ese momento, en ese proceso.

Que esto quede claro: no estoy en contra de las estatinas, sino de una forma de intervención. En alguna red social encontré a alguien que se quejaba de las estatinas y proponía a la gente cambiarlas por algo menos farmacológico, y entonces compartía una receta magistral homeopática para bajar el colesterol. Pero esa idea está mal por muchos motivos.

Primero, la propuesta no deja de ser farmacológica, aun siendo homeopática, pero eso es un detalle gramatical que podríamos obviar. Segundo, es una receta genérica: bajar el colesterol a todo el mundo sin mirar cada caso; lo mismo que hace la medicina a la que dice oponerse. Tercero, no pregunta por el sentido del colesterol en cada cuerpo, que puede ser parte de un intento de reparación, no el problema en sí. Cuarto, cambia la herramienta, pero mantiene la misma obsesión con la cifra del laboratorio, como si el número fuera la enfermedad. Quinto, perpetúa la idea de que toda intervención debe ser medicamentosa. Y sexto, conserva la falsa oposición entre lo “natural” y lo “farmacológico”, sin cuestionar la raíz del problema: la costumbre de tratar al cuerpo como algo que debe ser controlado desde afuera.

La decisión de intervenir no debería basarse en un protocolo genérico, sino en una lectura singular. Quizás haya cuerpos en los que el colesterol elevado sea parte de un proceso dañino, y otros en los que sea una herramienta compensatoria. Habrá casos en que reducirlo sea prudente, y otros en los que hacerlo podría interrumpir una función valiosa. La única forma sensata de decidir es preguntando: ¿cuál es el rol de esta sustancia en este escenario? ¿Qué pasaría si no intervenimos? ¿Y qué consecuencias tendría intervenir?

Frente a la lógica repetitiva de "bajarlo porque está alto", lo que proponemos no es una consigna, sino una ética de la interpretación clínica. Un modo de razonar que no cancela la intervención, pero la subordina al análisis. Si la medicina aspira a ser racional, no puede basarse en umbrales automáticos. Tiene que empezar por entender.

Una serie de autores —entre ellos Uffe Ravnskov, Malcolm Kendrick, Jonny Bowden, Ivor Cummins, Joseph Kraft, Peter Libby, David Diamond y Paul Mason— han cuestionado los fundamentos de la hipótesis lipídica. Sus argumentos no solo se apoyan en la reevaluación crítica de la evidencia, sino también en la formulación de modelos alternativos. Curiosamente, a pesar de sus diferencias, todos coinciden en un punto central: la aterosclerosis no se inicia porque haya colesterol alto, sino por daño en las paredes de las arterias.

Lo que varía entre estos autores es la causa última de esa agresión endotelial. Para algunos, como Ravnskov, el enemigo es infeccioso: bacterias o virus crónicos que estimulan una respuesta inmunitaria constante. Para Kendrick, la clave está en el daño repetido: tensión arterial, tabaquismo, estrés psicológico, inflamación persistente. Bowden y Cummins apuntan a la dieta moderna —azúcares, harinas refinadas— como la principal fuente de inflamación vascular. Kraft pone el foco en la hiperinsulinemia oculta, que intoxica silenciosamente los vasos. Otros, como Libby, integran todos estos factores en un modelo inflamatorio más amplio, sin exculpar del todo al colesterol, pero subordinándolo a un contexto más complejo. (Libby, 2002; Kraft, 2008; Kendrick, 2007, 2018, 2021; Ravnskov, 2010; Bowden & Sinatra, 2012; Diamond & Ravnskov, 2015; Cummins & Gerber, 2018; Mason, 2020)

En ese contexto, el colesterol no actúa como agresor, sino como parte del intento del cuerpo por reparar el tejido dañado. De allí la presencia de colesterol en las placas ateroscleróticas: no porque haya causado el problema, sino porque tiene alguna función en la reparación. Esto concuerda con la idea de que no todo lo que está presente en una enfermedad es necesariamente su causa, y también con la noción de que muchos signos que interpretamos como

patológicos son en realidad parte de un proceso fisiológico de reparación.

Para comprender hasta qué punto puede extraviarse el razonamiento clínico colectivo cuando se divorcia del sentido común, basta con una analogía elemental. Imaginemos una ciudad asolada por numerosos incendios. El gobierno, alarmado por la frecuencia de los siniestros, decide crear una comisión investigadora. Esta recorre los sitios afectados y descubre un patrón inquietante: en todos los lugares donde hubo fuego, había bomberos. Más aún: en los sitios donde no se registraron incendios, no se observó presencia de bomberos. A partir de este hallazgo, la comisión llega a una conclusión tan lógica como insensata: la causa de los incendios deben ser los bomberos. Y, como medida correctiva, recomienda reducir la dotación de bomberos de la ciudad a la mitad.

¿Es una historia absurda? Seguramente, pero no más absurdo que su correlato biomédico: la idea de que la mera presencia de colesterol en contextos patológicos lo convierte en agente etiológico.

Y si esto parece exagerado, consideremos otro escenario, menos alegórico pero más alarmante. Sabemos que el colesterol participa activamente en las funciones inmunológicas, y que el cuerpo recurre a él como insumo para reforzar los mecanismos de defensa. Sabemos también —o al menos lo postulan muchas teorías oncológicas actuales— que las células cancerosas emergen con cierta regularidad, como errores de replicación en un sistema que, por definición, no puede ser infalible. En condiciones normales, el sistema inmune las detecta y las elimina antes de que generen problemas mayores.

Entonces, un día sucede algo así. Una célula muta, inicia su reproducción anómala, y el cuerpo responde con celeridad: activa sus mecanismos de defensa y, entre ellos, incrementa la producción de colesterol, porque lo necesita para fortalecer las funciones de los macrófagos, de las células dendríticas, de los linfocitos.

Todo iría bien, salvo que justo en esas fechas la persona tiene su análisis de sangre anual, y por supuesto el colesterol sale elevado. Pero la persona no sabe que el colesterol está alto para contrarrestar una insurgencia cancerígena. Nadie se hace esa pregunta tampoco: si el colesterol está alto, hay que bajarlo sin preguntar. Entonces se indica una estatina, que baja el colesterol y, por tanto, interfiere con la estrategia de protección. Un punto para el cáncer.

¿Absurdo también? Quizás. Pero recordemos que uno de los efectos adversos reportados de las estatinas es el aumento de riesgo de cáncer. ¿Será posible que las estatinas no sean cancerígenas en sí mismas, sino que en aquellos pacientes en que el cuerpo había aumentado el colesterol para combatir alguna insurgencia cancerosa, las estatinas, al impedir esa respuesta, los dejaron más vulnerables? Esta hipótesis es extravagante, pero cuenta con una correlación empírica: muchos estudios encontraron que valores demasiado bajos de colesterol son correlativos con alta probabilidad de cáncer. Esto no nos da ninguna certeza (porque correlación no implica causalidad), pero quita algo de ingenuidad a nuestra especulación.

La decisión, el médico y la autonomía

No se trata aquí de demonizar a las estatinas. Si un médico las prescribe, lo hace —al menos en teoría—

apoyado en guías clínicas, algoritmos terapéuticos y una evidencia estadística que respalda su decisión. Pero entre una prescripción informada y un consumo automático hay una distancia enorme. Lo que se cuestiona aquí no es el acto médico en sí, sino la obediencia sin conciencia; esa delegación pasiva que convierte al paciente en ejecutor de una indicación, y no en interlocutor del proceso. Haya o no un médico en la ecuación, lo que me interesa aquí es educar al paciente.

Por ejemplo, no es adecuado tomarlas sin receta o con una prescripción vieja.

Tampoco lo es ignorar los efectos adversos: una especie de molestia vaga en las piernas, un dolor sordo en la cadera que uno atribuye a una mala postura al dormir, o cierta dificultad para recordar nombres o palabras que solían emerger con fluidez. Pequeños síntomas que se naturalizan —“es la edad”, “dormí mal”, “debo estar estresado”— pero que podrían estar revelando un desequilibrio más profundo. Quizás la causa sea la estatina.

Si algo de eso ocurre, lo correcto no es abandonar la medicación por cuenta propia, como suele hacer mucha gente. Lo sensato es preguntar. Hablarlo con el médico. El hecho de que la mayoría de los pacientes suspenda el tratamiento sin avisar al profesional que lo atiende es un dato elocuente: más que un acto de desobediencia es un signo de desconexión estructural entre el sujeto y el dispositivo terapéutico.

Reapropiarse de ese sentido no implica romper el vínculo médico. Implica habitarlo. Preguntar, expresar dudas, comunicar los efectos. En una época en la que la adhesión al tratamiento se mide por cumplimiento y no por comprensión, decir “esto no me hace bien” puede ser un gesto elemental de autonomía.

Hipertensión y antihipertensivos

En el 90 % de los casos la causa de la hipertensión arterial es desconocida, por lo cual se denomina «hipertensión esencial». Es decir, se detecta presión alta, pero no se detecta una causa. Se mide un signo, se lo considera “anormal” y se prescribe un medicamento para normalizarlo, sin analizar si esa supuesta anormalidad es en realidad una estrategia adaptativa del cuerpo.

Algunas de las causas probables de la hipertensión son estenosis de la arteria renal, hipertiroidismo, glomerulonefritis, coartación aórtica, tumores encefálicos, esclerodermia y otras veinte o treinta condiciones conocidas. Cuando a un paciente se lo diagnostica con hipertensión esencial, existe alguna causa subyacente (que puede ser alguna de las nombradas u otra). Que no se la conozca no quiere decir que no exista.

Ya hablamos de una de esas causas posibles: la estenosis de la arteria renal, es decir, un estrechamiento que impide el paso normal de sangre hacia el riñón. En ese caso, lo que sucede es sencillo. En la arteria de entrada al riñón, hay un sensor de presión sanguínea. Está situado ahí por una cuestión estratégica: el riñón necesita recibir una determinada cantidad de sangre para funcionar bien. Si la tensión arterial es demasiado baja, entra menos sangre al riñón y se produce menos orina (una condición llamada oliguria) y entonces los desechos nitrogenados tóxicos, como la creatinina y la urea, se acumulan en el cuerpo y dañan los tejidos. Esta condición se llama azotemia, y puede ser mortal. Para evitar eso, el riñón tiene un sistema que garantiza el influjo suficiente de sangre: si en la entrada al riñón

el sensor detecta menos presión de la esperada, dispara una cascada hormonal (el famoso sistema renina-angiotensina-aldosterona, o SRAA) que sube la tensión arterial. Genial.

Dijimos que al 90 % de los pacientes con hipertensión se les diagnostica hipertensión esencial. ¿Qué se suele hacer en esos casos? Se prescriben fármacos para bajar la presión. Hay distintos tipos, pero muchos actúan sobre alguno de los eslabones del SRAA. Algunos inhiben la producción de renina, otros (como el enalapril o lisinopril) inhiben la enzima ECA, y otros (como el losartán) bloquean los receptores de angiotensina II. Muchos comprimidos también incluyen diuréticos, porque la mejor manera de bajar la presión de un recipiente lleno de líquido es dejar salir algo de líquido.

Ahora bien, una porción de los pacientes con hipertensión esencial podría tener una estenosis no detectada de la arteria renal, sobre todo en los casos donde el tratamiento efectivo consiste en antagonistas del sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona. En esos casos, la suba de presión no era un error, sino una solución. Si bloqueamos la respuesta, el riñón sigue recibiendo poca sangre, filtra mal, y se acumulan toxinas. Es decir, en todos esos pacientes, lo que la medicación suprime no es la causa del problema, sino la respuesta del cuerpo al problema.

Pero... ¿No lo saben los que fabrican o recetan estos medicamentos? Claro que lo saben.

¿Y qué hacen? Lo escriben en el prospecto, en el apartado Efectos Adversos: "Posible oliguria, azotemia progresiva y, raramente, insuficiencia renal aguda y/o muerte".

El que avisa no traiciona.

Mi amigo Peter es hipertenso, pero dice que tiene la presión controlada (con medicación). No, señor. Si Peter tiene hipertensión esencial, y todos los días se toma un comprimido que interfiere con el mecanismo que activa su cuerpo para subir la presión, no está controlada.

Peter tiene algún problema fisiológico que es anterior a la hipertensión. El cuerpo está intentando subir la presión para regular o compensar ese problema, y un fármaco se lo impide. ¿Cuál es el problema? Ah, ni idea. Es decir, se conocen muchas situaciones en las que el organismo puede necesitar subir la presión; lo que no se sabe es cuál de esas situaciones se aplica a Peter. Que Peter tiene alguna de esas situaciones es indiscutible, pero ningún estudio pudo determinar cuál.

Tampoco es que le hayan hecho tantos estudios. Me da la sensación de que los médicos de Peter no están desesperados por encontrar qué es. Y Peter tampoco. Yo en su situación estaría como loco, persiguiendo a mi médico para que me haga más tests para averiguar qué me hace subir la presión. Peter no. Dice que para qué va a hacer tanto lío, si igual la tiene controlada.

Hay quien argumenta que bajamos la presión porque sabemos más que el cuerpo. Por un lado, nosotros sabemos que la presión alta es dañina. Por otro, no encontramos nada que indique que haga falta presión alta. Por tanto, el cuerpo está equivocado y nosotros tenemos razón. Sin embargo, ni siquiera sabemos por qué se produce la hipertensión esencial, así que claramente la decisión de bajarla está basada en la ignorancia y no en el conocimiento.

Y ojo, que esto no es una apología de dejar los medicamentos. Que Peter siga tomando lo que tiene que tomar. Pero que no diga que tiene la presión controlada. Lo que tiene es un sistema intervenido, no controlado.

Entonces, Peter tiene dos caminos: tomar una pastilla todos los días y olvidarse, y autoconvencerse de que la

tiene controlada para dormir tranquilo, o tomar una pastilla todos los días y no olvidarse, y seguir buscando cuál es el problema. Ambas son opciones válidas. Lo ideal sería una solución intermedia, que quizás sea utópica: poder dormir tranquilo pero sin dejar de buscar.

Quiero presentar un caso ilustrativo.

Una paciente de 80 años vino a verme por dolor lumbar y ciático. También dolores en la rodilla derecha, donde le diagnosticaron artrosis. También le encontraron quistes de Baker en las dos piernas, pero no le producen síntomas. Estos dolores le empezaron de a poco hace varios meses. No tuvo ninguna cirugía. En la anamnesis, me cuenta que toma enalapril. Me cuenta que a veces tiene dolores en la cresta iliaca o en el pubis, cuando se despierta. Las zonas que me señala me suenan a las regiones inervadas por los nervios iliohipogástrico e ilioinguinal, cuyas raíces están muy cerca del riñón y muchas veces pueden volverse disfuncionales ante una ptosis o una irritación renal. Al examinarla encuentro el psoas derecho tenso, algo de retención de líquido en la zona pélvica, y arañitas vasculares en los muslos, todas cosas que también apuntan a la función renal. Le pregunto si tiene o tuvo problemas de riñón, y me dice que tiene insuficiencia renal. Se la detectaron de casualidad, en un análisis de sangre de rutina en el que encontraron el ácido úrico y la creatinina alta y un filtrado glomerular bajo.

Pienso lo siguiente: algo está dificultando el retorno venoso. Por eso la pelvis se congestiona y aparecen las arañitas. Esa misma congestión afecta al riñón, que recibe menos sangre y responde activando el SRAA, un mecanismo pensado para subir la presión y asegurar la circulación renal.

Le pregunto por qué toma enalapril. Me dice que se lo recetaron hace muchos años, no porque fuera hipertensa, sino “por la edad”, por las dudas. Años después, cuando le detectaron insuficiencia renal, fue a una nefróloga. Ella le aconsejó seguir con el enalapril porque “protege el riñón”.

Esto de que protege al riñón no es la primera vez que lo escucho, pero siempre me resultó extraño, porque uno de los efectos secundarios del enalapril (y de muchos antihipertensivos) es insuficiencia renal³², así que no me queda claro de dónde viene eso de que protege al riñón. De hecho, quien haya estudiado fisiología sabe que el riñón funciona mal si tiene presión baja, y tiene un mecanismo de protección justamente para subir la presión. El enalapril actúa bloqueando ese sistema, el SRAA, como hacen casi todos los fármacos para la presión. Así, lo que llaman “protección” consiste en impedir que el riñón use su propio mecanismo de defensa. Es como proteger un edificio del efecto nocivo de los rociadores antiincendio implementando un sistema para recoger el agua de los rociadores contra incendios y desviarla a las canaletas antes de que toque el suelo. Sí, se evita que el agua moje los muebles. Pero el agua

³² Según un prospecto de enalapril, “Principalmente en pacientes con insuficiencia cardíaca grave o enfermedad renal subyacente, incluyendo estenosis de la arteria renal, se ha comunicado insuficiencia renal en asociación con enalapril. Si se descubre rápidamente y se trata adecuadamente, la insuficiencia renal cuando se asocia al tratamiento con enalapril es habitualmente reversible”. Cuidado, que si se lee atentamente, se ve que el objetivo no es informar, sino suavizar el impacto: circunscribir el riesgo a ciertos perfiles clínicos (cardiopatía grave, nefropatía previa) y deslizar con cautela la posibilidad de reversibilidad, y así preservar la percepción general de seguridad del fármaco. Una versión alternativa, sin ese pudor farmacológico, podría ser la siguiente: “El enalapril puede causar insuficiencia renal, incluso en personas sin enfermedades previas del corazón o del riñón. Y esa insuficiencia no siempre se revierte, sobre todo si no se detecta a tiempo o no se trata bien”. Ambas versiones dicen exactamente lo mismo. La diferencia no reside en los hechos, sino en el lenguaje. Una de ellas selecciona cuidadosamente sus términos para evitar una interpretación alarmante. La otra nos enfrenta con la precariedad inherente a toda intervención farmacológica.

estaba allí para apagar el fuego.

Al respecto, escuché una nefróloga (en Tik Tok) decir "¿Por qué tu médico te recetó losartán o enalapril si tu presión arterial está normal? Y hablamos específicamente de los riñones. Muchas veces nosotros, los nefrólogos, indicamos esos medicamentos porque no solamente ayudan a controlar la presión arterial, sino que tienen efectos muy positivos en los riñones. Y hablamos de lo que es la proteinuria. Estos medicamentos ayudan a bajar y controlar la proteinuria, es decir, la mayor eliminación de proteínas por la orina, que habla de daño renal. Por lo tanto, muchas veces, aunque tu presión esté normal, podemos indicar estos medicamentos, porque van a ayudar a cuidar tus riñones y a mejorar tu proteinuria".

Esto es un claro ejemplo de confundir signos con causas. La proteinuria es un signo. Si un análisis de orina revela una cantidad elevada de proteínas, puede haber algún problema en el filtrado renal. Pero bajar las proteínas en orina bajando la presión arterial no resuelve el problema. Veamos.

Un riñón sano filtra unos 180 litros de sangre por día. Si hay demasiadas proteínas en la orina eso puede indicar que los filtros del riñón están dañados. Pero si reducimos la presión arterial con un medicamento, el riñón filtra menos sangre. Y al filtrar menos, también escapa menos proteína. Eso no significa que el riñón se haya curado. Solo significa que estamos midiendo menos del mismo error.

No estoy criticando a la medicina clínica ni a los antihipertensivos en sí. Tampoco hablo desde una postura anticientífica. Lo que critico es un razonamiento que no pertenece a la ciencia médica, aunque a veces se repita como si lo fuera.

Esta idea de que los antihipertensivos protegen a los riñones está bastante extendida, pero no tiene respaldo en las indicaciones oficiales. El enalapril, por ejemplo, está aprobado para tratar hipertensión e insuficiencia cardíaca. Usarlo en pacientes sin hipertensión para reducir la proteinuria entra en lo que se llama uso *off-label*, es decir, fuera de las indicaciones autorizadas por agencias regulatorias como la FDA. Y si bien el uso *off-label* puede estar justificado en algunos contextos clínicos, no debería derivarse de una lógica que confunde un signo con una causa. De manera que ese tipo de razonamiento tiktokero se vuelve todavía más cuestionable cuando se extrapola a pacientes sin hipertensión.

En el caso de la señora, se me ocurre que la insuficiencia renal proviene del enalapril. El riñón está intentando subir la presión para funcionar bien y el enalapril anula ese mecanismo de protección. Entonces, la cadena etiológica puede contarse así: Una mujer de 80 años, sana, acude a su médico clínico por una visita de rutina. El médico le indica tomar enalapril, no porque sea hipertensa, sino por las dudas. La reducción artificial de la presión compromete la hemodinámica renal. El descenso de la perfusión conduce a insuficiencia renal. Esta insuficiencia renal quizás no sea todavía crítica porque no produce síntomas, pero es detectada en un chequeo de rutina. Ante el hallazgo, la señora consulta a una nefróloga, que le aconseja continuar con el enalapril.

Hasta aquí, la historia antes de llegar a mi consulta. El estado de su cuerpo en ese momento era el siguiente:

El riñón, forzado a trabajar con poca presión, se inflama o se irrita. Esta variación es detectada por interocepción. El sistema nervioso autónomo dispara una serie de mecanismos musculares de protección (las famosas posturas antiálgicas). Los piramidales comprimen la pelvis, y al hacerlo aprietan el nervio ciático, provocando ciatalgia. El psoas genera una anteversión de pelvis, lo que modifica la curvatura de la columna. La zona de la espalda donde el

ángulo se modificó se inflama y provoca lumbalgia. La tensión de la cadena muscular anterior comprime la articulación de la tibia contra el fémur, lo que deriva en artrosis de rodilla (por la presión mecánica y además porque el retorno venoso está restringido). Además, el retorno venoso se ve limitado, provocando congestión pélvica.

Es decir, supongo que muchos de sus problemas son causados por el enalapril. Pero no puedo, por ley, contradecir al médico, así que le digo a la paciente que hable con su médico y le cuente lo que hablamos, y que quizás el médico le proponga probar un mes sin el medicamento (que de todos modos no es urgente porque no es hipertensa), para ver qué sucede en ese caso con el ácido úrico y la creatinina. La mujer escucha con atención y comprende todo lo que le explico.

Un mes y medio después vuelve a mi consulta. Me cuenta que habló con su médico y que este aceptó la prueba, pero en vez de quitarle los antihipertensivos le cambió el enalapril por un diurético (no sé con qué criterio, porque la paciente no es hipertensa). Luego del mes sin enalapril (pero con diurético) los dolores disminuyeron. Los análisis de sangre mostraron que el ácido úrico y la creatinina también habían bajado, aunque no demasiado.

El médico concluyó que el mes de prueba "había fracasado", que no era el enalapril el problema, porque luego de un mes sin enalapril el ácido úrico y la creatinina seguían siendo altas. Admitió que habían bajado un poco, pero lo atribuyó a una simple fluctuación. Le aconsejó volver al enalapril.

Pero a la señora no le gusta tomar medicamentos, así que me pregunta qué opino yo. Yo no puedo, legalmente, dar una opinión sobre lo que prescribe un médico, así que le digo que hay que hacer lo que él diga. Ella insiste: quiere saber si es posible que los estudios no mejoraran del todo porque seguía tomando un fármaco para bajar la presión, aunque no fuera enalapril. Le respondo que podría ser, pero que eso debe preguntárselo a su médico.

Un par de meses más tarde volvió a verme. Había buscado una segunda opinión. El nuevo nefrólogo escuchó con atención, revisó los datos y propuso una prueba sencilla: pasar un mes sin ningún antihipertensivo y suspender también el diurético. Durante ese tiempo los dolores desaparecieron, incluso el de la artrosis de rodilla, y los análisis mostraron que el ácido úrico y la creatinina habían vuelto a la normalidad.

Vale decir, un caso típico de patología iatrogénica, que empezó cuando un médico prescribió un antihipertensivo "por las dudas" o "por la edad" y terminó en insuficiencia renal. Este caso muestra bien que la salud y la enfermedad no siempre tienen que pensarse de la misma manera. Para la medicina convencional, la paciente tenía varios diagnósticos: ciatalgia, lumbalgia, congestión pélvica e insuficiencia renal. Y para cada uno de esos nombres, se propone un tratamiento separado: fisioterapia, diuréticos y así sucesivamente. Pero hay otra forma de mirar. En vez de repartir el cuerpo en etiquetas, podemos tratar de entender, como propone la osteopatía, qué está pasando en su fisiología y descubrir la lógica que une todo el cuadro.

Pero volvamos a la distorsión de Confundir Signos Con Enfermedades. La hipertensión no es una enfermedad, sino un marcador de riesgo. Está asociada con una mayor probabilidad de sufrir ciertas enfermedades, como el ictus. Pero bajar la presión no siempre disminuye ese riesgo, o lo disminuye a costa de aumentar otros. Un ejemplo claro es el de los ancianos: los fármacos hipotensores aumentan la probabilidad de hipotensión postural, lo que incrementa el riesgo de caídas. Y una caída a los 80 años puede provocar una fractura de cadera, y la operación necesaria para repararla puede ser el principio del fin. La paradoja es esta: se prescribe una medicación para evitar un

ictus, pero termina aumentando el riesgo de muerte por una causa diferente.

“El enfoque farmacológico, a pesar de su impresionante ingenio, contiene una tendencia inherente a la iatrogenia. Como cada hormona tiene efectos múltiples y cada tipo de receptor (alfa, beta, de angiotensina, etc.) está ampliamente distribuido, cada fármaco dirigido a restablecer un parámetro a la normalidad provoca necesariamente que otros parámetros se vuelvan «inapropiadamente» altos o bajos. Por ejemplo, el tratamiento diurético hace que el potasio se vuelva inapropiadamente bajo y que la glucosa, el colesterol y el ácido úrico se vuelvan inapropiadamente altos. En consecuencia, la reducción farmacológica de la tensión arterial reduce las probabilidades de sufrir un ictus (ACV), pero los otros efectos aumentan las probabilidades de sufrir un infarto de miocardio. Así pues, el enfoque terapéutico asociado al modelo homeostático está inevitablemente asociado a la polifarmacia y la iatrogenia” (Sterling, 1988).

Además, los ensayos clínicos no son tan concluyentes como se cree. Según Peter Abramson, “ningún ensayo aleatorizado ha demostrado una reducción del riesgo de muerte general o cardiovascular al reducir la presión arterial sistólica desde nuestro umbral por debajo de 140 mmHg”. El cardiólogo Ancel Keys (sí, el mismo que propuso la hipótesis lipídica), revisando los datos del estudio Framingham, llegó a la conclusión de que no había justificación para suponer una relación lineal entre presión arterial y mortalidad.

Pero si yuxtaponemos las formulaciones habituales acerca del rol del colesterol y de la hipertensión, sucede cierta interferencia gnoseológica. Veamos.

Las principales causas de muerte en la actualidad son las vasculares (infarto, ACV hemorrágico y ACV isquémico). Las dos explicaciones más difundidas son la hipertensión y el colesterol elevado. Sin embargo, el análisis revela una paradoja. La hipertensión podría explicar tanto los infartos como los ACV hemorrágicos, pero no los ACV isquémicos. Al contrario, a mayor presión arterial, menor probabilidad de ACV isquémico. El colesterol, por su parte, podría explicar los infartos y los ACV isquémicos, pero no los ACV hemorrágicos. Al contrario, una de las funciones del colesterol es prevenir los ACV hemorrágicos.

Es decir, ambas hipótesis entran en contradicción.

La primera es la llamada hipótesis lipídica: la aterosclerosis sería el resultado de la acumulación de grasas circulantes que saturan la sangre y se adhieren a las paredes arteriales, como el sarro en una cañería. Para incluir al colesterol en este modelo es necesario un rodeo conceptual, ya que no es el colesterol el que obstruye los vasos, sino las grasas saturadas. De ahí un corolario llamativo: en esta perspectiva, la hipertensión desempeñaría un papel beneficioso, al impedir mediante el aumento del flujo que las grasas se depositen en las arterias.

La segunda es la hipótesis del daño endotelial: la aterosclerosis surgiría de microlesiones en la pared arterial, que luego son reparadas mediante el depósito de colesterol y grasas saturadas. En este caso, la hipertensión aparece no como defensa, sino como una de las principales causas de dichas lesiones. Y aquí el corolario también resulta paradójico: un mayor nivel de colesterol y grasas circulantes sería positivo, al proveer los materiales para la reparación.

Las dos posiciones no solo son opuestas, sino que se han enfrentado históricamente de manera explícita. De hecho, los grandes promotores de cada hipótesis se encargan de desacreditar la otra. Ancel Keys, arquitecto y principal divulgador de la hipótesis lipídica, llegó a sostener que la hipertensión era inocua y que medicarla resultaba

perjudicial.

La práctica clínica, sin embargo, ha optado por una solución pragmática: tratar simultáneamente hipertensión y colesterol. Pero esta solución no resuelve la contradicción; la agrava, porque la medicación contra la hipertensión aumenta el riesgo de ACV isquémico, mientras que la medicación contra el colesterol aumenta el riesgo de ACV hemorrágico.

No se trata de desechar toda la farmacología ni negar la utilidad de los tratamientos antihipertensivos. Menciono los medicamentos antihipertensivos como una ilustración más de que el síntoma (o el signo, en este caso) es muchas veces una respuesta voluntaria del cuerpo para resolver un problema, y que intervenir para normalizar sin entender las causas es riesgoso.

Ansiedad, depresión y psicotrópicos

Ansiedad y ansiolíticos

Desde hace al menos dos décadas, la mayoría de los casos de depresión, ansiedad y trastornos afines se tratan con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): medicamentos como el Prozac, la Sertralina o la Paroxetina. Lo preocupante es que esta homogeneización del tratamiento se sostiene en una lógica profundamente reduccionista: la idea de que una sustancia (la serotonina) es responsable del estado emocional de millones de personas, y que modificar su efecto en el cerebro es suficiente para "curar" un trastorno tan complejo como la depresión. Una lógica reduccionista que transforma la complejidad de la experiencia emocional en un problema de regulación química.

Y, sin embargo, la historia que subyace a esta expansión del modelo químico de la mente es más compleja, porque detrás de esta aparente neutralidad científica hay algo más: un cambio silencioso en la forma en que definimos la normalidad.

Lo alarmante no es la eficacia o ineficacia del tratamiento, sino la transformación paulatina de la frontera entre lo normal y lo patológico. Cada vez más personas que, en otro tiempo, habrían sido consideradas simplemente tristes, sensibles, desanimadas o temperamentales, hoy entran en la categoría de "trastornadas". Y una vez dentro, el camino más directo es la medicación. No porque necesariamente sea la mejor opción para todos, sino porque es la más fácil de administrar, la más rentable de escalar y —en muchos sentidos— la más aceptable socialmente. Ya no se trata de encerrar a nadie, como en los tiempos de los antiguos manicomios. Hoy, el tratamiento es ambulatorio, silencioso, incluso compatible con una vida productiva. Lo cual, por cierto, lo hace mucho más difícil de cuestionar.

En el siglo XIX, el alienista era la figura encargada de definir quién estaba dentro y quién estaba fuera del

margen de la razón. Hoy, el psiquiatra de turno cumple una función similar, pero bajo otra estética: la estética de la eficacia, del ajuste clínico, de la serenidad inducida.

Y eso, precisamente eso —el hecho de que el sistema no margine, sino que integre a todos bajo la lógica de la intervención química—, es lo más difícil de resistir, porque ya no hay enemigo visible. No hay manicomio. No hay castigo. Hay solo una forma de bienestar predefinida, una expectativa de productividad sostenida por moléculas que regulan la serotonina.

La ansiedad, desde luego, no goza de buena prensa. En la cultura terapéutica contemporánea, cualquier atisbo de zozobra emocional es rápidamente reclasificado como un problema técnico, una irregularidad neuroquímica, un “trastorno” susceptible de intervención farmacológica. Sin embargo, la ansiedad tiene una función: la de ser una protesta del organismo frente a una situación vital que ha dejado de ser habitable. Puede doler, puede molestar, puede agotar, pero es útil. Es un sistema de alarma que nos avisa que algo anda mal y que algo debe cambiar, y nos mantiene en alerta para concentrar todos nuestros recursos en resolver una situación.

Lo veo con frecuencia en pacientes que llegan a consulta con ataques de pánico o crisis de ansiedad. Muchos están atravesando situaciones que justificarían, sin lugar a duda, un colapso emocional: una madre violenta, una pareja psicótica, un trabajo insostenible, una vida que no da tregua. No tienen solución a la vista. Escucho sus relatos y pienso: yo también estaría ansioso en su lugar. No hay en sus síntomas nada de irracional. Hay, en cambio, una lógica implacable del sufrimiento como testimonio de lo intolerable. La ansiedad, en ellos, no es más que una sobredosis de realidad.

Lo interesante es que, con el correr de las sesiones, la historia cambia. A fuerza de desesperación, de obsesión, de estar atentos a cada resquicio de sentido, encuentran algo. Una frase, una oportunidad, una decisión. Algo se abre y aparece una solución, no a la ansiedad sino a la situación que la causa. Algo que ni ellos ni yo veíamos, pero que la ansiedad permitió vislumbrar. Es que la ansiedad no es solo sufrimiento: es también vigilancia, sensibilidad, anticipación. Es la energía cognitiva que nos empuja a salir de donde estamos cuando lo que hay no alcanza. La ansiedad está ahí para concentrar todos los recursos cognitivos en salirse de una situación insufrible.

Ahora bien, no todos eligen (o pueden) transitar esa incomodidad. Hay otra opción: la pastilla. Algunos —o sus médicos— optan por apagar la alarma. Les recetan fluoxetina, sertralina, clonazepam. Y entonces ya no hay crisis, ni miedo, ni urgencia, pero muchas veces tampoco hay salida, porque sin ansiedad no hay búsqueda, y sin búsqueda no hay cambio. El síntoma desaparece, pero la situación externa sigue igual.

En mi clínica veo esas dos situaciones posibles: gente que tiene ansiedad hasta que encuentra la solución a una situación concreta del mundo exterior, y gente que tiene ansiedad hasta que encuentra el clonazepam. A los primeros, la ansiedad les dejó cicatrices, pero también les permitió ser protagonistas de su historia. A los segundos, les ofreció la paz del conformismo, pero al precio de abdicar de su derecho a transformar el mundo que los atormenta.

Depresión, tristeza y antidepresivos

* * *

Me gusta pensar la tristeza como un mecanismo de reconfiguración de sentido. Cuando algo sucede —un trauma, una pérdida, una catástrofe—, la red de significados con la que operamos queda desactualizada. El mapa del mundo que tenemos en nuestro cerebro ya no coincide con el territorio. El cuerpo detecta esa incoherencia y lanza un proceso de reescritura interna. Los contenidos del cerebro se reorganizan. Para reescribirse tienen que pasar por la conciencia. Es lo que se llama rumiación.

Como en un disco rígido que necesita ser desfragmentado, ese proceso consume energía y, mientras se ejecuta, deja al sistema más lento, más torpe, más vulnerable.

Pero es necesario. La tristeza no es un error: es el proceso a través del cual el cuerpo y la mente intentan volver a tener coherencia.

Interrumpir ese proceso con un antidepresivo puede traer alivio —y a veces es necesario—, pero también puede tener un costo, porque si la tristeza es un intento de rehacer el sentido, suprimirla demasiado pronto puede dejar el sentido congelado, incompleto.

Serotonina

Y volvemos a la distorsión noetiológica de Confundir Signos Con Causas. Se dice que la ansiedad es causada por un desequilibrio químico, en particular, por niveles bajos de serotonina. Pero eso no es una causa, sino una descripción del estado actual del sistema.

Aquí juegan varias malinterpretaciones de la fisiología.

Por ejemplo, se dice que la serotonina es la hormona de la felicidad. Esa idea está errada en muchos sentidos.

Hay al menos dos problemas con esta idea. El primero es técnico: la serotonina no es una hormona, sino un neurotransmisor. Lo segundo —y esto es más importante— es que su efecto no es precisamente el de producir felicidad. Llamarla “de la felicidad” solo sería posible si adoptamos un concepto de felicidad rigurosamente estoico. La función principal de la serotonina es amortiguar el impacto de algunas emociones, y se busca aumentar la serotonina farmacológicamente justamente para suavizar emociones, sobre todo de aquellas promovidas por la amígdala. La amígdala tiene como función estar en estado de alerta constante, lo que implica que está biológicamente diseñada para ser exageradamente sensible a cualquier cosa que se parezca a un peligro.

La amígdala es ese amigo sobreprotector que se la pasa advirtiéndonos de amenazas posibles. Un gesto ambiguo, un sonido familiar en un contexto extraño, una ligera alteración en el entorno: cualquier signo es suficiente para disparar la alarma. Esa alarma no se expresa mediante razonamientos, sino mediante emociones. La emoción no argumenta, sino que ordena. No propone, impone. El miedo, la ansiedad o la respuesta de lucha o huida son respuestas automáticas que colonizan la conciencia antes de que la reflexión tenga la posibilidad de intervenir.

Es en este punto donde aparece la serotonina, no como agente de conocimiento, sino como modulador del umbral de respuesta. Aumentar su disponibilidad en el sistema es una forma de silenciar, o al menos atenuar, la voz insistente de ese amigo sobreprotector. Por eso los medicamentos que aumentan la acción de la serotonina funcionan:

porque silencian parcialmente a la amígdala, y con ella al miedo, a la ansiedad, al impulso compulsivo. Lo que es muy útil en ciertas circunstancias.

Pero la serotonina no es un modulador selectivo. No se limita a suavizar lo que no nos gusta. Reduce la ira, sí, pero también el deseo, el placer, el entusiasmo, el empuje. Menos ansiedad, pero también menos alegría. Menos asco, pero también menos deseo sexual. Lo que se aplanan no es solo el malestar, sino la curva completa de lo que se siente.

Los ISRSs, por tanto, inducen tibieza emocional. Algunas personas encuentran en ese aplanamiento una forma de estabilidad. Otras, al cabo de un tiempo, lo viven como una desconexión: se cansan de no reírse, de no excitarse, de no sentir.

“Los antidepresivos y ansiolíticos hacen con el dolor psíquico lo que los analgésicos hacen con el dolor físico: alteran un sistema de respuesta normal.” (Nesse, *Good Reasons for Bad Feelings*)

Una de las características más reveladoras del tratamiento farmacológico con ISRSs es, curiosamente, lo que suele considerarse una mera cuestión técnica: el fenómeno de la tolerancia. Muchos pacientes descubren que requieren dosis crecientes para mantener el mismo efecto, o que su retirada precipita estados de malestar más agudos que los originales. La respuesta adaptativa del organismo frente a la administración crónica de ISRSs constituye un indicio de que el sistema neuroquímico no se encuentra averiado, sino operando de acuerdo a sus principios de autorregulación.

Los ISRSs no aumentan la cantidad de serotonina, sino que amplifican y prolongan su efecto. Ante esta alteración perceptiva, el cuerpo reduce su producción endógena como parte de una lógica homeostática de retroalimentación negativa. Es decir, hay menos serotonina que antes. Entonces hay que aumentar la dosis de la medicación. Este efecto se llama acostumbamiento, y es suficiente señal de que el cuerpo está intentando mantener cierto nivel por alguna razón.

Cuando la intervención farmacológica cesa, el organismo, ajustado ya a un contexto artificial, se encuentra transitoriamente incapacitado para sostener el equilibrio que antes regulaba autónomamente. El resultado es un desequilibrio mayor que el punto de partida, no porque la patología haya reaparecido, sino porque el equilibrio ha sido manipulado desde afuera.

El sistema regulador de serotonina, lejos de presentarse como defectuoso, muestra una notable capacidad de compensación frente a manipulaciones exógenas. Lo que los ISRSs procuran no es restaurar un balance, sino introducir una interferencia sostenida que el cuerpo, persistentemente, intenta neutralizar. El mecanismo homeostático de retroalimentación funciona bien. Existe otro sistema de nivel mayor (alostático) que decide cuánta serotonina. Lo que intentan hacer los ISRSs es engañarlo.

Lo alarmante del auge de los psicotrópicos no reside tanto en sus efectos químicos como en la lógica que instalan, casi sin que lo notemos. Cada vez que alguien recibe una receta para calmar su ansiedad o aplacar su tristeza, se le enseña algo más que lo que figura en el prospecto. Se le dice —sin decirlo— que esa ansiedad es un error, que esa tristeza es una molestia, que lo que duele debe ser silenciado. Sin demasiada intención, vamos cultivando una pedagogía del aturdimiento, donde el temblor es sospechoso, el duelo es una incomodidad social, y la fragilidad se considera de mal gusto.

Sí, ya sé lo que van a decir: que sin esas pastillas muchos no podrían levantarse de la cama, que hay

depresiones insoportables, ansiedades salvajes, pensamientos oscuros que no dan tregua. Y sí, es cierto. No lo discuto. Esta no es una condena a quienes toman medicación, ni un llamado al sacrificio. Mi opinión es la misma que con todos los otros fármacos: está muy bien que existan, lo que está mal es tomarlos sin pensar demasiado. Pero en este caso estoy hablando de un efecto un poco más amplio: no hablo de los psicotrópicos en sí, sino de su efecto sobre el imaginario colectivo.

En *Un Mundo Feliz*, Huxley imaginó una sociedad donde una droga llamada soma, distribuida por el gobierno, garantizaba una felicidad sin conflictos. Pero esa felicidad tenía un costo: la renuncia al pensamiento, a la voluntad, al deseo. Hoy, el soma está aquí y es legal, y viene en varios sabores: clona, sertra, fluoxe. Su eficacia no reside solo en su capacidad de curar, sino también en su poder de silenciar. Silenciar el espanto, el duelo, el exceso. Transformar toda disrupción en disfunción.

Así, lo que nació para acompañar el sufrimiento se vuelve, a veces, una máquina de fabricar gente dócil. Gente sin lágrimas, sin preguntas, sin temblores. Y eso es lo preocupante, porque el miedo y la tristeza, por desagradables que sean, tienen una función: te dicen que algo anda mal, que algo se rompió o se está por romper. Y tapándolos no arreglamos nada: solo nos acostumbramos a vivir rotos sin darnos cuenta.

Cuando evitamos el llanto, evitamos también su sabiduría. Cuando eliminamos la ansiedad, perdemos la posibilidad de preguntarnos qué nos está señalando. Lo que comenzó como alivio se convierte, sin darnos cuenta, en una desconexión. Una vida sin sobresaltos, tal vez, pero también sin raíces, porque la tristeza nos arraiga. El miedo nos despierta. La incomodidad nos recuerda que estamos vivos.

Por eso, más que medicar al primer suspiro, habría que aprender a escucharlo. Quizás el alma no esté rota, sino afinándose. Tal vez esa tristeza no sea un síntoma, sino un proceso. Tal vez ese miedo no sea una falla, sino una advertencia. A veces, esos estados anímicos son las formas más hondas que tiene el cuerpo de decir que algo allí fuera ha cambiado, y que en consecuencia algo aquí dentro necesita cambiar.

Si hay algo que deberíamos temer, no es a la ansiedad o al llanto, sino a la posibilidad de acostumbrarnos a vivir sin ellos.

Osteoporosis

Se suele decir que la osteoporosis es una enfermedad, pero si la analizamos con más detenimiento, lo que tenemos no es una patología en sí, sino un factor de riesgo, y ni siquiera es el riesgo de otra enfermedad. Tener osteoporosis significa tener una menor densidad mineral ósea, lo cual aumenta la probabilidad de que un hueso se fracture si hay una caída. Wikipedia afirma: "La osteoporosis es la principal causa de rotura de huesos en adultos mayores". Esa frase pasa por alto lo evidente: la principal causa de fractura de cadera no es la densidad ósea, sino la caída.

La osteoporosis no provoca fracturas por sí misma. Lo que provoca fracturas es el impacto. No la composición del hueso, sino el choque contra el suelo. La baja densidad ósea no es ni condición necesaria ni causa suficiente. El

hueso se rompe si uno se cae. Si uno no se cae, no se rompe. La osteoporosis es una condición pasiva: no actúa, no invade, no produce. Solo vuelve más probable un daño si se da una determinada circunstancia.

Este punto, aunque parece técnico, tiene consecuencias clínicas graves, porque si lo que provoca la fractura es la caída, no la osteoporosis, entonces prevenir la fractura no debería implicar solo aumentar la densidad ósea, sino — sobre todo— evitar las caídas. Sin embargo, el razonamiento habitual invierte esa lógica. Se parte de una correlación estadística (las personas con baja densidad ósea se fracturan más) y se infiere una causalidad directa: la densidad ósea causa fracturas. Entonces, se trata la densidad ósea como si fuera la causa real, y se prescriben fármacos que aumentan ese valor.

Algunas de las drogas que “fortalecen” los huesos pueden alterar el balance postural o la propiocepción o la coordinación motora fina. Es decir, debilitan el vínculo que el sujeto mantiene con el espacio, cosa que puede aumentar el riesgo de caídas. Lo que lleva a una situación un poco absurda: se medica un factor de riesgo de segundo orden (la densidad ósea), pero se empeora el riesgo de primer orden (la caída).

Se reduce un riesgo cuantitativo a través de un procedimiento técnico, pero se incrementa un riesgo cualitativo que escapa al cálculo. Se remedia una amenaza posible y se genera un peligro concreto. El daño, lejos de disminuir, encuentra nuevas formas de emerger, revelando una vez más que, cuando se trata de la vida humana, ninguna intervención es enteramente neutral, y toda certeza técnica está inevitablemente envuelta en nieblas morales.

Uno de los supuestos que sostiene este razonamiento es lo que podríamos llamar la lógica del desgaste. Según esta lógica, el cuerpo humano sería algo así como una máquina que, con el uso y el paso del tiempo, comienza a deteriorarse. Se rompe porque ya está viejo. Algo así como un electrodoméstico que, tras décadas de uso, empieza a fallar.

La metáfora es intuitiva, pero profundamente errónea, porque el cuerpo no es un artefacto. No es un sistema pasivo que simplemente se va deteriorando. Es un sistema activo de mantenimiento, reparación, reciclaje y regeneración. Está diseñado para adaptarse y reconstituirse. Lejos de comportarse como un mecanismo linealmente degradable, el organismo humano opera mediante ciclos de regeneración que desafían cualquier analogía simplista con dispositivos fabricados por humanos. El cuerpo humano no es un objeto manufacturado, sino una totalidad viva, un sistema de retroalimentaciones, de ajustes homeostáticos, de remodelaciones moleculares, de adaptaciones epigenéticas y de reparaciones continuas. No se limita a ser: se deviene constantemente a sí mismo.

Pero hay un problema aún más revelador: la lógica del desgaste no se aplica por igual a todos. Si el desgaste fuera una función universal del uso y del tiempo, ¿por qué se desgastan más los huesos de las mujeres que los de los hombres? ¿Acaso envejecen en otra escala temporal? ¿Caminan con mayor intensidad ontológica? ¿Pasan por la vida con una densidad metafísica superior? ¿O será que el calcio tiene conciencia de género? Esas preguntas absurdas revelan el absurdo de la premisa. La desigualdad en los efectos del llamado “desgaste” delata que no estamos ante una simple cuestión de mecánica biológica, sino ante un fenómeno atravesado por factores hormonales, sociales y simbólicos que la metáfora tecnocrática es incapaz de contemplar.

La lógica del desgaste no es una descripción fisiológica sino una estructura ideológica: una semiótica de la decadencia que, bajo la apariencia de neutralidad técnica, proyecta sobre el cuerpo humano las ansiedades de una civilización que no sabe qué hacer con lo irreversible, y que prefiere imaginar la vejez como un deterioro antes que

como una transformación.

Uno de los mecanismos más sutiles mediante los cuales la medicina moderna transforma factores de riesgo en enfermedades es el uso de umbrales numéricos arbitrarios. En el caso de la osteoporosis, la definición misma de la enfermedad no surge de un síntoma clínico ni de una alteración funcional, sino de una comparación estadística. Se mide la densidad mineral ósea de una mujer sana de unos 25 años —considerada el estándar ideal— y se establece que cualquier densidad que se aleje más de 2,5 desviaciones estándar de ese promedio constituye “osteoporosis”.

El resultado es que millones de mujeres sanas son etiquetadas con una enfermedad que no produce síntomas, que no causa dolor, y que en la inmensa mayoría de los casos no provoca fracturas. Con todo lo que eso implica: controles, preocupación, medicación. Así, lo que era una variabilidad esperable del envejecimiento se transforma en una patología a tratar. El signo reemplaza al síntoma. La estadística suplanta a la fisiología. Y lo que antes era simplemente “envejecer” se redefine como “enfermar”.

Como dice Moynihan, vivimos en un mundo donde “las mujeres sanas de mediana edad sufren una silenciosa enfermedad ósea llamada osteoporosis, y los hombres maduros en buena forma, una afección crónica llamada colesterol alto”.

Frente al diagnóstico de osteoporosis, el protocolo habitual suele incluir medicamentos destinados a aumentar la densidad ósea, con la promesa implícita de que más densidad equivaldrá a menos fracturas. Pero esa equivalencia es, en el mejor de los casos, frágil. ¿Qué tan efectivos son estos tratamientos, realmente? Un estudio citado por Moynihan mostró que entre las mujeres que tomaron placebo, el 2 % sufrió una fractura de cadera. En el grupo que recibió medicación, fue el 1 %. Es decir, la diferencia absoluta es de un 1 %, pero esa diferencia se presenta como una reducción del 50 % en el riesgo relativo.

Abramson lo resume con más crudeza: “Con o sin tratamiento farmacológico, el 99,5 % de las mujeres *no* sufren fractura de cadera cada año. El tratamiento mejora esa cifra a 99,8 %. La diferencia es mínima, pero la industria la presenta como una victoria terapéutica”.

Esto no significa que no debemos ocuparnos de los huesos. Significa que debemos hacerlo desde otro paradigma. Uno que no vea en cada desviación estadística una patología, ni en cada valor medible una urgencia clínica. Cuidar los huesos exige entender qué los fortalece realmente, no solo desde la química, sino desde la mecánica de la vida cotidiana, porque el hueso no se mantiene sano por la acumulación de minerales, sino por la manera en que se lo usa.

El hueso responde a la carga. A los impactos controlados. A la tracción que ejercen los músculos al moverse. Caminar, cargar peso, subir escaleras, saltar, mantenerse en equilibrio: todas esas acciones estimulan la remodelación ósea. No porque mágicamente depositen calcio, sino porque activan los mecanismos celulares que regulan el ciclo de construcción y recambio. Un hueso sin carga es un hueso que olvida cómo sostenerse. Un cuerpo sin movimiento es un cuerpo que empieza a olvidar que vive.

Y no se trata solo de carga física. También está la cuestión del equilibrio. La estabilidad dinámica. La agilidad para esquivar un tropiezo, amortiguar una caída, recuperar la postura cuando el entorno cambia. En otras palabras: no se trata solo de no romperse si uno cae, sino de no caerse. Por eso, el verdadero enfoque preventivo no debería empezar en la farmacia, sino en el suelo: en el modo de caminar, de pararse, de moverse. En cómo habitamos nuestro cuerpo en

relación con la gravedad.

Cuidar los huesos, entonces, no significa vigilar su densidad como si fuera el nivel de combustible en un tanque. Significa poner el cuerpo en movimiento, desafiarlo de manera razonable, recordarle que está vivo. La salud ósea no se mide en desviaciones estándar, sino en la relación que establecemos con nuestro entorno. Y esa relación empieza en el suelo, sigue en la postura, se expresa en el equilibrio y se mantiene con cada pequeño desajuste que el cuerpo aprende a corregir por sí mismo.

Si se confunde lo mensurable con lo significativo, es fácil caer en la trampa de tratar un número como si fuera un diagnóstico. La densidad ósea, al igual que el colesterol o la glucemia en ayunas, se convierte en destino clínico. Pero hay una diferencia fundamental entre un signo y un síntoma. Un síntoma es una experiencia del cuerpo: algo duele, molesta, cambia la forma de habitar. Un signo, en cambio, es una lectura externa, instrumental, que muchas veces no se corresponde con ninguna vivencia corporal. Tratar signos como si fueran enfermedades es una forma de medicalizar la estadística.

No se trata de negar la utilidad de los biomarcadores. Se trata de recordar que su valor depende del contexto. Una densidad ósea baja, en una persona activa, con buen equilibrio y fuerza muscular, puede ser mucho menos riesgosa que una densidad normal en alguien frágil, sedentario y con historial de caídas.

La paradoja es que, en muchos casos, el intento de prevenir una fractura lleva a tratamientos cuyos efectos adversos son más frecuentes y más graves que la fractura misma.

Pensemos esto con números. Si el 99,5 % de las mujeres mayores de 65 años no sufriría una fractura de cadera en un año, y el tratamiento solo mejora ese porcentaje al 99,8 %, ¿vale la pena medicar al 100 % para beneficiar al 0,3 %? ¿Y a qué costo? Porque los medicamentos que se prescriben para la osteoporosis —bifosfonatos, denosumab, teriparatida— no son inocuos. Producen efectos gastrointestinales severos, osteonecrosis mandibular, fracturas atípicas, desequilibrios electrolíticos, incluso aumento del riesgo de ciertos tipos de cáncer. Todo eso para evitar una fractura que quizás nunca iba a ocurrir.

Vacunas

La idea original de la vacunación es simple y brillante: exponer al organismo a un agente infeccioso en una dosis tan baja que no genere la enfermedad, pero que sí active mecanismos de inmunidad.

Se sabía desde hacía siglos que quienes sobrevivían a ciertas enfermedades quedaban inmunizados. También se sabía que, entre quienes enfermaban, los que más riesgo tenían de morir eran los más débiles o los expuestos a mayores cargas virales. La estrategia de las primeras vacunas consistía justamente en evitar esos extremos: ofrecer una pequeña dosis del virus debilitado o inactivado para entrenar al sistema inmune sin provocar la enfermedad.

Es, en cierto sentido, una de las pocas estrategias en las que la medicina convencional adopta un pensamiento no estrictamente alopático, sino casi homeopático. En vez de anular una función, la vacuna la estimula. En lugar de apagar un síntoma, propone provocar una reacción mínima, bien dirigida. En esta lógica, el cuerpo no es el enemigo,

sino el protagonista.

La lógica vacunal se aparta del paradigma más habitual de “eliminar lo que molesta” para situarse en una zona menos reactiva y más proactiva. El principio es delicado: provocar una pequeña alteración para que el cuerpo aprenda a defenderse. En ese sentido, la vacuna es casi una pedagogía inmunológica: enseña al cuerpo a distinguir, anticiparse, prepararse.

Con el paso del tiempo, la industrialización del sistema de salud transformó también la lógica de producción de vacunas. Para reducir costos, las farmacéuticas introdujeron dos elementos problemáticos: los conservantes y los coadyuvantes.

Los conservantes —como el timerosal— se utilizan para que las vacunas no requieran refrigeración severa y para evitar la proliferación bacteriana en viales multidosis. El timerosal es un veneno³³. Su función es matar bacterias, y en el proceso, puede también dañar células humanas. La justificación habitual es cuantitativa: se usan dosis tan pequeñas que matan millones de bacterias, pero solo unas pocas células humanas. El cuerpo tiene billones de células, así que matar veinte mil células parece irrelevante. El problema no es el número, sino la función de esas células: no es lo mismo dañar veinte mil células musculares que veinte mil neuronas del hipocampo.

Además, al introducir una toxina (el timerosal) en el cuerpo, se despiertan no solo los sistemas inmunitarios antivirales a los que está dirigida la vacunación (IgA, IgG), sino también el sistema IgE, que responde a toxinas y alérgenos. En otras palabras: una vacuna que incluye un conservante no solo inmuniza contra un virus, también puede generar alergias nuevas.

Los coadyuvantes, por su parte, son sustancias que se agregan para potenciar la respuesta inmune. Si la carga viral es la señal específica que el sistema debe aprender a reconocer, el coadyuvante es un megáfono que amplifica el volumen de esa señal. Pero no lo hace de forma específica: aumenta la inflamación en general. Y esa inflamación general puede afectar órganos o sistemas no relacionados con el virus.

Esa es la razón por la cual los coadyuvantes están asociados a efectos secundarios como reacciones alérgicas, enfermedades autoinmunes o, en algunos casos, síndromes neurológicos como el Guillain-Barré. No son efectos aleatorios: son consecuencias fisiológicas de forzar el sistema inmune.

Una paradoja adicional es que hay gente que se toma un antiinflamatorio cuando se va a aplicar una vacuna, para contrarrestar los efectos secundarios. Pero tanto la carga viral como el coadyuvante existen para generar inflamación y con ella, inmunidad. Si esa inflamación se anula con un AINE, se anula también la inmunización. Dar una vacuna y un ibuprofeno al mismo tiempo es, desde una lógica farmacológica, contradictorio.

La situación se agrava cuando se administran varias vacunas juntas. Cada una trae su carga viral, su conservante, su coadyuvante. La posibilidad de “eventos combinados” —coeventos— aumenta exponencialmente. Es por eso que, si se decide vacunar, es sensato no aplicarse varias vacunas en una misma visita. El sistema inmune, como cualquier sistema complejo, necesita tiempo para integrar, responder y regular.

³³ Decir que el timerosal es un veneno no es una metáfora alarmista. No es ni siquiera una metáfora. El timerosal es un veneno. Se usa justamente porque es un veneno. Según Wikipedia, “El timerosal es muy tóxico por inhalación, ingestión y en contacto repetido o extenso con la piel (símbolo de riesgo químico EC T+), con peligro de efectos acumulativos”.

* * *

El riesgo de daño neurológico por inflamación inmune inespecífica no se puede descartar, aunque sea estadísticamente bajo. Y como ocurre en otros casos, las consecuencias no siempre son evidentes ni inmediatas: un deterioro cognitivo leve, una fatiga crónica, una nueva alergia. El cuerpo cambia, pero no siempre nos damos cuenta de cómo ni por qué.

La crítica aquí no es a la idea de la vacuna. Vacunar puede ser —y muchas veces es— una estrategia inteligente y fisiológicamente coherente. El problema está en cómo se implementa: qué contiene, con qué frecuencia se administra, en qué contexto, con qué información.

Vacunarse o no vacunarse no es una decisión binaria. Hay otras dimensiones. Una de ellas, poco difundida, es la posibilidad de elegir qué vacuna darse. En muchos países uno puede decidir la marca, el laboratorio productor, el tipo de formulación. Hay vacunas con menos coadyuvantes, o sin ciertos conservantes, o con estudios más extensos sobre su seguridad. Y esas diferencias pueden marcar una gran diferencia.

La pregunta que deberíamos hacernos no es solo si queremos vacunarnos, sino también cómo, con qué, y por qué. No se trata de estar “a favor” o “en contra” de la vacunación, sino de pensar la salud desde la fisiología. De confiar, sí, en la inmunidad, pero también en la inteligencia del cuerpo. Y, sobre todo, de no ceder ante automatismos ni dogmas, vengan de donde vengan.

Conclusión

La fascinación con la medicación no se explica solo por errores de razonamiento, sino también por un trasfondo cultural. Muchos de nuestros comportamientos frente a la salud están guiados por creencias mágicas más que por pensamiento racional.

En el próximo capítulo exploraremos esta paradoja: cómo una de las prácticas más celebradas del progreso médico se entrelaza, a veces sin saberlo, con viejas narrativas de redención, de castigo y de pureza. No para desacreditar sus efectos, sino para comprender mejor el modo en que hemos aprendido a depositar en los medicamentos no solo la esperanza de curarnos, sino también la ilusión de que podemos desentendernos del misterio de estar vivos.

* * *

6 La persistencia del misticismo

Introducción

La forma en que pensamos la salud —lo que la causa, lo que la mantiene, lo que la amenaza y lo que la restaura— está moldeada por creencias profundamente arraigadas. Creencias que, con frecuencia, ni siquiera reconocemos como tales. Se nos dice que vivimos en la era de la ciencia, y que la medicina es su estandarte más legítimo, pero si observamos con atención los modos de razonamiento que predominan en la forma contemporánea de pensar la salud, no tardamos en preguntarnos si ese estandarte es realmente científico, o si no será apenas un barniz técnico que recubre algo más arcaico. Este capítulo se propone explorar una sospecha incómoda: que buena parte de la mentalidad sanitaria moderna, en sus ideas, sus hábitos y su lenguaje, no se aleja del pensamiento mágico. Más bien lo recicla, lo sistematiza y lo industrializa.

Para comprender esta continuidad, será preciso empezar por distinguir: ¿Qué entendemos por pensamiento mágico? ¿Y en qué se diferencia del pensamiento racional?

El pensamiento mágico se caracteriza por tres mecanismos fundamentales: analogía, hermenéutica y correlación. La analogía establece relaciones de semejanza donde no hay causalidad: lo amargo limpia, lo rojo estimula, lo que se parece al hígado, cura al hígado. La hermenéutica busca significados ocultos en los signos visibles, como si el mundo hablara en un código que debe ser interpretado: un temblor puede ser “un aviso”, una mancha en la piel, “una señal”. La correlación, por su parte, asume que si dos cosas ocurren a la vez, una es la causa de la otra: comí nueces y me descompuse; por tanto, las nueces son nocivas.

El pensamiento racional, en cambio, se apoya en la deducción y en la etiología. La deducción permite aplicar leyes generales a casos particulares: si toda inflamación produce calor, y aquí hay calor, puedo suponer que hay inflamación. La etiología, por su parte, no se conforma con la co-ocurrencia de fenómenos: exige una cadena de causas, una explicación de los mecanismos, una reconstrucción del trayecto entre el inicio y el final. No basta con saber que A ocurre junto a B; hay que mostrar cómo A conduce a B, qué transforma una cosa en la otra, qué mecanismos participan, qué rutas fisiológicas están involucradas.

Cuando las ideas médicas llegan al público general, tienden a distorsionarse. En ese tránsito desde la academia hasta la nota del periódico del domingo, o desde el congreso de cardiología a la charla de sobremesa, muchos conceptos se mistifican. Parte del problema radica en que la medicina se reserva como un conocimiento hermético: no se enseña fisiología ni farmacología en la escuela, y pocas personas pueden explicar con precisión cómo actúan los medicamentos que toman con regularidad.

Vivimos —¡por fin!— en la época de la inteligencia artificial, los robots domésticos y los vehículos autónomos, pero las creencias cotidianas parecen retroceder hacia formas de pensamiento precientífico. Dejamos atrás la era de la Ilustración y el positivismo, y retornamos a modos mágicos de ver el mundo. Basta con ver algunos videos virales en TikTok, donde alguien coloca una hoja de papel entre una taza y un espejo y pregunta "¿cómo sabe el espejo lo que hay detrás de la hoja?", demostrando no solo desconocimiento de las leyes básicas de la óptica, sino también una visión animista que uno pensaría que ya estaba superada hace tiempo.

O esa pregunta que suele surgir en alguna reunión social: "si al teflón no se le pega nada, ¿cómo lo pegan a la sartén?". Una forma de pensamiento superficial, que toma al pie de la letra el significado inmediato de una frase, sin ninguna intención de profundizar o entender. No se contempla que un proceso industrial puede alterar temporariamente las características del teflón, o ni siquiera concebir la idea física de que al calentarse las propiedades de los elementos cambian. Si se dice que el recubrimiento de teflón sirve para que nada se pegue, se lo toma en un sentido literal, definitivamente sobrenatural: el teflón tiene la capacidad *mágica* de que nada se le pega. A ese tipo de mentalidad es fácil hacerle creer que el ibuprofeno cura algo, o que hay que comer poco colesterol, o que el edulcorante adelgaza³⁴, cuando la realidad es, muchas veces, justo la contraria, y no hace falta ser una eminencia académica para darse cuenta.

Probablemente, este regreso al pensamiento mágico tenga que ver con la proliferación de tecnología. O, más específicamente, con el uso cada vez mayor de dispositivos tecnológicos cuya lógica interna resulta completamente misteriosa.

Es que la magia no es un atributo del objeto, sino una consecuencia de nuestra ignorancia sobre su funcionamiento. Es decir: algo nos parece mágico mientras no sabemos cómo funciona. En cuanto entendemos el mecanismo, deja de ser magia y pasa a ser ciencia.

La "tecnología", en el sentido que se le da en las conversaciones cotidianas, ocupa una zona intermedia entre magia y ciencia. Y hay que tener en cuenta que, cuando uno habla de tecnología con sus amigos, no se refiere al ascensor o al lavavajillas. Esas cosas ya dejaron de ser tecnología. En el uso común, "tecnología" designa fenómenos novedosos e inexplicables, que no podemos entender y que nos asombran. Los vivimos con un estupor más cercano a lo mágico que a lo técnico. La tecnología dejó de ser una herramienta para convertirse en una forma de fetiche.

El hombre preindustrial vivía rodeado de objetos y fenómenos que no podía entender, y sus intentos de erigir un significado caían en lo mágico. Hoy volvemos a una situación parecida. A diferencia del ciudadano ilustrado del siglo XIX, capaz de describir el principio de funcionamiento de una locomotora, una polea o una lámpara incandescente, el habitante medio de las democracias postindustriales carece de los conocimientos necesarios para explicar, ni siquiera de forma elemental, los mecanismos que subyacen a las tecnologías que utiliza a diario: la telefonía móvil, los algoritmos predictivos, la arquitectura algorítmica de las criptomonedas, los protocolos de streaming audiovisual, las hipotecas subprime, o los procesos de inferencia de la inteligencia artificial.

Vivimos, otra vez, en la ignorancia. No sabemos cómo funciona casi nada de lo que usamos. Y como no entendemos el mecanismo, lo vivimos como magia. Arthur C. Clarke decía que cualquier tecnología suficientemente

³⁴ Los edulcorantes artificiales hipocalóricos fueron desarrollados originalmente como engordantes de ganado.

avanzada es indistinguible de la magia. Y la verdad, muchos de esos aparatos y procesos que encontramos cotidianamente son tecnología suficientemente avanzada. Esa zona difusa entre el desconocimiento técnico y la eficacia visible es donde florece el pensamiento mágico moderno.

De este modo, la tecnología, que nació como promesa de emancipación racional, acaba convirtiéndose en el nuevo misterio de una cultura que, habiendo renunciado a comprender, encuentra consuelo en el deslumbramiento. El usuario promedio no podría explicar ni siquiera los principios básicos del dispositivo frente al cual pasa ocho horas al día, y eso no le causa inquietud, sino fascinación. La racionalidad se ve sustituida por el asombro ritual. La modernidad que alguna vez creyó en la transparencia del mundo acaba encontrando su reflejo más fiel en la opacidad de las pantallas.

Ese terreno fértil para lo mágico genera un manejo heterónomo. Si no entiendo, cedo el poder de decisión. Busco el aparato, la app, la sustancia que resuelva lo que necesito resolver. Donde antaño se imploraba a un ídolo, hoy consultamos a una inteligencia artificial. Donde en la antigüedad se usaba un amuleto, ahora usamos un celular. Donde antes se bebía una poción mágica, ahora tragamos una pastilla. La comodidad reemplaza a la autonomía.

Ese pensamiento mágico también invade la terapéutica.

Un ejemplo: dolor de rodilla. Diagnóstico: artritis. Solución inmediata: inyectarse ácido hialurónico. Pero como señala Paul Offit, el problema en la rodilla no es la falta de hialurónico, sino la desalineación articular que termina dañando las fibras de colágeno. La solución no es la inyección de sustancias, sino la rehabilitación que restaura la alineación y evita el deterioro estructural. Sin embargo, la gente tiende a buscar pociones mágicas.

Esa misma búsqueda también afecta a la osteopatía, tanto en pacientes como en terapeutas. A veces, incluso los osteópatas anhelan encontrar esa maniobra exacta que, con un solo gesto, resuelva todo. Deseamos tocar y provocar una cascada de recuperación.

En ese aspecto, el *"find it, fix it and leave it alone"* (encuétralo, corrígelo y déjalo tranquilo) de Still puede ser confuso, porque se dice fácil y rápido, pero no es fácil y rápido. El *"find it"* puede implicar distintos recorridos y montones de preguntas, incluso varias sesiones. Y el *"fix it"* también; no es un thrust o un toque de varita mágica: puede ser un proceso a repetir o profundizar durante diversos encuentros.

Hay pacientes que quieren evitar el dolor, pero no quieren cambiar lo que lo genera. Solo quieren quitarse la molestia sin cambiar su vida, su postura, sus hábitos, sin escuchar lo que el cuerpo intenta decir. Quieren algo que les hagan, no algo que tengan que hacer. Quieren magia.

Pero la salud no es algo que se recibe. Es algo que se cultiva. Y sin participación del paciente, no hay sanación. Ni los osteópatas, ni los médicos, ni las farmacéuticas pueden otorgar salud. La curación es autónoma. Y no estoy intentando plantear un argumento new age ni un derecho progresista, sino que es fisiología pura.

Esa es la verdadera magia: la que no proviene del exterior, ni se vende en una caja, ni se canaliza en un ritual. Es la magia de un cuerpo que, aun en medio de todo lo que hacemos para bloquearlo, sigue intentando restaurar su equilibrio.

Este capítulo explorará esa deriva contemporánea hacia el pensamiento mágico en cuatro dimensiones: la cosmovisión (cómo se concibe el cuerpo y la salud), la doctrina (qué lógica rige los tratamientos), los oficientes (cómo actúan los médicos) y los protocolos (qué se hace en la práctica clínica). En cada una de esas dimensiones vamos a

contrastar lo que hace la medicina contemporánea con lo que haría una medicina racional, sistémica y basada en la fisiología.

Y a lo que estás pensando... sí, son las mismas dimensiones que usamos en el capítulo 1 para equiparar osteopatía y medicina convencional.

Cosmovisión

“La medicina moderna no puede sobrevivir sin nuestra fe, porque la medicina moderna no es ni un arte ni una ciencia. Es una religión.” (Mendelsohn, 1979)

La medicina moderna suele presentarse como heredera del pensamiento racional ilustrado. Se define a sí misma como reduccionista (es decir, busca explicaciones elementales), positivista (se basa en observaciones verificables) y fiscalista (explica lo biológico en términos fisicoquímicos). Esa imagen puede haber sido parcialmente cierta en sus orígenes, pero ha ido desdibujándose a medida que la complejidad de la clínica se fue subordinando a mecanismos administrativos, tecnologías incomprensibles y lógicas de mercado. El resultado es una medicina que mantiene la retórica del pensamiento científico, pero que en la práctica muchas veces adopta formas más cercanas a tradiciones mágicas que a la ciencia propiamente dicha.

En el ámbito científico, el reduccionismo consiste en explicar fenómenos complejos a partir de leyes y principios de niveles más básicos, como las interacciones de moléculas. La biología reduccionista, por ejemplo, busca explicar los fenómenos biológicos a través de la química y la física.

En este contexto, el reduccionismo metodológico propone que todos los fenómenos biológicos pueden explicarse en términos de sus procesos bioquímicos y moleculares subyacentes. Desde esta perspectiva, se afirma que la biología “no es más que” química o física, negando así que posea propiedades o métodos propios que no puedan derivarse de esas disciplinas.

También se describe como una postura intelectual y filosófica que interpreta un sistema complejo como la suma de sus partes, es decir, que toda propiedad o todo proceso del sistema puede ser derivado de las propiedades o procesos de sus componentes.

Un modelo reduccionista desplaza el análisis fisiológico hacia el plano fisicoquímico. Es un enfoque válido, pero hay que tener en cuenta que no es el único. Algunos fenómenos son mejor explicados por un modelo reduccionista, mientras que otros son mejor explicados por modelos cibernéticos, holísticos o sistémicos. El reduccionismo, bien entendido, es una estrategia explicativa que busca descomponer fenómenos complejos en mecanismos más simples. Su gran virtud es que permite aislar variables, establecer modelos causales y facilitar la manipulación experimental.

Su principal limitación es que no puede dar cuenta de las propiedades emergentes: esas cualidades que no se explican a partir de las partes en sí mismas, sino por la forma en que están organizadas.

Durante décadas, científicos como Ludwig von Bertalanffy, Ilya Prigogine o Humberto Maturana han argumentado esto desde lo que hoy llamamos pensamiento sistémico: la biología de redes, la fisiología relacional, la teoría de sistemas complejos, pero poco de eso llegó a la práctica clínica. Su uso del reduccionismo no es epistemológico, sino ideológico. Es decir: no reduce para entender mejor, sino para simplificar lo complejo, ignorar lo no cuantificable y excluir lo que no puede protocolizarse.

Cuando se populariza, el reduccionismo suele derivar en un determinismo laplaciano: la idea de que, si conociéramos la posición y el estado de cada átomo del universo, podríamos predecir lo que desayunará mi hija menor el 4 de abril de 2037, incluyendo si incluirá mermelada o queso untable. Una suerte de omnisciencia sin teología: si conociéramos todas las variables, podríamos predecir todos los futuros. Este determinismo nos incomoda, porque si es cierto, no hay libre albedrío, y podría pensarse que nada de lo que hagamos tiene sentido.

Para escapar de esa incomodidad, muchos recurren a otro concepto científico: la mecánica cuántica. Y lo hacen con entusiasmo, porque parece incontestable y, además, permite restaurar la incertidumbre, la posibilidad de que los hechos no estén decididos de antemano, y la tranquilidad de que nuestras acciones sí puedan modificar el rumbo del universo.

Pero explicar fenómenos impredecibles —como el libre albedrío, las emociones o cualquier proceso complejo— a partir de lo cuántico es también una forma de reduccionismo. La crítica al reduccionismo, paradójicamente, acaba convirtiéndose en otra forma de él: se rechaza el determinismo mecánico para abrazar el indeterminismo subatómico, como si el misterio del todo pudiera resolverse en la agitación errática de sus partes. En realidad, la solución no está en buscar explicaciones cada vez más microscópicas, sino en abandonar la obsesión por reducir lo complejo a lo elemental, es decir, salirse del reduccionismo y aceptar la existencia de propiedades emergentes.

Se suele creer que rechazar el reduccionismo implica caer en la pseudociencia, pero no es así. Es posible sostener un enfoque científicista sin ser reduccionista. Muchos fenómenos de los sistemas complejos se explican justamente por sus propiedades emergentes. La física newtoniana misma, con su impronta determinista, es *ya* una propiedad emergente: una forma de orden que no reside en el electrón, pero que aparece en el péndulo. La certidumbre, como el sentido, es un fenómeno macro, una estabilidad que surge del tumulto.

El reduccionismo lleva también a creer que lo que importa es el material, y no el proceso. Así, elegimos alimentos por su lista de ingredientes, sin considerar cómo fueron procesados. El café instantáneo consta de un solo ingrediente: café. Sin embargo, es claro que tiene propiedades distintas que el café molido, no porque tenga ingredientes distintos, sino por su elaboración. O, si se me permite la comparación burda, sabemos que no es lo mismo la pizza fría y la caliente, o un muffin pasado por la licuadora, aunque los ingredientes no cambien.³⁵ El reduccionismo es el que nos hace creer que los procesos psíquicos se definen por cantidades de dopamina y serotonina, como si las sustancias tuvieran alguna cualidad mágica inherente.

Incluso entre los epistemólogos más científicistas hay críticos del reduccionismo. Karl Popper, por ejemplo, fue un famoso defensor del antirreduccionismo. En su ensayo *De Nubes y Relojes*, Popper clasificó los fenómenos en dos tipos: fenómenos «reloj» con una base mecánica y fenómenos «nube» que son indivisibles y dependen de la

³⁵ Recuerdo un chiste nerd: ¿Cuál es la fórmula química del agua bendita?

emergencia para su explicación.

Popper sostenía, por ejemplo, que no es posible una explicación materialista de la conciencia. Según Max Velmans: «La mayoría de los reduccionistas aceptan que la conciencia parece ser diferente de los estados (o funciones) cerebrales, pero afirman que la ciencia descubrirá que no es más que un estado o función del cerebro. En resumen, en su mayoría aceptan que los estados cerebrales y los estados conscientes son *concebiblemente* diferentes, pero niegan que sean *realmente* diferentes».

La medicina convencional, en su forma más habitual de presentarse, suele definirse como heredera legítima del pensamiento reduccionista moderno: se proclama fundada en la fisicoquímica, articulada según los principios de la biología molecular y respaldada por modelos matemáticos de regulación homeostática, pero un examen minucioso revela que esa supuesta científicidad opera más como un dispositivo retórico que como un principio real de funcionamiento.

No se trata, en efecto, de fisicoquímica, salvo en un sentido decorativo. Las acciones de los fármacos rara vez se explican apelando a las leyes fundamentales de la termodinámica o al equilibrio de fases. El paradigma operativo no es el de la energía libre de Gibbs ni el de los potenciales electroquímicos, sino el de los servomecanismos de segunda mitad del siglo XX: sensores, comparadores, efectores. El cuerpo es concebido como una máquina de retroalimentación —no como un sistema termodinámico, sino como un autómata industrial— y los medicamentos, en lugar de participar en la modulación del sistema, se comportan como interruptores que fuerzan un output deseado sin atender ni al input ni al circuito de regulación que los conecta.

Si quisiéramos pensarlo en términos físicos, podríamos describir el organismo como un conjunto de movimientos moleculares regidos por leyes de conservación. Subiendo un nivel en la jerarquía epistemológica, encontraríamos a la biología, que no solo describe cómo suceden los procesos, sino también para qué. La biología introduce la pregunta por la función —la dimensión teleológica—, indispensable si uno quiere entender fenómenos como la fiebre, el dolor o la inflamación. Pero la farmacología contemporánea, en su versión más industrializada, ha desestimado esta dimensión funcional: interviene sobre el síntoma, pero sin preguntarse por su finalidad.

De modo que no es ni fisicoquímica ni biológica. Y no es, tampoco, fisiológica. La fisiología es el estudio del equilibrio dinámico de los sistemas vivos, no la negación de sus mecanismos naturales. Pero el medicamento moderno, lejos de colaborar con el cuerpo, actúa en su contra. Un antiinflamatorio, por ejemplo, inhibe un proceso diseñado para reparar tejidos. Un antipirético combate una fiebre que fue activada como defensa. En casi todos los casos, la explicación de la acción del fármaco se formula como una negación del saber fisiológico.

Lo que tenemos, entonces, no es un modelo reduccionista, sino un modelo reducido. Y no por rigor lógico, sino por conveniencia operativa. La medicina convencional tiende a tachar de pseudociencia a todo lo que no se pliegue a su cosmovisión simplificada, pero en su práctica diaria no aplica ni la física, ni la biología, ni la fisiología. Aplica otra cosa: un modelo comercial, un conocimiento técnico cuya principal virtud no es la coherencia epistemológica, sino la rentabilidad.

El discurso biomédico no es, en última instancia, un sistema filosófico, ni siquiera un conjunto de principios científicos organizados. Es una economía simbólica al servicio de una economía real. Su función no es decir la verdad sobre el cuerpo, sino mantener la maquinaria funcionando: la maquinaria del laboratorio, de la industria, del

mercado.

La medicina moderna, en su esfuerzo por legitimarse como ciencia positiva, ha construido para sí una identidad diferenciadora: se proclama libre de toda superstición, refractaria a la metáfora, enemiga de la bruma conceptual. En sus discursos públicos, se opone con firmeza a toda forma de pensamiento esotérico —chakras, energías, registros akáshicos— que no pueda reducirse a una fórmula bioquímica o a un valor de laboratorio. Se presenta como bastión racional frente a la oscuridad premoderna.

Y, sin embargo, recuerdo una vez que un médico me diagnosticó una intoxicación alimentaria, y cuando le pregunté por qué me la agarré yo y los otros comensales no, me dijo “Mala suerte”.

¡Mala suerte! ¿Puede imaginarse un retorno más escandaloso del pensamiento mágico? Estamos ante una ideología que se jacta de haber desterrado toda forma de superstición... y, sin embargo, frente al punto ciego de su propio saber, reactiva la más infantil de las creencias: el azar sin sujeto, el destino sin rostro, la ruleta de la biología. Uno podría entender —aunque no justificar— que se invoque a Dios, al karma, incluso a una maldición familiar. Pero “mala suerte” es la forma posmoderna de decir “no tengo la menor idea”, envuelta en un aura de falsa neutralidad científica.

Y si esto no bastara, aparece el otro gran tótem de la pereza médica: “la edad”. ¿Quién no ha oído esta sentencia? Dolor de espalda: es la edad. Tendinitis: es la edad. Disfunción eréctil: es la edad. Lo fascinante aquí es que “la edad” no actúa como si fuera una causa concreta, sino como destino ineludible. La edad no es un factor fisiológico, sino un significante vacío que cubre un agujero epistémico. Es decir: el médico no sabe por qué, pero debe seguir pareciendo que sabe. Entonces dice “la edad”.

Pero la edad no es un agente causal. No es una toxina. Lo que deteriora al cuerpo no son los años, sino el modo en que se los vive. No es el tiempo lo que nos arruina: es el trabajo alienado, el insomnio crónico, el cigarrillo, el sedentarismo. Al nombrar “la edad”, el médico elimina toda posibilidad de reversibilidad, es decir, saber cómo comportarnos para que la edad no nos achaque. Fija el deterioro como una ley natural. Borra la historia concreta de ese cuerpo —sus hábitos, sus tensiones, sus pequeñas decisiones cotidianas— y lo convierte en una entidad estadística condenada por el calendario. Pero el deterioro no es consecuencia directa del calendario, sino de la biografía.

Y lo mismo ocurre con “el estrés” o “lo multifactorial”. No son explicaciones: son cláusulas de cierre. Puntos finales disfrazados de causas. Son formas sofisticadas de decir: “no lo sé, y tampoco pienso investigarlo”. Son, en última instancia, dispositivos ideológicos, porque en lugar de abrir la pregunta —¿qué te duele?, ¿cómo es tu vida?, ¿qué podrías cambiar?— reinstalan una forma secular del destino, no muy distinta de decir que “Dios lo quiso” o “es cosa de brujas”.

Así, la medicina contemporánea, en su arrogancia epistémica, acaba por reproducir el núcleo mismo del pensamiento mágico que dice combatir: sustituye la causa por la figura del castigo, la biografía por el fatalismo, el análisis por el ritual. Se burla de quienes hablaban con los árboles... y luego le indica diclofenac a alguien que tiene una tendinitis por mala suerte.

La medicina ortodoxa, tal como está implementada, se basa en una contradicción esencial. Por un lado, todos los médicos saben que el estrés es un factor etiológico en muchas enfermedades. El estrés puede causar directamente

una patología o predisponerla al debilitar el sistema inmunitario. Si uno le pregunta a un médico por qué tiene determinada dolencia, es probable que responda con el agente (el virus *cochella festivus*, por ejemplo), o con factores mágicos como la edad, mala suerte, deterioro por uso o, si uno insiste, dirá que es por estrés.

Como el sacerdote que invoca la voluntad divina, el médico moderno invoca el estrés. El estrés cumple aquí la función de una entidad mística, intangible, ubicua. Se le atribuyen decenas de condiciones, pero rara vez se lo aborda como un problema terapéutico. Si es etiológico, ¿por qué no es tratable? Porque el sistema médico no está diseñado para tratar el estrés, sino para usarlo como argumento cuando no hay respuesta. Volveremos sobre este punto más adelante, cuando tratemos el lugar del estrés como entidad clínica.

Sabemos que las disciplinas no modifican sus fundamentos. Cuando hay un cambio epistémico, ciertas disciplinas son reemplazadas por otras, como la historia natural fue reemplazada por la fisiología y la zoología, la alquimia por la química y la frenología por la psicología.

La medicina, sin embargo, ofrece un caso peculiar. Nacida en el cruce de la teúrgia hipocrática y el empirismo galénico, sus fundamentos ontológicos han mostrado una notable persistencia. En su formulación clásica, la salud se concebía como el equilibrio armónico de cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. Cada uno de estos fluidos se asociaba a temperamentos, estaciones, edades y elementos, conformando un sistema tan cerrado como elegante, donde diagnóstico y cosmología eran una sola cosa.

Ahora bien, sería ingenuo pensar que ese modelo fue simplemente descartado. Más bien, ha sido transmutado. La medicina contemporánea, en particular en su versión psiquiátrica, conserva la arquitectura del pensamiento humoral, aunque bajo otros nombres. Los fluidos antiguos han sido reemplazados por neurotransmisores: dopamina, serotonina, adrenalina y cortisol. Sus funciones —si se nos permite la anacronía— coinciden en no pocos aspectos con las atribuidas a sus antecesores: la dopamina es la bilis negra de la motivación, la serotonina la flema de la serenidad, la adrenalina la bilis amarilla de la ira, y el cortisol la sangre ansiosa del agotamiento.

Al igual que los médicos heroicos del siglo XVIII que prescribían sangrías para calmar un exceso o tónicos para corregir una insuficiencia, la psiquiatría actual opera bajo un paradigma distributivo: toda disfunción se interpreta como un desbalance cuantitativo entre sustancias, y todo tratamiento consiste en restablecer dicho equilibrio mediante psicofármacos que modulan, aumentan o inhiben su acción.

Así, bajo la apariencia de una ciencia neurobiológica de alta sofisticación, persiste la lógica antigua del desbalance y la corrección. La diferencia, quizá, no está tanto en el contenido como en el léxico: donde antes se hablaba de melancolía, hoy se habla de déficit dopaminérgico; donde antes se pensaba en una bilis ardiente, hoy se registra una hiperactividad noradrenérgica.

No soy el primero en proponer esta idea. En *Let Them Eat Prozac*, David Healy critica la creencia generalizada de que la depresión se debe a un «desequilibrio químico» en el cerebro, en particular de neurotransmisores como la serotonina y la dopamina. Healy sostiene que esta noción carece de pruebas científicas sólidas y sirve más como estrategia de marketing que como hecho médico, y que refleja la teoría humoral de los cuatro fluidos corporales.

Saliéndonos del campo de la psiquiatría y ampliándolo a la medicina en general, si quisiéramos componer un

modelo similar, necesitaríamos muchas más que cuatro variables, pero es claro que la farmacología se ocupa de mantener el equilibrio óptimo entre ellas, y todo medicamento se ocupa de subir o bajar la incidencia de alguna, sea ciclooxygenasa, levotiroxina, GABA, corticoides, ácido clorhídrico, o alguna otra. No hubo demasiado progreso en el conocimiento colectivo. La gente sigue creyendo, como en la Edad Media, que la enfermedad es por exceso o carencia de alguna sustancia, y quiere curarse proveyendo o limitando esa sustancia. Así, hay quienes toman colágeno o se inyectan ácido hialurónico para sanar alguna articulación, dicen que están deprimidos por falta de serotonina, creen que están ansiosos porque les sobra adrenalina, o consumen proteínas para ganar masa muscular.

La creencia errónea de que la depresión es causada por falta de serotonina nace de una confluencia de varias falacias: 1) la creencia mítica de que la salud corresponde a un equilibrio entre fluidos fundamentales, 2) la idea de homeostasis, que se malaplica reforzando esa creencia mítica, y la revive, 3) estas dos creencias hacen que se busque un desbalance en alguna sustancia y 4) la sustancia encontrada (en este caso serotonina) es declarada la causa por la falacia *cum hoc ergo propter hoc* (creer que dos fenómenos relacionados ocurren por causalidad). Esta falacia *cum hoc ergo propter hoc* en este caso fue facilitada y predispuesta por las creencias míticas.

En ese sentido, la cosmovisión médica dominante no es biológica sino alquímica. Y no usa esa alquimia como una metáfora, sino como su lógica operativa: una alquimia de síntesis molecular, de procesos invisibles, de fórmulas misteriosas cuya eficacia no se demuestra, sino que basta con enunciarla.

Una cosmovisión causal requeriría otros caminos de razonamiento. Pensemos esto. La opinión más difundida de la ciencia médica dice que el Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) es causado por una disminución de la serotonina. En consecuencia, el tratamiento es con drogas inhibidoras selectivas de la recaptación de serotonina (ISRS), que aumentan el efecto de la serotonina.

Otra opinión difundida es que vivir o presenciar un evento emocionalmente traumático puede generar síntomas psíquicos y físicos. De hecho, esa es la definición de TEPT: "Post-Traumático" significa, justamente, que aparece luego de un trauma.

El problema es que cuando juntamos esas dos afirmaciones, lo que queda es una especie de narración causal un tanto insólita:

- 1) el sujeto experimenta un evento traumático.
- 2) a raíz de ese hecho, el cerebro reduce su producción de serotonina.
- 3) la falta de serotonina provoca los síntomas conocidos.

Esta cadena de causalidad nunca aparece enunciada formalmente en la literatura biomédica, y no es extraño. No solo porque ninguno de los tres eslabones haya sido corroborado empíricamente, sino sobre todo porque el segundo paso despierta más preguntas que explicaciones (¿Un trauma hace que el cerebro fabrique menos serotonina? ¿Whaaaat? ¿Cómo? ¿Por qué?).

Por tanto, no hay intención de entender los fenómenos en términos de causa-efecto; se prefiere la interpretación alquímica (desbalance de sustancias), que es mucho más higiénica y se saca de encima esa cosa incómoda que son las emociones.

Otra reminiscencia arcaica en la cosmovisión médica es el animismo. La atribución de intencionalidad a entidades no pensantes no es un recurso narrativo de divulgación, sino un modo real de comprensión clínica.

En el caso del herpes zóster, por ejemplo, se dice que el virus permanece “latente” en los ganglios, “escondido” del sistema inmunitario, “esperando” que las defensas bajen para “volver a atacar”. Pero un virus no espera ni calcula. No tiene miedo, ni tiempo, ni decisión. Ni siquiera está vivo. Se trata simplemente de una partícula inerte cuyo comportamiento depende enteramente del entorno celular. Decir que se “esconde” no es una metáfora pedagógica; es una cosmovisión animista³⁶.

La demonología tampoco ha desaparecido; ha cambiado de escala. Donde antes se hablaba de demonios invisibles, hoy se habla de microorganismos. El espiritualismo clásico postulaba mundos no materiales que intervenían en el nuestro; el espiritualismo contemporáneo hace lo mismo, pero reemplaza lo etéreo por lo minúsculo. Las bacterias son nuestros nuevos duendes, los virus nuestros nuevos fantasmas. La diferencia es que ahora les atribuimos agencia dentro de un marco “científico”, lo que los hace aún más eficaces como dispositivos narrativos.

La farmacología es el brazo armado de esta cosmovisión. Funciona bajo un principio sencillo: si toda enfermedad tiene una causa microscópica, entonces toda cura debe operar a nivel molecular. La premisa es brutalmente reduccionista: todo malestar es producido por una entidad material, y todo tratamiento eficaz debe intervenir en la microfísica del cuerpo. Así, el entramado biográfico, histórico y social del sufrimiento humano se reduce a un problema de química de precisión.

El pensamiento mágico, como vimos, no ignora las causas: las reemplaza por narrativas (mitos). El mito no es una carencia de explicación, sino una forma de explicación alternativa: en lugar de identificar una cadena causal verificable, ofrece una estructura narrativa dotada de sentido interno y función cultural. Esta observación es particularmente útil para comprender ciertos usos contemporáneos del lenguaje médico, que —lejos de erradicar el pensamiento mítico— parecen, en ocasiones, perpetuarlo bajo el ropaje de la terminología científica.

La medicina moderna, que se proclama heredera directa del empirismo ilustrado y del método hipotético-deductivo, no está exenta de recurrir a construcciones narrativas que cumplen exactamente la función del mito antiguo: llenar el vacío epistémico con una fábula plausible. Así, frente a la aparición de un síntoma cuyo origen permanece oscuro, es habitual escuchar explicaciones que, si bien se expresan en terminología bioquímica o inmunológica, carecen del rigor que exige la verdadera causalidad fisiológica: “esto se debe a un desequilibrio”, “hay una disfunción en el eje neuroendocrino”, “el virus permanece latente y se activa cuando las defensas bajan”.

El caso del herpes-zóster es paradigmático: no se dice “no entendemos bien por qué reaparece”, sino que se inventa una narrativa plausible que llene ese hueco de ignorancia. Es decir: se adopta una doctrina animista, aunque se reviste con lenguaje científico.

En este punto, conviene subrayar lo esencial: la narrativa científica debería diferenciarse del mito no solo por el lenguaje que emplea, sino por su actitud frente a lo desconocido. Mientras el pensamiento racional admite —y de hecho valora— la suspensión del juicio (decir “no sabemos”), la medicina, con frecuencia, muestra una profunda

³⁶ Antes, citando un manual de patología, dijimos que “el virus en el periodo de latencia escapa al sistema inmunitario gracias a que limita la expresión de algunas de sus proteínas virales y reduce la expresión de antígenos de histocompatibilidad en la superficie de las células infectadas” (Pardo Fernández, Esquemas en Dolor Neuropático: Neuralgia Postherpética). La idea de que el virus “reduce la expresión de antígenos de histocompatibilidad” suena académica y elevada, pero no tiene ningún sentido. Es tan absurdo como decir que mi coche, cuando se sube a la autopista, pone cara de Ferrari (mi coche no tiene conciencia para decidir, tampoco tiene cara, y mucho menos puede modificar su aspecto exterior).

incomodidad ante el vacío. La afirmación de no saber es sustituida por la confección de una historia, cuyo propósito no es explicar sino ocupar el espacio simbólico que deja la ignorancia.

La cosmovisión biomédica, entonces, no es ni fiscalista ni racional. No es sistémica ni fisiológica. En realidad, se asemeja más a una mezcla de alquimia, animismo y esoterismo que a una ciencia de base biológica.

Y en esa combinación inesperada se acerca, curiosamente, a las mismas medicinas alternativas que tanto pretende criticar (lo que Juan dice de Pedro dice más de Juan que de Pedro). El resultado es una medicina que no busca comprender, sino intervenir químicamente sobre lo que ignora.

Esto no se debe a una conspiración ni a una degradación intencional. Es más bien una lógica cultural que se ha sedimentado con el tiempo y que resulta conveniente para muchos actores: sostiene el privilegio simbólico de los expertos, justifica la medicalización constante de la vida cotidiana y permite desestimar cualquier crítica escudándose en su supuesto carácter científico.

Por eso, se vuelve urgente revisar esa cosmovisión. Necesitamos avanzar hacia un modelo verdaderamente racional: uno que piense al cuerpo no como una colección de síntomas dispersos, sino como un sistema integrado y dinámico; que entienda la fisiología no como una lista de funciones aisladas, sino como una red viva de relaciones interdependientes. Un modelo que no persiga solo la supresión del síntoma, sino que indague su origen, su lógica, su sentido. Un modelo que comprenda que la salud no es simplemente ausencia de enfermedad, sino la expresión coherente de una inteligencia biológica.

En ese camino, la osteopatía tiene mucho que aportar, pero antes de desarrollar esa alternativa, necesitamos seguir desentrañando los pliegues míticos del paradigma dominante. Pasemos, entonces, a analizar cómo esa cosmovisión produce no solo una visión mágica del cuerpo, sino también una doctrina que opera más por analogía que por razón.

En el capítulo 1 dijimos que la osteopatía y la medicina comparten una cosmovisión: la de entender el cuerpo a partir de sus procesos fisiológicos. Sin embargo, lo que ahora vemos con claridad es que esa intención no se sostiene en la práctica, especialmente en lo que respecta a la estrategia farmacológica. Esa estrategia no es ni fisiológica, ni biológica, ni fisicoquímica, y los fármacos no se justifican por su mecanismo de acción, sino que se presentan como "buenos" para tal o cual condición, como si fueran pociones mágicas.

Doctrina

Lo que aquí llamamos *doctrina* es la lógica subyacente de intervención: cómo se decide qué hacer, qué pasos deben seguirse, cómo se diagnostica y cómo se elige una terapéutica. En principio, uno esperaría que esa doctrina responda a una racionalidad causal: se identifica un fenómeno, se buscan sus causas, se interviene sobre ellas. Pero en la práctica, gran parte de la medicina convencional responde a otra lógica: una lógica simbólica, interpretativa, más cercana al pensamiento hermenéutico que al causal.

Existen muchas formas de extraer conocimiento a partir de una situación. Una de ellas es disponer de un catálogo de situaciones tipo y determinar a cuál corresponde la que se está analizando, a partir de ciertos signos. El cuadro semiológico no se explica: se traduce. Tal cosa es una “gastritis”, tal otra es una “depresión”. A esta forma de razonamiento podemos llamarla hermenéutica.

La otra forma es la etiológica, que no parte del catálogo, sino del mecanismo. Consiste en intentar comprender el funcionamiento, descomponiendo la situación en distintas partes y procesos, y tratando de entender causas y efectos, es decir, de cada proceso ver qué otro proceso lo origina y qué otros procesos desencadenan o catalizan este proceso. No se trata de nombrar, sino de explicar; no de identificar, sino de comprender. A esta forma de razonamiento podemos llamarla etiológica.

Cuando Andrew Taylor Still fundó la osteopatía a fines del siglo XIX, lo hizo con una convicción simple pero radical: que la medicina de su época estaba equivocada. No solo por ineficaz, sino por mística. Se basaba en principios que, incluso para su tiempo, eran poco más que supersticiones con respaldo académico: el equilibrio de los cuatro humores, las sangrías, los purgantes, las curas más agresivas que la enfermedad misma.

La explicación habitual afirma que todo eso ya quedó atrás. Que la medicina se modernizó y dejó de ser heroica. Que la ciencia la rescató. Y hoy, en un curioso giro, la osteopatía —la misma que nació como una crítica frontal al pensamiento mágico— es acusada de ser ella misma una forma de misticismo.

Pero esa versión es engañosa, porque si se observa con atención, se descubre algo menos lineal. Sí, la medicina cambió. Incorporó laboratorios, estadísticas, tecnología. Pero bajo el instrumental reluciente y las expresiones en latín, persisten formas de razonamiento que no son tan diferentes de aquellas que Still denunció. Se sigue actuando muchas veces sin comprender. Se aplican tratamientos como si fueran conjuros: se baja el colesterol porque está alto, se calla la tos porque molesta, se receta porque hay que hacer algo. Y cuando alguien pregunta por qué, no siempre hay una respuesta clara. A veces solo hay una etiqueta.

La osteopatía, por su parte, no ha cambiado tanto. Sigue proponiendo lo mismo que propuso desde el inicio: que el cuerpo tiene una lógica propia, que la función se comprende a partir de la forma, que los síntomas son pistas más que errores. Que hay que escuchar antes de intervenir. Que no siempre se puede, ni se debe, suprimir todo lo que incomoda.

De todos los principios que Andrew Taylor Still repite con un fervor que hoy nos parecería casi obstinado, quizás ninguno sea tan recurrente como el de causa y efecto. Para el lector contemporáneo, esta insistencia puede sonar casi ingenua, como si Still estuviera hablándole a una comunidad arcaica que aún atribuye los relámpagos a los caprichos divinos y no a la electricidad atmosférica.

Pero esa aparente candidez filosófica esconde una toma de posición radical.

Porque esa ley no es solo una obviedad lógica, sino la base de una forma completamente distinta de pensar la salud. Frente a una medicina heroica que operaba todavía con los restos semánticos de la magia —el equilibrio de los humores, las correspondencias astrológicas, las sangrías como liturgia expiatoria—, Still introduce la figura del clínico como racionalista ilustrado.

Un tratamiento racional, como el que propone Still, se basa en la ley de causa y efecto, es decir, busca entender las causas de los eventos. Un tratamiento hermenéutico, como lo era la medicina en tiempos de Still, se basa

en la ley de la analogía, es decir, busca interpretar conjuntos de eventos basándose en ordenaciones homólogas. Hoy esa batalla epistemológica sigue vigente, porque la nueva tecnociencia no busca entender, sino buscar signos.

Recuperar el principio de causa y efecto implica reivindicar la racionalidad etiológica frente a un paradigma clínico crecientemente dominado por la correlación estadística y la taxonomía funcional.

La medicina basada en la evidencia, que surgió para ordenar ese caos doctrinal, terminó consolidando esta deriva. La promesa de una medicina racional se diluye en una cultura de correlaciones estadísticas: se busca lo que es frecuente, no lo que es verdadero. El paradigma probabilístico reemplaza al razonamiento causal. No importa cómo ni por qué funciona algo; basta con que haya funcionado en una muestra estadísticamente significativa. El modelo se vuelve nomotético: no piensa en este paciente, sino en un promedio de pacientes parecidos.

Lo más preocupante es que este tipo de doctrina tiende a automatizarse. La automatización de la decisión clínica, lejos de representar una mera racionalización de procedimientos, se inserta en un proceso más amplio de tecnocratización del ámbito sanitario, en el que el juicio clínico queda subordinado a matrices de decisión preconfiguradas. En este contexto, el profesional que se limita a aplicar algoritmos de prescripción sin investigación causal ni escucha activa del paciente deja de ser un sujeto clínico para convertirse en un operador funcional que puede ser reemplazado por sistemas informáticos. Cosa que, de hecho, ya está ocurriendo.

El horizonte implícito es el de una medicina desubjetivada, administrada por máquinas expertas, cuyo criterio operativo ya no es la comprensión de la enfermedad como proceso histórico-biológico, sino la optimización de indicadores estandarizados de eficacia. Lo que se anticipa en esta mutación es la disolución del vínculo clínico como relación entre sujetos.

Frente a esto, la osteopatía propone otro paradigma. Una doctrina verdaderamente etiológica, que no se conforma con interpretar signos ni aplicar fórmulas, sino que busca comprender el proceso completo: desde los antecedentes del paciente hasta la lógica de su fisiología. La osteopatía no dice "lo que te ocurre es tal cosa y se resuelve con esto", sino que pregunta: ¿por qué no se está curando este cuerpo? ¿Dónde está el obstáculo? ¿Qué información está alterada?

La doctrina osteopática es personalizada, interrogativa, exploratoria. No parte de signos ni de correspondencias, sino de una escucha atenta de procesos, de cadenas causales, de fenómenos adaptativos. Es una medicina que piensa, y que asume que el síntoma no es el problema, sino justamente lo que está tratando de resolver el problema real. Y que, para encontrar ese problema real, no se necesita interpretar síntomas y signos, sino comprender funciones.

Una medicina que basa sus decisiones en interpretaciones simbólicas, asociaciones estadísticas y supresiones sintomáticas no es una medicina racional, sino hermenéutica. Una medicina basada en la fisiología puede reclamar para sí el estatuto de ciencia. Entre ambas, no hay una diferencia de estilo, sino de doctrina.

En el capítulo 1 dijimos que la medicina y la osteopatía compartían una doctrina común: hay que hacer un diagnóstico (entender lo que ocurre) y luego proveer un tratamiento acorde a ese diagnóstico. Ahora, podemos afinar esa afirmación. Ambas tienen una estructura de procedimiento clínico similar, pero no comparten la misma lógica. La medicina diagnóstica por hermenéutica y trata por métodos químicos. La osteopatía diagnóstica por anatomía y fisiología y trata por métodos físicos.

Oficiantes

“La bata blanca del médico no es sólo un uniforme: es una vestidura sacerdotal.”

(Mendelsohn, 1979)

La medicina contemporánea, a pesar de proclamarse científica, conserva rasgos esotéricos. El monopolio del saber médico genera un conocimiento hermético, reservado a los iniciados. Y no solo los médicos defienden este privilegio: incluso personas sin formación específica pueden sentirse ofendidas si una crítica a la medicina no proviene de alguien con título habilitante. Así, la medicina opera como una casta sacerdotal: el médico no es un investigador sino un chamán autorizado, cuyo saber resulta incuestionable para el profano.

Este privilegio del saber no se sostiene solo en la posesión de información, sino también en su inaccesibilidad. En *El nacimiento de la clínica*, Michel Foucault describe cómo el saber médico se estructura sobre una distancia: el paciente es un cuerpo a leer, pero no puede leer su propio cuerpo. La mirada clínica, la interpretación de signos y síntomas, se transforma en un acto sacerdotal. El médico “ve” lo que el paciente no puede ver, nombra lo que él no puede nombrar. Como en los antiguos oráculos, la dolencia se transforma en un mensaje en clave que solo puede ser descifrado por un intérprete legitimado. En el encuentro entre el médico y el paciente no hay alguien que sabe frente a alguien que no sabe, sino alguien que sabe y alguien que no puede saber.

De hecho, existen escalafones médicos y ritos de iniciación entre ellos. Algunos de estos consisten en imponer a los más jóvenes prácticas humillantes o innecesarias: internos que deben realizar tactos rectales sin justificación clínica, residentes expuestos a burlas públicas, médicos noveles obligados a naturalizar la obediencia antes que el pensamiento crítico. La medicina es un saber que se gana, se padece, se hereda. Un código cerrado, reforzado por jerarquías y ritos.

Paradójicamente, ese monopolio también genera una reacción, porque esta lógica hermética es lo que ha permitido el surgimiento y el florecimiento de medicinas alternativas. Estas se desvían de la medicina dominante según distintos aspectos, desde su objeto de estudio (psicólogos, nutricionistas), pasando por modelos de conocimiento completamente distintos (ayurveda, medicina china), a otras posibilidades metodológicas occidentales pero no hegemónicas (homeopatía, osteopatía), hasta cismas y desprendimientos desde dentro de la medicina misma (medicina funcional, medicina integrativa).

Este fenómeno es privativo de la medicina. No hay una física o una química alternativas. No existe arquitectura complementaria, ni mecánica del automotor holística, ni administración cuántica de empresas, ni biología marina ayurvédica.

Este hermetismo médico se sostiene por múltiples mecanismos. Uno de ellos es el acceso restringido al conocimiento. Ni en la educación primaria ni secundaria se enseñan fisiología, farmacología o principios básicos de autorregulación del organismo. La persona promedio no sabe cómo funciona su cuerpo. Y eso no es un descuido, sino una política. Como señaló Ivan Illich, la medicina ha usurpado el monopolio del discurso sobre la salud. Quien quiera saber sobre salud debe rendirse al dictado del médico o estudiar por su cuenta. Pero si opta por lo segundo, será tachado de hereje, de “anticiencia”, de irresponsable.

Ni siquiera los médicos parecen tener ya el control de ese saber. El protocolo decide por ellos. La industria investiga por ellos. Los laboratorios publican por ellos. Y los abogados de las instituciones para las que trabajan delimitan sus márgenes de acción. El médico ha dejado de ser un sabio y se ha convertido en un ejecutor. Su poder ya no emana del conocimiento, sino del respaldo institucional. Ya no necesita saber: solo debe seguir el algoritmo.

Un ejemplo revelador es el de las mamografías. Aunque diversos estudios han mostrado que su uso indiscriminado aumenta la mortalidad por cáncer de mama en lugar de disminuirla (debido al riesgo cancerígeno de los rayos X), muchos hospitales siguen implementando mamografías sistemáticas. ¿Por qué? Por temor a demandas judiciales. Si el hospital no la pide y una paciente muere, puede ser demandado. Así, el criterio clínico no es científico ni fisiológico, sino jurídico. El miedo al juicio reemplaza al juicio médico.

Este modelo refuerza una estructura jerárquica rígida: el médico actúa, el paciente recibe. Incluso el término “paciente” —el que padece, el que espera— delata la lógica pasiva que se le asigna. El saber y el poder permanecen en manos del profesional, mientras que quien consulta es visto como un receptor pasivo del acto médico. Esta disposición refuerza una concepción autoritaria del saber, donde el diálogo se diluye y la agencia (la capacidad de decisión) del paciente queda reducida al mínimo.

Dijimos al comienzo del primer capítulo que la medicina convencional y la osteopatía se parecen, entre otras cosas, en que la habilidad del terapeuta se adquiere a través de años de estudio, mientras que en otras disciplinas de salud hay sanadores que afirman canalizar el poder curativo de una entidad sobrenatural que está más allá de ellos. Este último enfoque suele ser descalificado por los defensores del conocimiento científico, por representar un modelo que no aspira siquiera a ser pseudocientífico, sino que acepta cómodamente la etiqueta de “mágico”, lo que lo sitúa en una posición opuesta a la ciencia.

Curiosamente, al observar el funcionamiento actual de la medicina institucionalizada, vemos que el médico se aproxima más a la figura del canalizador que a la del técnico.

Hoy, el médico tampoco diagnostica ni trata por sí mismo. La ciencia médica define qué estudios deben realizarse ante cada cuadro clínico. La institución sanitaria —hospital, aseguradora médica o empresa de medicina privada— selecciona, según criterios de costo y viabilidad, cuáles de esos estudios se implementarán en la práctica. El profesional, entonces, solicita pruebas cuyos resultados son generados por laboratorios u operadores técnicos que el profesional no controla. En ese sentido, el médico actúa como un mero canalizador de diagnósticos definidos por la ciencia médica, seleccionados por la institución proveedora de servicios sanitarios y ejecutados por empresas de diagnóstico.

Tampoco lleva a cabo el tratamiento. También en este punto es la ciencia médica la que determina las terapéuticas posibles para cada patología, y las instituciones eligen las opciones preferidas, imponiéndolas mediante

protocolos. Una vez determinada la patología, el médico tiene poco margen de decisión entre los tratamientos posibles. En la mayoría de los casos, el tratamiento en sí mismo tampoco es provisto por el médico, sino que suele materializarse en el consumo de un producto final elaborado por una compañía farmacéutica. El médico se convierte en un canalizador de tratamientos definidos por la ciencia médica, divulgados por los departamentos de marketing de la industria farmacéutica, aprobados por el departamento de legales de la institución proveedora de servicios médicos y, salvo en el caso del cirujano, administrados por la industria y no por el profesional.

Así como el brujo sanador canaliza las funciones de una entidad sobrenatural, sin decidir el ritual sanador, el médico contemporáneo no decide ni provee, sino que canaliza tanto el diagnóstico como el tratamiento. Las compañías de diagnóstico, la ciencia médica y la industria farmacéutica adoptan la función de entidades sobrenaturales que deciden y suministran elementos cuya comprensión ya no se considera necesaria.

La medicina basada en la evidencia enarbola la objetividad como su principal virtud, pero esa objetividad implica, precisamente, desplazar la figura del médico como agente pensante, y transformarlo en un transmisor de conocimiento estandarizado y tratamientos predefinidos³⁷.

Ya habíamos hecho una distinción entre médicos y cirujanos, en el sentido que los cirujanos son los únicos que proveen un tratamiento de manera directa. Esta diferencia genera una segregación que va más allá de esa mera característica, aunque no es nueva, sino tan vieja como la medicina misma.

En la antigüedad, los cirujanos y los médicos representaban dos disciplinas separadas, donde cada agente pertenecía a una o a la otra. Estaban tan escindidas que los miembros de un grupo despreciaban abiertamente a los del otro. Los cirujanos acusaban a los médicos de místicos, mientras que los médicos condenaban a los cirujanos como burdos. Esto refleja un tipo de tensión que suele repetirse entre subgrupos, unos de métodos más subjetivos y otros más objetivos. Unos acusan a los otros de no tener conocimientos basados en la evidencia (para los cirujanos lo único evidente era el quiste extirpado y no el efecto misterioso de una pastilla), y los otros a su vez acusan a los primeros de no poder ver relaciones y causas más sutiles (los médicos eran esotéricos porque sus conocimientos no se podían transmitir fácilmente, sino que era necesario un proceso de aprendizaje de años; solo los médicos entendían sus causas y sus tratamientos).

Como dice Engel, “La cirugía surgió de la necesidad de tratar heridas y lesiones y tiene diferentes raíces históricas que la medicina, que siempre estuvo más cercana a la magia y la religión.” (Engel, 1977)

En la terminología que venimos utilizando, podríamos decir que los cirujanos eran más idiográficos, más cibernéticos y más manuales que los médicos. Los médicos, por su parte, eran más holísticos.

En la actualidad, la figura del médico ha sido aún más despojada de su autonomía, delegada primero en el protocolo y luego en el algoritmo. En contraste, la osteopatía conserva una práctica manual, directa, basada en principios. No sigue protocolos, sino criterios. Pregunta, escucha, elige.

La medicina convencional, por su parte, no cuenta con principios explícitos. Funciona por protocolos. La

³⁷ Lo que, en última instancia, permite ir sustituyéndolo poco a poco por mecanismos más económicos. Al inicio, la constitución y adherencia a protocolos detallados estrictos permiten reemplazar al médico experto por un médico novato. Más adelante, por residentes o personal no médico que resuelven en *triage*, y finalmente por sistemas de computación.

falta de enunciación de los principios filosóficos subyacentes problematiza cualquier guía de pensamiento, y limita al médico a cumplir lo que estipulen los diversos protocolos.

Recordemos que Illich dice que la medicina se apropia el monopolio de la salud. Esto significa, en principio, que se elimina toda enseñanza de anatomía y fisiología de la educación elemental. Así, la población general no conoce el funcionamiento básico de su cuerpo. Frente a cualquier malestar, una persona debe recurrir a un médico, y el médico decide el tratamiento. El profesional adquiere una autoridad absoluta.

Pero en la actualidad este fenómeno se intensifica, y se da un paso más en esa dirección. Ahora se restringe también la autonomía del médico, que debe cumplir lo que dicta la ciencia médica. Y la ciencia médica está definida por investigaciones financiadas, en muchos casos, por laboratorios. El médico puede prescribir un inhibidor de la recaptación de la serotonina (como la sertralina o la fluoxetina) sin conocer demasiado la estructura molecular, los mecanismos de regulación o las funciones directas de la serotonina, o por lo menos no mucho más de lo que sabe un estudiante de secundaria sobre su hígado.

La ciencia médica dejó de ser un concepto epistemológico y pasó a ser un dispositivo de legitimación comercial. Que algo no haya sido científicamente demostrado no quiere decir que sea falso, sino que no encontró una compañía que vea un beneficio monetario en la idea. En un tiempo, para que una hipótesis fuera demostrada científicamente necesitaba dos cosas: adecuarse a la realidad y tener financiación. En los 80, esto empezó a cambiar: la industria se hizo cargo de la investigación, los organismos de control y los journals empezaron a ser financiados por las compañías, y fue posible comenzar a manipular los estudios. En la actualidad, que algo haya sido demostrado científicamente ya no tiene ningún mérito epistemológico. Es equivalente a decir "mi hipótesis fue aprobada como proyecto comercial".

Esto tiene otra consecuencia: afecta no solo las pruebas, sino las hipótesis. Antes, las hipótesis surgían de un intento de entender la realidad o un conjunto de datos. Ahora surgen de estrategias comerciales y oportunidades de negocio.

Como señaló John Abramson en *Overdosed*, "La manipulación de estudios médicos, la tergiversación de los resultados de las investigaciones publicadas incluso en las revistas médicas más influyentes y la ocultación de los resultados de estudios completos que no favorecen al patrocinador se han convertido en la norma aceptada en la investigación médica patrocinada comercialmente".

En este contexto, el médico no es un sabio ni un técnico: es un canal. Un intermediario. Un oficiante de un rito que no comprende y que otros, en los márgenes del sistema, diseñan y capitalizan.

Nada de lo dicho hasta aquí pretende negar la importancia del conocimiento médico ni el valor de los médicos como figuras clave del sistema de salud. Lo que se cuestiona es la deriva simbólica de la medicina: su transformación en una liturgia institucional, donde la autoridad se sustenta menos en la comprensión del cuerpo que en la obediencia al ritual. El problema no está en el médico individual, sino en la institución que lo convierte en sacerdote de una nueva religión: con dogmas, misterios, ritos y guardianes del templo.

En el primer capítulo vimos que la medicina convencional y la osteopatía comparten una estructura profesionalizada del saber, donde la legitimación del oficiante —el médico o el osteópata— se obtiene a través de dispositivos académicos institucionalizados.

Pero ahora vemos algunas diferencias.

Vemos que el conocimiento del médico convencional tiende a ser hermético. Este dispositivo de saber se articula con una práctica que muchas veces sitúa al médico en una posición de supremacía epistémica, cuya función no es tanto la de un intérprete comprensivo como la de un canalizador de aplicación de protocolos institucionales. La figura que emerge, en este sentido, se asemeja más a la del sacerdote custodio de un dogma que a la del sabio implicado en un proceso dialógico de esclarecimiento.

El problema es que esto deriva en un manejo heterónomo de la salud. El individuo enfermo delega la resolución de su padecimiento en un agente que se arroga la exclusividad del saber legítimo. El paciente se vuelve transparente. El acto clínico se transforma en un ritual de delegación donde la autonomía es suspendida en favor de una obediencia prescriptiva.

Frente a ese modelo vertical, la osteopatía propone otra figura de oficiante: no el canalizador de una fuerza ajena, sino el artesano que escucha; no el ejecutor de un mandato, sino el lector atento de un organismo singular. El osteópata no media entre el paciente y un saber incuestionable, sino que se involucra como acompañante, interviene con sus manos, su atención y su criterio. Su saber no es una fórmula cerrada, sino una disposición a aprender de cada encuentro.

Protocolos

En el marco farmacológico, los protocolos se vuelven todavía más mágicos. Ciertos medicamentos ocupan el lugar de pociones: no se los conoce por su mecanismo, sino por su supuesto destino. Se recetan “para el colesterol”, “para la glucosa alta”, “para los nervios”. El paciente no sabe qué hacen. Y, muchas veces, tampoco el médico³⁸. Pero se mencionan con naturalidad: como en los cuentos, basta con pronunciar el nombre correcto para invocar el poder que lo acompaña. Los AINES, los IBPs, los ISRS, los betabloqueantes, los ansiolíticos: toda una jerga que combina tecnicismo con encantamiento. La explicación que acompaña la prescripción es, casi siempre, insuficiente o inexistente. El fármaco funciona “porque sí”. La pregunta del paciente rara vez es “¿cómo actúa este medicamento?”, sino “¿cuántos días tengo que tomarlo?”.

Ya dijimos que las sustancias no son “buenas” para una estructura anatómica o una función fisiológica, sino que tienen un mecanismo de acción. No existen sustancias buenas para el sistema inmune, ni para el hígado, ni para la piel. Lo que existen son compuestos que producen efectos fisiológicos concretos, cuya conveniencia depende del contexto. Una sustancia que estimula el sistema inmune puede ser beneficiosa en una inmunodepresión, pero dañina en un cuadro autoinmune. Una que lo inhibe puede reducir el dolor, pero al costo de frenar la reparación tisular. Lo

³⁸ Esta frase puede sonar a crítica infundada, pero es literal. De muchos fármacos se conoce el efecto, pero no su mecanismo de acción. El paracetamol, por poner un ejemplo, se sabe que calma el dolor, pero no se conoce cómo.

que en un paciente ayuda, en otro puede perjudicar. La idea de sustancias “buenas” puede aplicarse a pociones mágicas, no a sustancias con efectos fisiológicos.

Otro fenómeno con tintes mágicos, ya no una poción, sino más bien un tipo de hechizo, es el efecto placebo. Se lo define, en términos generales, como aquella mejoría clínica que ocurre tras una intervención sin principio activo. No es el medicamento el que produce el cambio, sino el hecho de que el paciente cree estar siendo tratado.

El efecto placebo no es solo psíquico. No se trata simplemente de alguien que no estaba realmente enfermo, sino que creía estarlo y ahora se convence de que está sano. El efecto placebo puede producir cambios reales en personas que estaban objetivamente enfermos. Es decir, se observan modificaciones en variables tan concretas como la presión arterial, el colesterol, la temperatura corporal o la frecuencia cardíaca. Estas respuestas no son imaginadas, son medibles.

La medicina convencional admite su existencia, pero solo de forma marginal. Lo considera más bien una complicación estadística, una variable de control útil para comparar con los efectos de medicamentos “verdaderos”. No se lo toma como un recurso terapéutico en sí mismo, sino como un parámetro experimental destinado a ser descartado.

Esta indiferencia no es casual. La existencia del efecto placebo desafía uno de los pilares del modelo biomédico: que toda acción terapéutica legítima debe proceder de un agente físico o químico identificable. Desde esta lógica, cualquier mejora que no pueda atribuirse a una sustancia activa se vuelve sospechosa, incluso si los resultados son tangibles. La eficacia simbólica no encuentra cabida en un paradigma que se define por su afán de objetividad y reproducibilidad.

Pero esa etiqueta no explica nada. Funciona como una barrera. En lugar de abrir preguntas, las clausura. Toda mejoría que no pueda explicarse se llama placebo. Y todo placebo se define como una mejoría inexplicable. Es una tautología útil: mantiene intacto el marco teórico, al precio de perder la oportunidad de aprender algo nuevo.

La designación de placebo, lejos de constituir un reconocimiento genuino, actúa como una operación de contención conceptual. Su función es clara: preservar los límites de un paradigma que no puede integrar aquello que no sabe producir. Admitido como real pero desprovisto de causalidad clara, el efecto placebo es uno de los axiomas míticos de la ciencia.

La osteopatía, en su práctica cotidiana, produce resultados que muchas veces no pueden explicarse desde la lógica técnico-farmacológica. Pacientes que no han mejorado con tratamientos convencionales encuentran alivio o incluso recuperación tras una intervención osteopática. Esta situación se presenta como un curioso éxito sin legitimidad: se admite que los pacientes mejoran, pero esta mejora no se debe a la osteopatía en sí, sino al “efecto placebo”.

Ahora bien, lo que la osteopatía propone no es una reparación técnica sobre una estructura dañada, sino modificar la forma en que el cuerpo se organiza y se percibe a sí mismo. A través del contacto, la escucha, la resignificación, la eficacia fisiológica y la afinación somática, la intervención busca restablecer un orden interno, no imponerlo. La mejoría no surge por intervención directa sobre el síntoma, sino por el modo en que el cuerpo recupera el control de su propio equilibrio.

Al explicar esos resultados como efecto placebo, se admite sin decirlo que el cuerpo puede curarse a sí mismo,

y que ese tratamiento en particular logró activar ese proceso. Es decir, se reconoce de forma indirecta justo aquello que la osteopatía afirma desde el principio: que el cuerpo tiene mecanismos propios de autorregulación y que el terapeuta puede ayudar a despertarlos.

La etiqueta de placebo, en este caso, no cumple una función descriptiva, sino una función de contención epistemológica. Clasifica un resultado incómodo dentro de un lenguaje que lo neutraliza. Así se evita así la pregunta clave: ¿por qué una práctica como la osteopatía, sin apelar a principios activos ni a intervenciones invasivas, puede lograr efectos que otras disciplinas no consiguen? ¿Y por qué no se investiga más esa diferencia?

La existencia del efecto placebo debería llevarnos a algunas conclusiones simples pero importantes. Primero, que el cuerpo tiene una capacidad real para curarse a sí mismo. Segundo, que esta capacidad puede activarse bajo ciertas condiciones simbólicas. Y tercero, que muchos tratamientos farmacológicos carecen de esa dimensión simbólica, y, por tanto, de esa potencia.

Desde este punto de vista, el efecto placebo no es un error ni una molestia estadística. Es una función biológica. Una forma en que el cuerpo responde y se reorganiza cuando interpreta que está recibiendo ayuda. Esa reorganización no ocurre por casualidad. No es el objeto lo que sana, sino el ritual que le da sentido. Y ese ritual, lejos de ser un teatro vacío, activa respuestas fisiológicas muy concretas: ajusta el eje del estrés, modula el sistema inmunológico, regula el sistema nervioso autónomo. En resumen, moviliza los mecanismos que el cuerpo utiliza para adaptarse: sus mecanismos alostáticos.

Dicho de otro modo, el efecto placebo es una forma de alostasis activada por símbolos. El cuerpo cambia porque ha cambiado la forma de interpretar la situación.

Desde esta perspectiva, el efecto placebo puede entenderse como una forma de alostasis simbólicamente mediada. Es decir, una reorganización activa del organismo provocada por señales que no son químicas ni físicas, sino semánticas.

Llevando el razonamiento a un extremo incómodo, podríamos decir que los tratamientos farmacológicos operan *más allá* del efecto placebo. Se diseñan justamente para actuar independientemente de la conciencia del paciente; no activan ningún mecanismo alostático interno, y por eso requieren de un principio activo externo para generar efectos.

El efecto placebo depende de la conciencia del paciente. Para que funcione, la persona debe saber —o al menos creer— que está recibiendo un tratamiento.

Esta condición desconcierta al modelo médico convencional, que tiende a valorar como “reales” únicamente los tratamientos capaces de funcionar sin involucrar la conciencia. Según esa lógica, cuanto más independiente sea la intervención de la subjetividad del paciente, más científica se la considera. Así, se consagra un ideal de eficacia aséptica, desligada de la experiencia, del entorno, del vínculo. Un tratamiento válido sería aquel que “funciona igual” incluso si el paciente está inconsciente o sin saber nada del tratamiento. Esta aspiración refuerza la matriz homeostática y mecanicista de la medicina contemporánea: el cuerpo es visto como una máquina que necesita ser reparada desde afuera, y la autoorganización como un factor de interferencia.

Pero esta forma de pensar ignora algo fundamental: la inteligencia del organismo. Esa inteligencia no se limita al sistema nervioso ni a un repertorio fijo de respuestas automáticas, sino que se expresa como una capacidad

dinámica de adaptación, de lectura contextual, de ajuste fino ante las variaciones del entorno. Esa inteligencia no puede desplegarse si se la excluye desde el inicio de los circuitos terapéuticos.

Si el efecto placebo funciona porque modifica funciones del cuerpo a través de símbolos y creencias, entonces la conciencia no es un detalle: es la condición de posibilidad del efecto terapéutico. Es, probablemente, la herramienta terapéutica más potente que existe.

Desde esta perspectiva, la práctica osteopática se diferencia de otros abordajes no solo por su componente manual, sino por su forma de convocar esta inteligencia. Su eficacia no se limita a la manipulación biomecánica de estructuras corporales, sino que reside en su capacidad para afinar la conciencia que el paciente tiene de su propio funcionamiento.

En otras palabras, la osteopatía opera como un catalizador de conciencia, y en ello radica, quizás, su mayor potencial terapéutico.

Al decir que la osteopatía funciona gracias al efecto placebo, lo que se descarta no es la osteopatía como tratamiento, sino la pregunta que la vuelve incómoda: ¿cómo puede el cuerpo curarse por sí solo, sin necesidad de intervenciones químicas o quirúrgicas externas?

Negarse a explorar esa pregunta no es un acto de rigor científico, sino una decisión ideológica. Lo que está en juego no es si la osteopatía funciona, sino la soberanía interpretativa del modelo biomédico. La eficacia de la osteopatía se convierte entonces en una amenaza no por lo que logra, sino por la forma en que lo logra: desbordando los marcos explicativos consagrados y desplazando la autoridad desde el dispositivo técnico hacia la capacidad inherente del cuerpo de organizar su propia recuperación.

Al invocar el placebo como explicación reductora, la medicina oficial admite, sin querer, que el cuerpo posee una inteligencia regulativa que escapa a su control. No está resolviendo un problema: está eludiéndolo. En lugar de preguntarse por qué ciertas prácticas activan mecanismos de sanación que la farmacología no logra reproducir, opta por nombrar ese exceso como si ya estuviera comprendido.

Pero el efecto placebo no es un fenómeno del cuerpo que desafía la ciencia: es un límite de la ciencia para nombrar al cuerpo cuando éste se organiza de maneras que el modelo no había previsto. No es una anomalía de la fisiología, sino una anomalía del marco conceptual que la interpreta, y cuando una teoría necesita invisibilizar lo que no puede explicar, deja de ser una herramienta de comprensión para convertirse en un aparato de preservación.

Rehusarse a interrogar los resultados que no se ajustan al modelo dominante no es una muestra de rigor científico, sino una estrategia de poder. Cuando la medicina institucionalizada se enfrenta a fenómenos clínicos que funcionan sin cumplir los requisitos técnicos del paradigma, no busca integrarlos ni comprenderlos: los desacredita. Elige preservar la coherencia interna de su epistemología antes que ampliar su repertorio terapéutico.

Esta dinámica no es solo conceptual, sino profundamente política. Desacreditar prácticas como la osteopatía no por sus resultados, sino por su incompatibilidad con el marco dominante, equivale a ejercer una violencia epistémica sobre los pacientes. Si un tratamiento cura porque desactiva el metabolismo de las catecolaminas, y otro tratamiento cura por efecto placebo, está claro que es preferible el segundo.

Un fenómeno interesante: la osteopatía rara vez es la primera elección. La persona con dolor o molestias acude al médico convencional. Si pasado un tiempo, luego de pruebas, diagnósticos y tratamientos no encuentra mejoría,

recurre a la osteopatía. Y si esta logra resultados allí donde la medicina convencional no lo hizo, los esfuerzos por desprestigiarla no están contribuyendo al bienestar común, sino todo lo contrario. ¿No sería más razonable estudiarla que desprestigiarla? Desacreditar una intervención solo porque no encaja en el paradigma dominante es negar a los pacientes una herramienta potencialmente eficaz. Convertir la desconfianza científica en una contraindicación clínica es, en sí mismo, un efecto nocebo.

El debate, entonces, ya no es solo médico. Es moral. Es político. No se trata de demostrar si la osteopatía funciona, sino de preguntarse quién tiene el poder de decidir qué formas de curación merecen ser reconocidas como válidas, porque mientras se continúe reduciendo a placebo todo aquello que el modelo no logra explicar, no solo se posterga una comprensión más amplia de la salud, sino que se clausura la posibilidad de que otros saberes —más sensibles, más simbólicos, más relacionales— participen en la construcción de lo terapéutico.

El verdadero dilema no es si el cuerpo puede curarse por sí mismo, sino si el sistema está dispuesto a perder el monopolio sobre esa decisión.

El problema de fondo es que los protocolos actuales, lejos de surgir de una comprensión detallada del funcionamiento del cuerpo, tienden a reproducir una praxis desconectada del saber fisiológico. Se imparten basándose en evidencia estadística, pero se ejecutan como conjuros.

El efecto placebo, el marketing de las sustancias milagrosas, la ilusión de la pócima, la regresión a la media mal entendida, el desprecio por la conciencia corporal, la exaltación de la pasividad terapéutica: todo esto forma parte de los protocolos biomédicos. Protocolos que no se basan en comprensión fisiológica ni en mecanismos causales, sino en rituales legitimados por un canon autorreferencial.

En última instancia, lo que diferencia a un tratamiento racional de un protocolo mágico no es el uso de tecnología ni la cantidad de evidencia publicada, sino el tipo de lógica que se pone en juego. ¿Se busca una causa o se interpreta un signo? ¿Se estudia un proceso o se reproduce una consigna? ¿Se acompaña o se sustituye al cuerpo? La diferencia está en el paradigma: causal o hermenéutico, autopoietico o pasivo, fisiológico o simbólico.

En el capítulo 1 dijimos que la osteopatía y la medicina comparten este protocolo: la práctica como encuentro presencial uno a uno. Pero ahora vemos que esa coincidencia se deshace. Vemos que la medicina contemporánea descarta las patologías idiopáticas (idiopáticas quiere decir no genéricas), que las etiologías no biológicas quedan fuera de su campo de acción y que las sanaciones por métodos no farmacéuticos son ridiculizadas.

Todo lo que no se puede formalizar queda fuera. Y lo humano, lo relacional, lo presencial no se puede formalizar. La cuarentena de 2020 ya puso a prueba la posibilidad de una medicina sin contacto. Hoy, el avance de la inteligencia artificial presagia algo más radical: la desaparición del médico humano.

Conclusiones

Este capítulo partió de una hipótesis provocadora: que el pensamiento médico actual, lejos de ser una

expresión racional, lógica, reduccionista y científica —como suele proclamarse—, funciona en la práctica como una forma de pensamiento mágico. Al revisar su cosmovisión, su doctrina, sus oficiantes y sus protocolos, observamos que las lógicas dominantes no son fisicoquímicas ni biológicas, sino alquímicas, animistas, esotéricas. Ya no se busca comprender al cuerpo, sino manipularlo desde un saber misterioso y fragmentado. Ya no se interpreta como un sistema, sino como un campo de batalla entre sustancias buenas y malas, fuerzas invisibles y hechizos químicos.

No se trata de una acusación gratuita. La afirmación se sostiene al observar que, en muchos casos, la práctica médica no se basa en una deducción causal fundada en la fisiología, sino en correlaciones estadísticas, generalizaciones heurísticas y en un uso hermenéutico de los signos. El síntoma no es rastreado hasta su origen etiológico, sino interpretado como un efecto suelto. La enfermedad no se estudia como fenómeno singular, sino que se clasifica en entidades estandarizadas, como si fueran espíritus que se apoderan del cuerpo y exigen una receta ritual para ser expulsados.

La paradoja es que este pensamiento mágico se presenta disfrazado de ciencia. Viste guardapolvos blancos, habla en tecnicismos, se ampara en protocolos, pero su estructura epistémica no es deductiva, sino hermética. En vez de investigar, repite. En vez de cuestionar, obedece. En vez de comprender, etiqueta. Hay dogmas incuestionables —como la teoría del desequilibrio químico de la depresión—, tabúes epistemológicos —como no hablar del efecto placebo como recurso terapéutico—, misterios, como los “casos idiopáticos”. Y como toda doctrina cerrada, hay herejías: preguntar demasiado, dudar del diagnóstico, proponer alternativas.

La medicina convencional se presenta como una disciplina científica, rigurosa y objetiva. Sin embargo, vista desde la fisiología, su estructura epistemológica y sus prácticas cotidianas revelan una matriz profundamente mágica, jerárquica y alquímica. A pesar de haber abandonado la retórica de los humores y los demonios, mantiene la idea de que la enfermedad es un desbalance de sustancias, que puede corregirse con otras sustancias. La diferencia es que hoy esas sustancias tienen nombres más largos y vienen en cajas coloridas con la marca de una empresa farmacéutica en la etiqueta.

Esta forma de pensar no es accidental. No se trata de un desliz de la ciencia hacia la superstición, sino de una estrategia funcional al sistema, porque el pensamiento mágico, al ser incuestionable, es más eficiente para consolidar autoridad, fidelizar pacientes y sostener mercados. Una medicina verdaderamente fisiológica, etiológica y adaptada a cada persona sería demasiado incómoda para las instituciones, demasiado imprevisible para los algoritmos y demasiado costosa para los tiempos de consulta.

Otra medicina es posible. Una medicina que no rechace la ciencia, pero tampoco renuncie a la razón. Una medicina que recupere el pensamiento etiológico, la observación detallada, la lógica del cuerpo y su biografía. Que se base no en lo probable, sino en lo comprensible. Que no trate de encajar a cada paciente en un protocolo, sino que se deje interpelar por su singularidad.

Una medicina que, como la osteopatía, parta de principios claros: que el cuerpo es una unidad, que tiene capacidad de autorregulación, que los síntomas son efectos de causas múltiples y que el tratamiento debe ser personalizado, fisiológico y mínimamente intervencionista.

La osteopatía es manual, local, idiográfica, etiológica. El osteópata toca, escucha, piensa, decide. El osteópata es implementador, no canalizador. No repite procedimientos: diseña abordajes. No remite a laboratorios: explora con

sus manos. No sustituye procesos: busca comprenderlos. No combate el síntoma: escucha su función. No corta ni suprime: acompaña. Y por eso, aunque se la acuse de lo contrario, la osteopatía representa una de las pocas formas de medicina verdaderamente racional que quedan.

Se me acusa de no creer en la medicación. Y es cierto, porque uno solo cree en aquello que no entiende. Si yo entendiera el funcionamiento de una sustancia, ya no necesitaría “creer”. Podría analizarla, argumentarla, y decidir si usarla o no según sus efectos sobre los procesos fisiológicos. No quiero creer en un fármaco. Quiero entender qué hace, cómo actúa, cuándo sirve y cuándo no. Quien “cree” en la medicación está aceptando implícitamente que la toma sin saber por qué. Y eso —hay que decirlo con claridad— no es ciencia, es magia.

Es cierto que incluso dentro de la osteopatía hay quienes caen en el pensamiento mágico, pero no porque la osteopatía lo sea, sino porque todavía no han logrado salir del paradigma biomédico. Cambian el fármaco por una maniobra, la receta por una técnica, el diagnóstico por imagen por una lectura energética, pero sin pensar la salud desde otro paradigma. No desaprendieron lo suficiente.

Pensar fisiológicamente requiere desaprender. Dejar atrás la idea de que curarse es reequilibrar sustancias. Abandonar la lógica del ingrediente milagroso. Renunciar a actuar sin comprender.

Y, sobre todo, volver a formular la pregunta que la medicina ha dejado de hacerse: ¿Por qué no se está curando este cuerpo? ¿Qué obstáculo impide su autorregulación? ¿Qué historia somática explica este presente?

La medicina no se ha vuelto irracional. Ha adoptado, como toda cultura, un sistema de sentido. Lo que denunciamos aquí no es que funcione como una religión, sino que se niegue a admitirlo. Y que lo haga, además, sin el consuelo ni la belleza de las religiones verdaderas. Por eso no proponemos una reforma de los protocolos. Proponemos algo más radical: una transformación del pensamiento.

7 La botización de la clínica

Introducción

Al observar que la medicina moderna conserva ciertas estructuras de tipo místico, surge una pregunta: ¿cómo puede sostenerse esto en una disciplina que se proclama científica? La respuesta es que la medicina ha quedado subordinada a una lógica industrial, que ha sustituido el razonamiento clínico por algoritmos comerciales.

En el campo de la medicina moderna, diversos pensadores han aportado críticas fundamentales que buscan repensar y redirigir la forma en que comprendemos y tratamos la salud y la enfermedad. Entre ellos, figuras como George L. Engel, Iván Illich, Eric J. Cassell, Fredrik Svenaeus, Peter Sterling y Randolph Nesse han propuesto visiones alternativas que señalan tanto las limitaciones como las potenciales mejoras en la práctica médica.

Hablemos un poco de ellos.

Las críticas

George Engel y el modelo biopsicosocial

En 1977, George Engel publicó en *Science* un artículo que hoy podríamos leer como una denuncia precoz y estructurada de muchas de las críticas que décadas después se harían recurrentes. Allí sostuvo con firmeza que la medicina moderna estaba en crisis, pero no era una crisis por escasez de datos ni por limitaciones técnicas: era una crisis epistemológica. Una crisis causada por el reduccionismo.

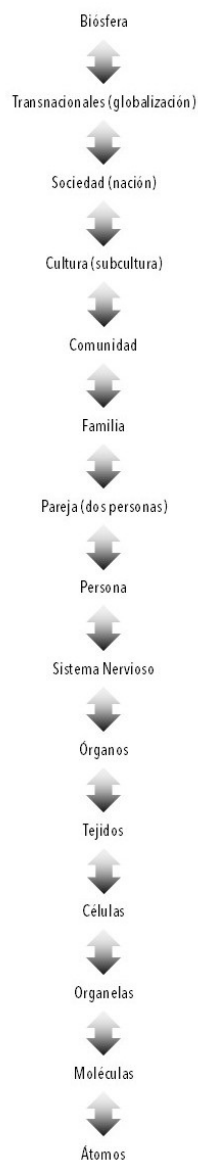
Según Engel, el modelo biomédico tradicional, que dominaba y sigue dominando la práctica médica, define la enfermedad exclusivamente en términos somáticos. Y si la enfermedad está en los tejidos, entonces —deduce la medicina— no hay motivo alguno para prestar atención a lo que sucede en la mente del paciente, ni en su contexto social. Lo psicológico y lo social quedarían, así, fuera del ámbito de actuación del médico.

Engel explica que esta perspectiva conduce a paradojas clínicas tan cotidianas como peligrosas: personas con análisis normales pero que se sienten mal son desestimadas, mientras que otras, con resultados de laboratorio alterados, pero sin síntomas, son tratadas. Esto es una inconsistencia interna al modelo biomédico, porque la salud implica el correcto funcionamiento de todos los sistemas fisiológicos: si a alguien le duele algo, no está sano. Y si, para el modelo biomédico, la enfermedad es la ausencia de salud, podríamos decir que está enfermo. En realidad, no es que no tenga enfermedad; lo que no tiene es un diagnóstico diferencial. El problema es que la medicina no puede encontrar un nombre para lo que le ocurre. “La visión biomédica tradicional, según la cual los índices biológicos son

el criterio último que define la enfermedad, conduce a la paradoja actual de que a algunas personas con resultados de laboratorio positivos se les dice que necesitan tratamiento cuando en realidad se sienten bien, mientras que a otras que se sienten mal se les dice que se encuentran bien.” (Engel, 1977)

Pero Engel no se limitó a señalar el problema. Propuso una alternativa. Su modelo biopsicosocial no niega el valor del enfoque biológico, pero sí lo contextualiza: reconoce que la enfermedad no ocurre solamente en los tejidos, sino también en las relaciones, en las emociones, en las percepciones personales. Las causas de una dolencia pueden ser biológicas, psicológicas o sociales. Y lo mismo vale para los tratamientos.

A diferencia de otros planteos bienintencionados pero vagos, el mérito de Engel está en haber elaborado un modelo conceptual claro, con base en la teoría general de sistemas. A partir de ella, describe la naturaleza como una jerarquía de niveles de organización —desde las moléculas hasta las comunidades—, cada uno con sus propias leyes, relaciones y formas de explicación. Lo que sucede en el corazón de una persona no puede entenderse del mismo modo que lo que sucede en su familia, pero ambos niveles existen, y ambos influyen en el curso de una enfermedad.



El fenómeno enfermedad se despliega en cada uno de estos niveles, y en cada uno de manera diferente. La propuesta es que cuando un paciente se presenta a una consulta, el médico debe considerar las causas y consecuencias

de los niveles que le parezcan pertinentes, según las particularidades organizativas de ese nivel.

Engel ilustra su enfoque con un caso clínico concreto: un paciente que llega al hospital por un infarto y, mientras espera para hacerse un estudio, sufre dos infartos más. Según Engel, esos infartos sucesivos podrían haberse evitado si los médicos hubieran considerado no solo los tejidos o los órganos (el corazón), sino también la experiencia del paciente, las reacciones posibles de la familia y ciertos mandatos culturales.

El modelo biopsicosocial no propone reemplazar la medicina existente, sino ampliarla. No descarta los análisis clínicos, pero tampoco los toma como la única fuente de verdad. Pide que el médico se forme para percibir y abordar lo psicológico, lo social, lo simbólico. Pide, en definitiva, que la clínica deje de ser una lectura estadística de órganos aislados, y vuelva a ser un encuentro entre personas.

Engel fue el primero en traducir esta intuición en un marco sistemático, replicable, operativo. Hoy, hablar de “modelo biopsicosocial” es casi un lugar común, pero lo que aún falta no es comprensión teórica: es voluntad institucional, es una praxis que lo encarne, es un modo de hacer medicina que entienda que el cuerpo humano no es una máquina que se rompe, sino una persona que sufre. Y que sanar, muchas veces, requiere atender no a los valores del laboratorio, sino a los valores del paciente.

Eric J. Cassell y el sufrimiento

Eric J. Cassell propuso una crítica profunda sobre el modo en que la medicina moderna ha ido vaciando de humanidad su práctica. Su punto de partida no es una teoría nueva ni un diagnóstico social, sino una experiencia compartida por todos los pacientes y todos los médicos: el sufrimiento.

Para Cassell, el sufrimiento no es un añadido emocional que acompaña a la enfermedad, ni un fenómeno psicológico accesorio a la fisiopatología. El sufrimiento es una entidad en sí misma, con sus propias leyes, manifestaciones y consecuencias, que puede estar presente incluso en ausencia de enfermedad física. Esto implica que los médicos deben desarrollar una sensibilidad y empatía hacia los aspectos emocionales, psicológicos y sociales de sus pacientes, entendiendo que el sufrimiento puede surgir de diversas fuentes y manifestarse de múltiples formas. La capacidad de aliviar el sufrimiento, según Cassell, es tan crucial como la capacidad de tratar enfermedades, y debería ser un objetivo central en la práctica médica.

En esta línea, Cassell considera que uno de los problemas centrales de la medicina contemporánea es su falta de preparación para reconocer, comprender y aliviar el sufrimiento. Una medicina que no lo ve, no puede ni medirlo ni enseñarlo, y por tanto tampoco lo trata. Es una medicina que se ha entrenado para leer resultados de laboratorio y resonancias magnéticas, pero que no sabe qué hacer cuando un paciente le dice: “no puedo más”. Por eso, Cassell sostiene que el sufrimiento debe ocupar un lugar central en la atención médica, a la par de la enfermedad, o incluso por encima de ella.

Para que eso sea posible, propone una reforma profunda en la enseñanza médica. Hoy, dice, se forman especialistas del cuerpo humano. Jóvenes brillantes que aprenden a identificar síndromes, ejecutar algoritmos

diagnósticos, memorizar tablas y dosificaciones. Pero no se les enseña a acompañar a una persona que sufre. No se les entrena para leer un rostro, para escuchar una historia, para responder con presencia a una vida que se desmorona. Cassell propone incorporar, en la educación médica, no solo nociones de comunicación, ética y humanidades, sino una verdadera transformación de la mirada: ver al paciente como una persona completa, situada en su mundo, atravesada por vínculos, creencias, historias, miedos y sueños.

Cassell también critica la postura actual del médico en la práctica moderna, describiendo a los médicos como simples intermediarios entre la ciencia médica y el paciente. En la práctica actual, el médico a menudo se limita a hacer diagnósticos basados en una tipología de enfermedades establecida por la ciencia médica, y a prescribir tratamientos estandarizados. Cassell argumenta que esta situación no solo deshumaniza la práctica médica y crea una brecha entre la ciencia médica y la atención centrada en el paciente, sino que además aniquila la autonomía del médico.

Según Cassell, el médico debería asumir un papel más preponderante, cerrando la brecha entre la medicina científica y el lado humano de la atención al paciente, donde tiene su origen el sufrimiento. El médico ideal, según Cassell, no solo cuidaría del cuerpo, sino a la totalidad del paciente en su contexto social. Esto implica un enfoque holístico, donde el médico considera todos los aspectos de la vida del paciente, y no solo los síntomas físicos.

Pero la propuesta de Cassell no es solo agregar la visión del sufrimiento para ampliar el dominio de la medicina actual. Cassell asegura que la excesiva atención a problemas biológicos a costa de la visión del sufrimiento actúa en contra de la eficacia de la medicina. Por un lado, muchos diagnósticos y tratamientos son incorrectos. Por otro lado, mucha gente se siente incomprendida o alienada y opta por terapias alternativas, con lo que la medicina pierde adeptos.

Cassell no propone reemplazar la ciencia por el humanismo, sino unirlos. Cree en una medicina que sea capaz de sostener a la persona en su integridad, no solo como un cuerpo enfermo, sino como un ser que sufre. Y para lograrlo, pide reformar cómo enseñamos, cómo miramos y cómo actuamos.

Una medicina así, capaz de tratar con el sufrimiento, sería más realista, más humana y también, quizás, más efectiva.

Fredrik Svenaeus y el concepto ampliado de enfermedad

Fredrik Svenaeus propone una crítica moral y existencial a la medicina moderna, basada en una recuperación del valor del encuentro médico-paciente y en una redefinición fenomenológica de lo que entendemos por enfermedad. Sus críticas, más éticas que epistemológicas o metodológicas, proponen reconsiderar los fundamentos de la práctica médica moderna.

Svenaeus subraya que la esencia de la medicina reside en el encuentro entre médico y paciente. Según Svenaeus, "La medicina siempre fue y probablemente siempre será ante todo un encuentro y una práctica. La medicina no es solo ciencia y tecnología, como el estado actual de la medicina moderna podría inducirnos a pensar

erróneamente" (Svenaeus, 1999).

El problema, señala Svenaeus, surge cuando el paciente se convierte en un objeto de diagnóstico y tratamiento, en lugar de ser reconocido como un sujeto. Este cambio, promovido por el modelo biomédico, crea una deshumanización en la relación médico-paciente. La reducción de la enfermedad a simples términos biológicos y la minimización de la experiencia del paciente son, para Svenaeus, grandes errores. El encuentro clínico debe ser visto como una interacción de ayuda entre personas, cuyo objetivo principal no es la verdad científica, sino acompañar a los pacientes en su camino de vuelta a la salud.

“El encuentro entre médico y paciente, que hasta este período de transición en la historia de la medicina constituía la esencia evidente de la medicina, es sustituido por una nueva imagen: la del científico examinando su objeto. Esto es problemático, ya que este objeto —el paciente—, por supuesto, nunca deja de ser, al mismo tiempo, una persona (de hecho, como individuo autónomo moderno lo es más que nunca), y esto dará lugar a conflictos y desconfianza en la relación médico-paciente.” (Svenaeus, 1999)

Svenaeus encuentra en la fenomenología una vía para restituir ese vínculo. Retomando ideas de Heidegger, Gadamer y Husserl, propone que la enfermedad debe entenderse como una alteración del “ser-en-el-mundo” del paciente. No es solo que “el cuerpo no funcione correctamente”, sino que toda la experiencia vital se trastoca. El cuerpo deja de ser un aliado silencioso y se convierte en un obstáculo: el paciente ya no habita su mundo como antes. En este sentido, la enfermedad no es solamente una alteración biológica, sino una crisis de sentido.

Para Svenaeus, la enfermedad no puede ser completamente entendida sin considerar la experiencia vivida del paciente. Esto implica una ética de la clínica médica que no solo se ocupe de los síntomas físicos, sino también de los aspectos emocionales y existenciales de la enfermedad. Integrar la fenomenología en la práctica médica significa reconocer que la enfermedad afecta no solo al cuerpo, sino a la totalidad del ser de la persona, y que el tratamiento debe reflejar esta comprensión holística.

Esta perspectiva cambia también el rol del médico: ya no es un técnico que aplica protocolos, sino un intérprete de la vivencia ajena, alguien que ayuda al paciente a restituir cierto equilibrio existencial. El encuentro clínico no debe buscar únicamente “la verdad diagnóstica”, sino acompañar el proceso de volver a habitar el mundo con dignidad.

Svenaeus no niega el valor del saber científico. Lo que denuncia es el reduccionismo que se produce cuando ese saber desplaza y relega todo lo demás. En su visión, la medicina debe reintegrar las dimensiones afectiva, simbólica y existencial, sin por ello renunciar al conocimiento técnico.

Sus críticas dialogan con las de Engel y Cassell, pero también las profundizan. Engel, con su modelo biopsicosocial, nos invita a sumar lo psicológico y lo social al enfoque fisiológico. Cassell va más allá: dice que debemos poner en el centro el sufrimiento del paciente. Svenaeus da un paso más: no se trata solo de ampliar el objeto de estudio, ni de cambiar el foco terapéutico, sino de entender que el acto médico es, desde su raíz, una práctica de encuentro. Engel quiere ampliar el diagnóstico, Cassell quiere reorientar la clínica, Svenaeus quiere rescatar el momento mismo de estar con otro.

La propuesta de Svenaeus es, en última instancia, profundamente ética: no hay buena medicina sin respeto por la subjetividad del paciente. Y no hay respeto sin encuentro. Lo técnico importa, pero no basta. Si el paciente se

siente reducido, ignorado o mal interpretado, la intervención será, aunque eficaz, incompleta. El verdadero horizonte de la práctica médica, entonces, no es la erradicación de los síntomas, sino la restauración del sentido.

Peter Sterling y el principio de alostasis

Peter Sterling, neurocientífico estadounidense, propone una de las críticas más radicales al paradigma médico vigente. Su propuesta no se limita a una mejora metodológica o una ampliación del enfoque empático, sino que se sitúa en el terreno más profundo: la transformación de los fundamentos epistémicos de la medicina. El núcleo de su propuesta es el principio de **alostasis**, una noción que redefine la comprensión misma de lo que significa estar sano y cómo debe mantenerse la salud.

El modelo médico convencional, heredero directo del pensamiento homeostático, sostiene que el cuerpo es un conjunto de variables que deben mantenerse dentro de rangos normales. Cuando una variable se desvía de su supuesto valor ideal —la tensión arterial, la colesterolemia, la glicemia, la frecuencia cardíaca—, se considera patológica y se busca restablecerla mediante intervenciones farmacológicas. Este enfoque conduce inevitablemente a la polifarmacia, al tratamiento sintomático y, en muchos casos, a la iatrogenia. Como ha señalado el propio Sterling, la homeostasis es un modelo estático, que entiende la salud como equilibrio, pero ignora que ese equilibrio no es pasivo, sino que es mantenido activamente por el cuerpo a través de sistemas complejos de regulación.

La alostasis, en cambio, propone otra lógica: la estabilidad no es el resultado de mantener parámetros constantes, sino de modificarlos de forma dinámica en función de necesidades anticipadas. El cuerpo no espera a que algo se desajuste para corregirlo: predice. En sus propias palabras, "Una estrategia más eficiente [que la del principio de homeostasis] es que el cerebro monitoree continuamente muchos parámetros y use su conocimiento almacenado para predecir qué valores serán probablemente necesarios, y luego los establezca rápidamente controlando los sistemas neuroendocrino y autónomo" (Sterling, 2014). Este enfoque de regulación predictiva destaca la capacidad del cuerpo para anticipar necesidades futuras y ajustarse proactivamente, en lugar de simplemente reaccionar a cambios ya ocurridos. El cerebro, señala Sterling, monitorea múltiples variables y, en función de experiencias pasadas y contextos actuales, anticipa qué cambios serán necesarios. Esta regulación predictiva no solo es más eficiente, sino que permite entender fenómenos que el paradigma homeostático no puede explicar.

El concepto de predicción es central en la alostasis y es lo que la distingue fundamentalmente de la homeostasis. Mientras que la homeostasis actúa de manera reactiva, ajustando los parámetros fisiológicos en respuesta a desviaciones detectadas, la alostasis se basa en la capacidad del cerebro para anticipar cambios y ajustar los sistemas del cuerpo de manera proactiva. Esta capacidad predictiva es esencial para mantener la estabilidad en un entorno dinámico y cambiante, y sugiere una visión más flexible y adaptable de la salud.

Desde esta perspectiva, el uso de medicación no debería estar orientado a fijar valores sino a restaurar o facilitar la capacidad del cuerpo para anticiparse y adaptarse. En lugar de intervenir directamente sobre cada síntoma o signo, habría que diseñar estrategias que mejoren el funcionamiento global del organismo. Esto implica una visión

integradora, sistémica, y de largo plazo.

Sterling argumenta que la alostasis representa un cambio de paradigma en la medicina. En lugar de ver la salud como un estado estático de equilibrio, la alostasis la conceptualiza como un proceso dinámico de adaptación y anticipación. "El modelo de alostasis sugiere un objetivo diferente para la terapéutica y, por tanto, una dirección diferente para la educación y el tratamiento médicos" (Sterling, 2004).

Las implicaciones de esta idea son vastas. En primer lugar, la iatrogenia deja de ser una excepción desafortunada para convertirse en una consecuencia inevitable de un enfoque fragmentario y reduccionista. En segundo lugar, la salud debería dejar de entenderse como un estado y pasar a concebirse como un proceso activo, flexible, adaptativo. En tercer lugar, la intervención terapéutica se redefine: más que corregir un error, debe acompañar una capacidad.

Pero la crítica de Sterling va aún más lejos. No solo objeta los métodos de intervención, sino también las lógicas educativas que estructuran la formación de los profesionales de la salud. Mientras se siga enseñando que el cuerpo humano es una máquina que hay que calibrar, se seguirá formando técnicos, no clínicos. En cambio, si se adopta el paradigma alostático, el médico deja de ser un regulador de parámetros para convertirse en un facilitador del aprendizaje fisiológico del organismo.

Las críticas de Sterling son principalmente epistemológicas. Señala que las estrategias actuales de la medicina, basadas en el modelo homeostático, son limitadas y a menudo contraproducentes. El enfoque homeostático lleva a la polifarmacia y a la iatrogenia, mientras que la alostasis ofrece una visión más coherente y efectiva de cómo el cuerpo mantiene la salud. Este cambio no solo requiere una revisión de los métodos y prácticas médicas, sino también una transformación en la forma en que entendemos la salud y la enfermedad.

Randolph Nesse y la medicina evolucionista

Randolph Nesse, uno de los fundadores de la medicina darwiniana, formula una crítica sustancial al modelo médico actual al introducir una dimensión olvidada: la evolución. Su enfoque no reemplaza al modelo biomédico, pero lo complejiza y lo cuestiona, sugiriendo que muchos de sus fallos se deben a no considerar las causas últimas de las enfermedades, es decir, aquellas que tienen sentido dentro del proceso evolutivo de nuestra especie.

La medicina tradicional suele responder a preguntas del tipo "¿qué es esto?" o "¿cómo funciona?". Estas son las llamadas causas proximales: describen los mecanismos fisiológicos, químicos o anatómicos de los procesos corporales. Pero, para Nesse, hay otra pregunta que es clave: ¿por qué este sistema existe de esta forma? Esta es una pregunta de orden evolutivo, y su respuesta no se encuentra en el laboratorio ni en el microscopio, sino en el pasado remoto, en la historia filogenética del cuerpo humano.

Según Nesse, muchos de los síntomas que hoy consideramos patológicos —fiebre, dolor, ansiedad, diarrea, náuseas, tos, estornudos— no son fallos del organismo, sino mecanismos de defensa seleccionados a lo largo de

millones de años. Bloquearlos sin comprender su propósito puede ser más perjudicial que útil. “Los médicos ya saben que el bloqueo excesivo de la tos puede provocar neumonía. También deben estar alerta a la posibilidad de que el bloqueo de la fiebre, el dolor, las náuseas, la diarrea, la rinorrea y la ansiedad también pueda ser perjudicial” (Nesse, 2001).

La crítica de Nesse, entonces, no apunta a la técnica médica sino a su falta de perspectiva etiológica. Tratar los síntomas como si fueran errores y no respuestas adaptativas lleva a la sobremedicación y, en muchos casos, a la iatrogenia. Una visión evolutiva permite distinguir entre defensas útiles y defectos reales, evitando tratamientos innecesarios y priorizando intervenciones más sutiles y respetuosas de la fisiología.

Junto con George C. Williams, Nesse propone seis categorías de explicaciones evolutivas para las enfermedades:

1. **Defensas adaptativas** (como fiebre o ansiedad)
2. **Infecciones** (el cuerpo responde a amenazas externas)
3. **Entornos novedosos** (desajustes entre la biología y el ambiente actual)
4. **Genes** (mutaciones, herencias poligénicas, etc.)
5. **Compromisos de diseño** (como caminar erguidos, que genera problemas de columna)
6. **Legados estructurales** (como el paso del alimento cerca de la tráquea)

Estas categorías permiten pensar los síntomas no como errores a corregir sino como rastros funcionales de una historia adaptativa. Lo que hoy es molesto o ineficiente, pudo haber sido útil en otros contextos, y a veces todavía lo es.

Nesse no parece haber leído a Sterling, pero menciona un principio parecido al de *alostasis*, el de *reostasis*. "Múltiples señales que se refuerzan mutuamente y que actúan sobre múltiples efectores que se refuerzan mutuamente, anula las diversas retroalimentaciones que se oponen al cambio. Al reconocer tal fluctuación, algunos autores han propuesto la idea de cambiar los puntos de ajuste denominados *reostasis* (Mrosovsky, 1990). Los puntos de ajuste pueden parecer describir ciertos casos, por ejemplo elevación sostenida de la temperatura corporal en la fiebre, pero incluso en este caso la temperatura responde a señales específicas que fluctúan de forma adaptativa". (Nesse, 2004)

A diferencia de Sterling, que propone un cambio radical hacia un modelo *alostático* y predictivo, Nesse no se aleja tanto del paradigma biomédico tradicional. Su propuesta es más **conservadora pero profundamente disruptiva**: seguir practicando medicina, pero **con un mapa más amplio**, que incluya no solo la biología inmediata del cuerpo, sino también su historia evolutiva.

Nesse es menos agitador que Sterling. Si bien Nesse y Sterling coinciden en proponer una revisión del enfoque médico actual, sus propuestas difieren en alcance y enfoque. Sterling propone un cambio de paradigma con la introducción de la *alostasis*, un modelo que enfatiza la regulación predictiva y la adaptación continua. Nesse, por otro lado, se mantiene dentro del modelo biomédico, pero aboga por incorporar principios evolutivos para evitar la sobremedicación y el tratamiento sintomático sin comprender las causas subyacentes. Nesse dice que la falta de una mirada evolutiva produce errores de diagnóstico, mientras Sterling dice que el paradigma biomédico es estructuralmente iatrogénico.

Iván Illich y la iatrogenia

Entre todos los pensadores que cuestionan los fundamentos y las prácticas de la medicina moderna, Iván Illich es sin duda el más radical. Su libro *Némesis Médica* empieza con una declaración de apertura poderosa: "El establishment médico se ha convertido en una gran amenaza para la salud". No solo dice que la medicina provoca más perjuicios que beneficios (cosa que ninguno de los otros autores que hemos nombrado se atreve), sino que además lleva las consecuencias nocivas del modelo biomédico más allá de la práctica médica en sí. Para eso, introduce el concepto de iatrogenia³⁹, refiriéndose a los daños causados por la medicina convencional, y los clasifica en tres niveles: iatrogenia clínica, social y cultural.

La primera forma de iatrogenia es la *iatrogenia clínica*, que representa el daño directo a los pacientes por tratamientos ineficaces o inseguros. Es decir, enfermedades originadas por los propios médicos. Illich señala que, aunque algunos tratamientos han controlado enfermedades y aliviado síntomas, muchos otros han causado enfermedades crónicas que requieren tratamiento continuo. Además, todos los medicamentos tienen efectos secundarios que pueden empeorar cuando se combinan. Por lo tanto, la creciente medicalización de la sociedad no conduce necesariamente a una mejor salud.

Dice Illich: "También se ha comprobado que uno de cada cinco pacientes ingresados en un hospital de investigación típico adquiere una enfermedad iatrogénica, que a veces es trivial, a veces requiere un tratamiento especial y en un caso de cada treinta conduce a la muerte. La mitad de estos episodios se deben a complicaciones del tratamiento farmacológico. Sorprendentemente, uno de cada diez proviene de procedimientos de diagnóstico. A pesar de las buenas intenciones y las pretensiones de servicio público, un oficial militar con un historial similar de desempeño sería relevado de su mando y un restaurante o centro de esparcimiento sería clausurado por la policía". (Illich, 1976)

Según Illich, los daños causados por la medicina no pueden ser adjudicados a errores ocasionales o a algunos médicos incompetentes, ni siquiera a una falta de controles rigurosos, sino que la práctica médica, tal como está planteada, es intrínsecamente iatrogénica. La iatrogenia clínica se produce cuando la capacidad de curación orgánica es reemplazada por una gestión heterónoma⁴⁰. Justifica esta postura mediante algunos argumentos fisiológicos (como cuando explica que la medicación para la presión aumenta el riesgo de muerte), pero sobre todo basándose en datos estadísticos.

La segunda forma es la *iatrogenia social*, que se manifiesta en lo que él llama la *medicalización de la vida cotidiana*, es decir, la infiltración de la autoridad médica en todas las facetas de la vida de las personas. Esta

³⁹ Sí, varios de los otros autores hablan de iatrogenia, pero Illich es anterior a todos, salvo a Engel. Si bien el término "iatrogenia" ya existía, fue Illich el que lo divulgó.

⁴⁰ Heterónomo es lo contrario de autónomo

medicalización de la vida incluye tres aspectos: 1) la patologización de cuestiones no médicas (problemas que antes no caían dentro del ámbito de la medicina), 2) el monopolio de la salud (la impugnación de las capacidades de curación individual), y 3) la invasión farmacológica (la oferta masiva de soluciones farmacéuticas y la predisposición al consumo de un medicamento ante cualquier problema).

La patologización de cuestiones no médicas es un fenómeno donde situaciones, comportamientos y problemas sociales que anteriormente no se consideraban cuestiones médicas comienzan a ser tratados como tales. Iván Illich argumenta que la medicina moderna ha extendido su ámbito de influencia a áreas de la vida que tradicionalmente no estaban bajo su dominio, convirtiendo problemas cotidianos en diagnósticos médicos.

Sentimientos de estrés y ansiedad, que pueden ser respuestas naturales a las dificultades de la vida cotidiana, son cada vez más medicalizados. Por ejemplo, el estrés laboral, que podría ser una señal de problemas en el ambiente de trabajo, es tratado con medicamentos en lugar de abordar las causas subyacentes.

El comportamiento de los niños, como la hiperactividad o la dificultad para concentrarse, es frecuentemente diagnosticado como trastornos como el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) y tratado con medicamentos, en lugar de considerar otras posibles causas como métodos educativos, entorno familiar, o incluso variaciones normales en el comportamiento infantil.

Por otro lado, la medicina moderna ha ampliado la definición de lo que se considera una enfermedad. Por ejemplo, estados fisiológicos naturales como la menopausia se tratan a menudo como condiciones médicas que requieren intervención. El envejecimiento, un proceso natural, es cada vez más visto como un conjunto de problemas médicos que necesitan ser tratados con intervenciones médicas y cosméticas.

Algunos comportamientos antisociales o criminales se interpretan como problemas de salud mental, dando como resultado tratamientos psiquiátricos en lugar de abordar los factores sociales o económicos subyacentes.

De esta manera, las personas empiezan a depender del sistema de salud para resolver problemas que podrían gestionarse de otras formas. Condiciones como el dolor crónico y los trastornos del sueño pueden ser síntomas de problemas de estilo de vida, como la falta de ejercicio, mala alimentación o estrés. Sin embargo, a menudo se tratan exclusivamente con medicamentos. Los trastornos alimentarios como la obesidad y la anorexia son tratados médicamente sin considerar completamente los factores culturales y psicológicos que los impulsan.

Pero esto va más allá. La patologización de cuestiones no médicas, según Illich, no solo refleja una tendencia de la medicina moderna a extender su control sobre aspectos cada vez más amplios de la vida humana, sino también a asegurarse su monopolio.

La medicina ha creado otra ilusión según la cual solo la medicina puede controlar la salud, la enfermedad o posponer nuestra propia mortalidad y, en el proceso, ha medicalizado muchas de las actividades y habilidades que tradicionalmente formaban parte de las familias y comunidades. La atención sanitaria se ha convertido en un elemento estandarizado y el paciente se ha convertido en un consumidor, esclavo de un sistema sanitario industrializado, controlado por profesionales y respaldado por una industria farmacéutica.

Entre otras cosas, las personas pierden el poder para curarse a sí mismas. La creciente medicalización de la sociedad “tiende a transformar la responsabilidad personal de mi futuro en una gestión por parte de alguna agencia”.

Como ejemplo, pensemos en las advertencias típicas de los prospectos. “La advertencia en los medicamentos

de consultar a un médico hace creer al comprador que es incompetente para cuidarse él mismo”. (Illich, 1976). Vale decir, cuando en el prospecto dice “ante cualquier duda, consulte a su médico”, lo que está queriendo decir es “La salud es un tema complicado y, si bien en este prospecto hemos tratado de explicarlo de la manera más simple posible, somos conscientes que puede ser demasiado para usted, que no es médico. Si así fuera, consulte a su médico. No porque él le vaya a explicar mejor que nosotros, sino para que él tome la decisión por usted”.

Para asegurarse de que los médicos tengan el monopolio de la salud, se excluyen de la didáctica básica todos los conocimientos que caen bajo su dominio. No se aprende anatomía o fisiología en el colegio. Uno debería salir de la escuela sabiendo los efectos de la comida, del sueño, de las medicaciones. La gente debería saber qué es la fiebre, reconocer algunas enfermedades desde los primeros síntomas, saber que no puede interrumpir un tratamiento con antibióticos, que los antibióticos cortan el efecto de los anticonceptivos, que el jugo de pomelo aumenta los efectos secundarios de las drogas para el colesterol. La gente sabe más cómo funciona su celular o su auto que cómo funciona su cuerpo. Si aprendiéramos eso, habría menos diabetes, menos obesidad, menos adicciones, menos Alzheimer, menos trastornos cardiovasculares, y los antibióticos no perderían eficiencia.

La patologización de cuestiones no médicas y el monopolio de la salud derivan en el tercer aspecto: la invasión farmacéutica. Ya hablamos del botiquín que todos tenemos en algún lugar de la casa. El botiquín está bien surtido: antipiréticos, antidiarreicos, antimicóticos, antiinflamatorios, incluso antibióticos. Actualmente, la gente consume muchos más medicamentos que hace cincuenta años, y la gran mayoría sin ir al médico. La invasión farmacéutica denunciada por Illich en los años setenta recién estaba empezando.

La tercera forma de iatrogenia analizada en *Némesis Médica* es la iatrogenia cultural, es decir, la destrucción de las formas tradicionales de afrontar y encontrar sentido en la muerte, el dolor, el sufrimiento y la enfermedad. La medicina, sostiene Iván Illich, ha monopolizado la tarea de gestionar la desviación, socavando “la voluntad de la gente de sufrir su realidad”.

La crítica de Illich no es meramente metodológica ni epistemológica, como en Engel, Cassell, Sterling o Nesse. Es política. La medicina, dice Illich, ha sido cooptada por las estructuras de poder para generar dependencia. La salud ha sido expropiada a los individuos y puesta al servicio de un sistema que transforma a los pacientes en consumidores pasivos de soluciones estandarizadas. La verdadera enfermedad, sugiere Illich, no está en el cuerpo del paciente, sino en el cuerpo social que ha delegado el saber, el poder y el cuidado a una institución que ya no puede garantizar ni uno ni otro.

En este sentido, *Némesis médica* no es un panfleto contra la medicina, sino una propuesta de emancipación. Recuperar la salud, para Illich, es recuperar el derecho a decidir, a saber, a sufrir y a morir con dignidad. Es restituirle al individuo y a la comunidad su capacidad para lidiar con los límites de la vida sin delegarlos a una tecnología que no está en condiciones de cumplir lo que promete.

Comparación entre los distintos autores

* * *

Al explorar las contribuciones de estos pensadores, se observa una preocupación compartida: la necesidad de una medicina más integrada y humanista que supere las limitaciones del modelo biomédico. Engel aboga por un enfoque que integre los factores psicológicos y sociales en la práctica médica, mientras que Illich advierte sobre los peligros de una medicalización excesiva y los efectos adversos no solo físicos, sino también sociales y culturales de la intervención médica. Sterling y Nesse, desde sus respectivos ámbitos de la neurociencia y la teoría evolutiva, sugieren que una comprensión más profunda de los mecanismos biológicos podría prevenir tratamientos que se limitan a abordar los síntomas sin considerar las causas profundas. Ambos buscan evitar o minimizar lo que Illich denomina iatrogenia clínica, y con ese fin proponen investigar las causas distales del cuadro sintomático de cada paciente. Cassell y Svenaeus, por su parte, destacan la importancia de atender a la experiencia subjetiva y al sufrimiento del paciente, proponiendo una medicina que no solo trate el cuerpo, sino que también responda a las necesidades emocionales y existenciales de la enfermedad.

En líneas generales, todas estas críticas presentan distintos grados de gravedad y alcance. La mayoría propone reformas o mejoras a la práctica médica, pero se mantiene dentro del paradigma biomédico. Sterling plantea una crítica más profunda: plantea la necesidad de sustituir dicho paradigma por otro. Illich, en cambio, aboga directamente por el desmantelamiento de las instituciones médicas y la devolución del control sobre la salud a los individuos y las comunidades.

Las propuestas de Engel son principalmente metodológicas; propone mejoras a los protocolos.

Las de Cassell son, en esencia, educativas; propone mejoras en la educación médica, para que el profesional adopte un papel activo de intermediario entre ciencia y paciente.

Las de Svenaeus son de orden ético; propone que los médicos adopten una nueva conciencia en torno al concepto de enfermedad.

Nesse ofrece una propuesta de criterio clínico; aboga por incorporar la teoría de la evolución para enriquecer el razonamiento médico.

Sterling, por su parte, desarrolla una propuesta epistemológica; impulsa una transformación del modelo de salud desde sus fundamentos teóricos.

Finalmente, Illich plantea una crítica política; propone desvincular la salud de las estructuras institucionales de poder.

O, si se admite una simplificación extrema:

Cassell: el sufrimiento no es lo mismo que la enfermedad; ergo, los médicos deben formarse también en dimensiones no abordadas por el modelo biomédico

Svenaeus: la enfermedad es más que lo biológico; ergo, hay que recuperar el encuentro médico.

Nesse: hay síntomas que son mecanismos adaptativos; por tanto, es necesario reformular las preguntas que orientan el diagnóstico.

Engel: la enfermedad tiene causas y efectos no exclusivamente biológicos; ergo, hay que ampliar el dominio médico.

Sterling: el modelo biomédico es iatrogénico; ergo, la medicina debe acabar con el modelo biomédico.

Illich: la medicina es iatrogénica; ergo, hay que acabar con la medicina.

Inventario razonado de las diversas críticas

Más allá de sus distintos enfoques y finalidades, podemos extraer de todos estos autores unas pocas ideas críticas que se repiten, y que podemos agrupar en cinco categorías principales: la necesidad de un enfoque holístico, la necesidad de un enfoque centrado en el paciente, la necesidad de tratar las causas en lugar de los síntomas, la pérdida de la autonomía del médico y los problemas de sobremedicación, iatrogenia y medicalización de la vida. A continuación, presentamos un análisis detallado de estas categorías, ilustrado con las perspectivas de los autores mencionados.

1. Necesidad de un enfoque holístico

Uno de los cuestionamientos más reiterados por los autores que hemos analizado es la necesidad de una mirada más holística en medicina, que supere la fragmentación reductiva del modelo biomédico clásico. Esta crítica es transversal, y aunque adopta formas distintas según el enfoque del autor, siempre apunta a una misma carencia: la incapacidad de la medicina moderna para considerar al paciente como un ser complejo, situado y multidimensional.

George Engel, con su modelo biopsicosocial, fue uno de los primeros en formalizar esta crítica. Propuso reemplazar el paradigma biomédico, centrado exclusivamente en lo somático, por un marco que integrara también los factores psicológicos y sociales. Engel identificó en el reduccionismo y en el dualismo mente-cuerpo los dos grandes pilares de la medicina moderna, y demostró que ambos limitaban la comprensión de la enfermedad y del paciente. “El modelo biomédico no puede ocuparse ni de la persona en conjunto, ni de datos de carácter psicológico o social. El reduccionismo y el dualismo mente-cuerpo en los que se basa el modelo requieren que primero se reduzcan a términos fisicoquímicos antes de que puedan tener significado” (Engel, 1980).

Eric Cassell profundiza esta crítica al señalar que la medicina ha olvidado su objetivo más esencial: aliviar el sufrimiento. Aun sin negar la importancia de los avances tecnológicos, Cassell denuncia que la medicina actual tiende a tratar enfermedades, no pacientes, y que, al hacerlo, desatiende las dimensiones humanas del sufrimiento. Su enfoque es complementario al de Engel, pero con un énfasis particular en la necesidad de formar médicos capaces de comprender lo humano, no solo lo biológico.

Fredrik Svenaeus, desde una perspectiva fenomenológica, sostiene que la reducción del paciente a objeto de diagnóstico y tratamiento destruye la esencia misma del acto clínico. La medicina, afirma, es ante todo un encuentro entre personas, y no puede entenderse al margen de esa relación. Al concebir al paciente como sujeto y no como objeto, Svenaeus propone una práctica holística que reconoce en la experiencia vivida del paciente una dimensión central de la enfermedad.

Peter Sterling, con su teoría de la alostasis, critica también la mirada puntual y fragmentaria de la medicina tradicional. Su propuesta de un modelo basado en la regulación anticipatoria implica necesariamente una comprensión integral del organismo en interacción constante con su entorno. Sterling no solo se opone al reduccionismo fisiológico, sino que se opone a la idea misma de una salud entendida como equilibrio estático.

Esta falencia queda ilustrada por la cuestión del estrés. El médico dice 'es por estrés', pero no ofrece solución. Decir 'es por estrés' es reconocer: 1) que el problema es holístico y no reduccionista y 2) que la práctica médica convencional actual no tiene soluciones holísticas. Es decir, por 1) aumentan el campo de las etiologías posibles, y por 2) se desentienden de lo que hay ahí. Anuncian el descubrimiento de un territorio y declaran que no piensan intervenir en él. En ese territorio nuevo y sin dueño proliferan las medicinas alternativas. Cuanto más frecuentemente los médicos responden "es por estrés", más reducen su campo de competencia, lo que facilita que otras prácticas ocupen ese espacio abandonado. El resultado es una medicina que, paradójicamente, contribuye a su propio vaciamiento epistemológico. Todas las medicinas alternativas (que los médicos se encargan de estigmatizar como pseudocientíficas) surgen y crecen gracias a que los médicos se autoproclaman cada vez más incompetentes.

Lo cierto es que no existen enfermedades puramente fisiológicas ni puramente psicológicas. Todo fenómeno de salud o enfermedad es psicosomático. Incluso las enfermedades infecciosas, como la hepatitis, tienen repercusiones emocionales y conductuales que retroalimentan el cuadro físico. Y a la inversa, las enfermedades que suelen clasificarse como "emocionales" se manifiestan también con alteraciones fisiológicas objetivas. El cuerpo y la mente no son entidades separadas: forman un continuo funcional que no puede ser escindido.

Frente a este escenario, la propuesta de una medicina más holística no es una utopía ni una moda, sino una exigencia de coherencia clínica y epistemológica. La osteopatía, por ejemplo, adopta este enfoque de forma estructural. Su principio, "el cuerpo es una unidad", no es un eslogan poético, sino una guía de pensamiento práctico: invita a ver al paciente como un sistema integrado donde la parte solo cobra sentido dentro del conjunto. El osteópata no solo trata la disfunción, sino que interpreta su significado dentro de la totalidad viviente de la persona. Este principio, traducido a la práctica, es una invitación a superar el reduccionismo y recuperar la mirada clínica integral.

2. Necesidad de un enfoque centrado en el paciente

Uno de los cuestionamientos más reiterados por los autores aquí considerados es que la medicina moderna ha perdido de vista a la persona. La enfermedad ha pasado a estar en el centro de la atención, desplazando al paciente a un segundo plano. En este desplazamiento, se transforma en objeto lo que alguna vez fue sujeto: el paciente se vuelve recipiente de una patología, portador de un diagnóstico, receptor del tratamiento. La atención médica, en lugar de girar en torno a la vivencia, se estructura según tablas, protocolos y promedios. Se practica medicina sin personas.

George Engel, en su modelo biopsicosocial, aboga por una atención centrada en la persona, que considere los

factores biológicos, psicológicos y sociales, promoviendo una relación más cercana y personalizada entre el médico y el paciente.

“En el modelo biomédico, la demostración de una desviación bioquímica específica se considera generalmente como un criterio de diagnóstico específico de la enfermedad. Sin embargo, en términos de la experiencia humana de la enfermedad, la documentación de laboratorio solo puede indicar el potencial de la enfermedad, no la realidad de la enfermedad en ese momento. La anomalía puede estar presente sin que el paciente esté enfermo. De esta manera, la presencia del defecto bioquímico de la diabetes o la esquizofrenia define, en el mejor de los casos, una condición necesaria, pero no suficiente, para que se produzca la experiencia humana de la enfermedad”. (Engel, 1977)

Eric Cassell lleva esta crítica aún más lejos. Afirma que, desde el siglo XIX, la medicina adoptó un punto de vista ontológico: las personas se enferman porque “tienen” una enfermedad, como quien lleva encima un objeto. Esta enfermedad es pensada como una entidad separada, casi autónoma, que se aloja en el paciente como huésped hostil. Si la enfermedad es una entidad, el paciente es apenas su portador: alguien intercambiable. Bajo este paradigma, todos los pacientes con una misma patología reciben el mismo tratamiento. Pero Cassell insiste en que esto no solo deshumaniza la práctica médica, sino que además la vuelve ineficaz. Cada paciente constituye una realidad única, y cada enfermedad se encarna de manera distinta en cada uno de esos mundos. Por eso, propone un enfoque verdaderamente centrado en el paciente, que escuche su narrativa, contemple su sufrimiento y considere sus condiciones vitales. Para ello, no bastan conocimientos técnicos: hacen falta empatía, comunicación y una disposición a comprender.

Fredrik Svenaeus complementa esta crítica: denuncia que el paciente ha sido invisibilizado como persona. La medicina actual, obsesionada con lo medible, reduce al enfermo a una serie de indicadores biológicos. Pero el paciente no es una suma de signos o constantes vitales: es un ser que habita un mundo, que experimenta su cuerpo como parte de su existencia. La enfermedad, dice Svenaeus, no es solo una alteración física: es una ruptura del sentido, una interferencia en la manera en que la persona se mueve, desea, trabaja, ama. Por eso, la tarea del médico no es simplemente reparar una pieza dañada, sino ayudar al paciente a reorientar su vida, a recuperar un modo habitable de estar en el mundo.

Peter Sterling también se alinea con esta propuesta. Su modelo alostático implica que cada organismo regula su estado de forma dinámica, anticipando las demandas del entorno. En este marco, el tratamiento médico no debería normalizar los valores de laboratorio, sino comprender cómo se adapta cada individuo y acompañar ese proceso. Lo que Sterling denuncia, en última instancia, es que la medicina se ha alejado tanto de la singularidad del paciente que ya no trata seres humanos, sino desviaciones estadísticas.

En resumen: todos estos autores afirman que separar la enfermedad de la persona, constituirla como una entidad separada y categorizarla según tablas estadísticas es inoperante. La propuesta es hacer que la medicina convencional sea más idiográfica. En osteopatía, esta tendencia está representada en el principio de tratar al paciente y no la enfermedad.

Al seguir este principio, el osteópata no intenta reconocer patologías comunes ni aplicar tratamientos genéricos, sino entender qué le sucede a este paciente ahora. Más que identificar una entidad nosológica, busca

rastrear los desajustes de la fisiología singular del individuo. Esto puede pensarse como guiarse más por la fisiología que por la patología, en el sentido que busca entender la fisiología particular de este paciente y no encontrar una correspondencia dentro del listado de enfermedades clasificadas.

Al exponer esta dimensión crítica, Cassell dice “En medicina no descubrimos cuál es el problema; hacemos un diagnóstico” (Cassell, 1991). Esa frase es muy ilustrativa de lo que quiero transmitir. El osteópata no debe hacer un diagnóstico (en el sentido de encontrar el nombre establecido de la patología), sino descubrir cuál es el problema.

3. Pérdida de autonomía del médico

Una de las críticas transversales más reiteradas por los autores aquí analizados es la progresiva pérdida de autonomía del médico en la práctica clínica. En el marco del modelo biomédico actual, el profesional de la salud ha quedado cada vez más restringido a operar como un ejecutor de protocolos preestablecidos, limitando su capacidad de juicio clínico y alejándolo de una atención genuinamente individualizada.

George Engel advierte que el reduccionismo biomédico ha desplazado el relato verbal del paciente, privilegiando los procedimientos técnicos y las mediciones de laboratorio. Esta deriva tecnológica no ha sido inocente: ha facilitado la estandarización de la atención, pero al costo de transformar al médico en un técnico que aplica algoritmos sobre cuerpos más que un profesional que escucha y piensa con y desde su paciente.

“El modelo biomédico fomenta la prescindencia del relato verbal del paciente al confiar más en procedimientos técnicos y mediciones de laboratorio”. (Engel, 1977)

Eric Cassell refuerza esta crítica al señalar que el uso extendido de guías clínicas convierte a los pacientes en "contenedores de enfermedades", anulando la posibilidad de que el médico ejerza un juicio ajustado a la singularidad de cada situación. En este contexto, el conocimiento biomédico no se transmite como arte, sino como cumplimiento de normas. El médico se convierte en una interfaz entre el paciente y el conocimiento médico oficial.

Fredrik Svenaeus señala que esta dinámica impide comprender al paciente como persona. En lugar de establecer una relación clínica basada en el encuentro y la comprensión mutua, la práctica médica queda limitada a decodificar signos estandarizados y aplicar tratamientos protocolizados, sin margen para la interpretación ajustada al caso concreto.

Iván Illich expresa esta misma idea, aunque es un poco más enfático: “Al pasar del arte a la ciencia, el cuerpo de médicos ha perdido los rasgos de un gremio de artesanos que aplican reglas establecidas para guiar a los maestros de un arte práctico en beneficio de personas realmente enfermas. Se ha convertido en un aparato ortodoxo de administradores burocráticos que aplican principios y métodos científicos a categorías enteras de casos médicos”. (Illich, 1976)

Esta pérdida de autonomía también se evidencia en la externalización progresiva del diagnóstico y el tratamiento. Como ya dijimos: salvo en el caso de los cirujanos, que aún realizan la intervención con sus propias manos, la mayoría de los médicos se han convertido en intermediarios entre corporaciones y pacientes. Incluso otras

profesiones, como la fisioterapia (o kinesiología, según el país), han comenzado a delegar funciones en aparatos, desplazando el trabajo clínico hacia formas de automatización que refuerzan esta despersonalización.

En conjunto, lo que todos estos autores advierten es que excluir el juicio clínico, la intuición experta y la comprensión situada es no solo un error, sino una amenaza estructural al sentido mismo del cuidado. La respuesta a esta tendencia no puede limitarse a la crítica: es necesario recuperar una medicina subjetiva, perceptiva y especulativa, en la que la atención parta de la percepción, el vínculo, la escucha y la interpretación singular, antes que de la aplicación ciega de guías generales.

“La práctica médica habitual es una mezcla de conocimientos científicos, deducciones fisiopatológicas no contrastadas e intuiciones basadas en la experiencia personal. La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) propone una nueva manera de hacer medicina basada en datos contrastados adecuadamente. Esta nueva forma de practicar la medicina incluye los siguientes pasos: 1) definir con precisión el problema que nos ocupa, 2) realizar una búsqueda eficiente en la literatura médica, y 3) seleccionar los mejores estudios relevantes y aplicar las normas relativas a la evidencia.

Las normas relativas a la evidencia incluyen a su vez tres aspectos: 1) determinar si son válidos los resultados del estudio, o sea evaluar la calidad científica del artículo, 2) valorar la magnitud de los resultados, o sea determinar si son clínicamente relevantes, y 3) evaluar su aplicación a nuestro problema, o sea comprobar la validez externa del trabajo.

Las críticas a la MBE incluyen la despreocupación por la investigación básica, el desprecio por las hipótesis fisiopatológicas y el inductivismo ingenuo debido a una práctica médica basada en la epidemiología.

La MBE aporta indiscutibles ventajas a la práctica médica destacando la importancia de los datos y su procesamiento estadístico. Sin embargo, este nuevo paradigma no debería excluir la histórica actitud hipotético-deductiva.” (Salinas Casado y Vírveda Chamorro (1999)).

La medicina no necesita más algoritmos. Necesita más pensamiento clínico. Y eso implica médicos que escuchen y que recuperen su lugar en el arte de sanar.

4. Tratar los síntomas en lugar de las causas

Una de las críticas más persistentes al modelo biomédico actual es su tendencia a tratar los síntomas en lugar de investigar las causas que los originan. Esta lógica sintomática está tan profundamente arraigada que muchas veces ni siquiera se percibe como una elección epistemológica, sino como el modo natural de ejercer la medicina.

George Engel, a través de su modelo biopsicosocial, subraya la necesidad de abordar las causas subyacentes de las enfermedades en lugar de simplemente tratar los síntomas, integrando factores biológicos, psicológicos y sociales en la atención médica.

Eric Cassell, aunque enfoca sus esfuerzos principalmente en el análisis del sufrimiento, no deja de señalar un

punto clave: la gran mayoría de los fármacos indicados por la medicina convencional no actúan sobre la causa de la enfermedad, sino sobre sus efectos visibles. “Con la excepción de los antimicrobianos —escribe—, ninguno de los fantásticos agentes terapéuticos eficaces está dirigido contra la causa de la enfermedad”.

Fredrik Svenaeus también se posiciona críticamente frente a la lógica sintomática, denunciando que este enfoque impide comprender el fenómeno completo del sufrimiento humano. La enfermedad no es solo un conjunto de síntomas físicos que pueden ser borrados mediante medicamentos; es un trastorno del habitar el mundo, una alteración del sentido, que solo puede ser comprendida y tratada considerando las causas que le dan origen y no solo los efectos que la hacen visible.

Peter Sterling va más lejos aún. Su crítica es epistemológica. Desde el concepto de alostasis, señala que el cuerpo no regula sus variables fisiológicas reaccionando, sino anticipando. En este sentido, propone abandonar el modelo homeostático —y, con él, toda la lógica de intervención correctiva basada en síntomas— para pasar a un modelo que piense la salud como anticipación y adaptación. El hecho de tratar síntomas sin comprender su función o sin considerar el patrón alostático que los generó es, para Sterling, una forma estructural de iatrogenia.

Randolph Nesse coincide con Sterling, aunque desde otro paradigma. Para él, muchos síntomas son mecanismos de defensa. La fiebre, la tos, el dolor, la ansiedad: todos tienen una función adaptativa. Al suprimirlos indiscriminadamente, la medicina moderna interfiere con procesos diseñados por millones de años de evolución. Desde su enfoque darwiniano, el síntoma no es un enemigo, sino una estrategia. Solo conociendo su razón de ser puede decidirse si conviene aliviarlo o dejarlo actuar.

En resumen: Las críticas de Sterling y Nesse se basan en que los medicamentos sintomáticos son iatrogénicos. Engel, Cassell y Svenaeus centran sus críticas en otros aspectos más humanos, pero así y todo están de acuerdo en que la medicación sintomática debería evitarse. La propuesta es hacer que la medicina convencional sea más etiológica.

En este contexto, la frase de Andrew Taylor Still resulta más actual que nunca: *“Encuentra y quita la causa, y así el efecto desaparecerá”*. A primera vista, suena a sentido común, pero en la práctica clínica moderna, esta lógica causal parece haber desaparecido. Hoy se receta un fármaco para bajar el colesterol, otro para la tensión arterial, otro para el ardor estomacal, otro para el insomnio, otro para el dolor. Todas para aliviar efectos, y no para combatir las causas. De hecho, en la imagen habitual de una visita al médico, la ley de causa y efecto parece haberse perdido. La pregunta habitual es: “tengo este síntoma... ¿Qué puedo tomar para que se me pase?”.

La osteopatía, en cambio, reivindica esa pregunta. No acepta la patología como una condición cerrada, sino como una consecuencia. No se pregunta qué hacer con el síntoma, sino por qué apareció. En este sentido, promueve un pensamiento etiológico. Esta orientación no solo permite tratamientos más eficaces, sino que restituye algo fundamental: el sentido del síntoma como expresión del cuerpo y no como su error.

5. Sobremedicación, iatrogenia y medicalización de la vida

* * *

Iván Illich fue el primero en advertir, con contundencia, que la medicina moderna podía transformarse en una fuerza patógena. Su concepto de *iatrogenia* no se limitaba a los daños colaterales de una intervención mal ejecutada, sino que abarcaba tres dimensiones: la clínica, la social y la cultural. La iatrogenia clínica refiere al daño directo que las intervenciones médicas pueden causar —efectos adversos, tratamientos innecesarios, polifarmacia—, y del cual Illich ofrecía cifras inquietantes: hasta uno de cada cinco pacientes hospitalizados desarrolla una enfermedad derivada del propio sistema sanitario.

La iatrogenia social, en cambio, señala la tendencia a medicalizar la vida: es decir, convertir problemas cotidianos, emocionales o existenciales en entidades patológicas tratables con fármacos. Así, el insomnio, la tristeza, el miedo o incluso el envejecimiento son reformulados como “trastornos” que deben corregirse. Finalmente, la iatrogenia cultural hace referencia a la pérdida progresiva de saberes populares, rituales comunitarios y competencias cotidianas para enfrentar el dolor, el sufrimiento y la muerte. Illich advierte que, bajo el dominio médico, el ciudadano deja de ser agente activo de su salud para convertirse en consumidor pasivo de intervenciones profesionales.

Fredrik Svenaeus comparte esta preocupación desde otro ángulo: la dependencia excesiva de la farmacopea desplaza la prevención, la empatía y la comprensión del paciente como persona. El uso rutinario de fármacos sin considerar su sentido biográfico o su contexto existencial fragmenta la experiencia clínica y reduce la complejidad humana a un algoritmo terapéutico.

Peter Sterling y Randolph Nesse, cada uno desde su marco conceptual, también señalan la polifarmacia y la iatrogenia como consecuencias de un modelo centrado en tratar síntomas y no causas. Ambos proponen reenfocar la medicina en los mecanismos adaptativos del organismo, evitando intervenciones que perpetúan la enfermedad en lugar de resolverla.

Voy a usar una metáfora tecnológica para iluminar la lógica de este problema. Yo solía usar un antivirus que no nombraré. Llamémoslo XYZ. Hace muchos años, el XYZ Antivirus se ejecutaba en segundo plano, y si encontraba un virus, me avisaba. De vez en cuando hacía un escaneo, y si no encontraba nada, me mostraba una tilde verde. Pero últimamente se le han agregado funcionalidades. Cuando se ejecuta (todos los días), me avisa también si hay programas u otras cosas que ralentizan el procesador. Me avisa cuáles son, pero no los resuelve, claro, porque es solo un antivirus y lo que encuentra no es un virus sino otra cosa. Para resolver eso, tengo que comprar el XYZ Utilities.

Lo compré, y todos los días corre y me resuelve problemas que yo no sabía que tenía. Cada día encuentra varios gigas de archivos que se pueden borrar, miles de accesos directos rotos, etc.

Pero, además, detecta controladores (drivers) desactualizados. Muchísimos. Y me los muestra, pero no los actualiza. Para resolver eso tengo que comprar otro producto, el XYZ Driver Updater.

El antivirus, además, ahora empezó a avisarme que tengo miles de trackers que pueden estar espiándome y robándome información, y si quiero resolver eso tengo que comprar el XYZ Antitracker.

Es decir, la empresa XYZ aprendió de sus enemigos (los fabricantes de virus), y ahora funciona exactamente como un virus: informa de supuestos problemas y los elimina a cambio de una pequeña suma.

Pero entonces, al final, ¿tengo problemas en mi máquina? ¿Existen programas que se ejecutan por detrás y

ralentizan el sistema? Sí que los tengo: 4 programas de XYZ ejecutándose todo el tiempo, recorriendo el disco, conectándose a internet para enviar datos a sus servidores.

¿Y tengo mensajes que aparecen de improviso, me asustan con alguna amenaza y me obligan a dejar lo que estaba haciendo y hacer clic varias veces? Sí, las del XYZ. Cuantos más programas de XYZ adquiera, más notificaciones aparecerán. Es decir, el XYZ genera los problemas que vaticina.

Esa misma estrategia es la de las compañías farmacéuticas. ¡Colesterol alto! ¡Osteoporosis! ¡Hipertensión! Es como el XYZ diciéndome que tengo miles de accesos directos rotos, cientos de trackers, y docenas de drivers desactualizados. Problemas inexistentes, o menores, que terminan afectando más al bolsillo que a la salud. Pero mi problema no es únicamente económico, sino que las soluciones que me ofrecen crean problemas peores a los que tenía.

La ciencia era una herramienta valiosa para comprender el cuerpo, pero en manos de la industria, se ha vuelto una excusa para colonizarlo. El problema de fondo ya no es la falta de evidencia, sino el exceso de legitimaciones pseudocientíficas al servicio de la rentabilidad. El medicamento que antes surgía para responder a una necesidad ahora crea la necesidad para justificar su existencia.

Resumen

A lo largo de este inventario de críticas, se vuelve evidente que lo que está en juego no es simplemente la práctica médica ni la medicina como disciplina, sino el marco epistémico en el que se inscribe. La mayoría de los problemas señalados —reduccionismo, despersonalización, sintomatismo, polifarmacia— no derivan de una mala praxis médica, sino de una lógica que atraviesa múltiples disciplinas y que ha reconfigurado los modos de entender, clasificar y tratar lo humano.

Lo que está en crisis no es la medicina, sino el paradigma que la orienta: una episteme que privilegia lo cuantificable, lo estandarizado, lo repetible, lo que puede codificarse en protocolos, replicarse en máquinas y automatizarse en plataformas. Esta episteme atraviesa la biología, la psicología, la economía, la educación y, por supuesto, la medicina. Se trata de una racionalidad instrumental que convierte toda forma de vida en variable técnica. En ese contexto, el cuerpo se transforma en un conjunto de parámetros y la enfermedad en un desvío estadístico. Lo subjetivo estorba; lo singular ralentiza; la experiencia del paciente interrumpe el flujo automatizado del sistema.

Este modelo no es un accidente ni una degradación espontánea. No es el resultado de una ideología médica mal encaminada, ni de una burocracia hospitalaria torpe, ni siquiera de un fallo de formación profesional. Es, más bien, la implementación sistemática de un esquema de gestión clínica orientado a un objetivo preciso: hacer que la salud sea gobernable por algoritmos, protocolos y procedimientos automáticos. En ese marco, el médico se convierte en ejecutor de decisiones diseñadas por comités técnicos; el paciente, en portador de un diagnóstico codificado en un software; y la relación terapéutica, en una interfaz digital que autoriza recetas.

Esta *botización* de la clínica responde a una lógica de eficiencia técnica, pero también a un interés económico: estandarizar la práctica médica es el paso necesario para tercerizarla, despersonalizarla y automatizarla. Y una vez automatizada, puede ser transferida a dispositivos, apps, plataformas de atención remota o inteligencia artificial. ¿El objetivo? Reemplazar la atención individualizada por servicios médicos escalables, con baja variabilidad y alto rendimiento financiero.

En este sentido, las críticas de los autores revisados no deben leerse como anhelos románticos de una medicina del pasado, ni como llamados nostálgicos a una práctica artesanal. Son advertencias lúcidas sobre una transformación en curso, que convierte el arte clínico en ingeniería sanitaria, y la salud en un campo más de la economía automatizada.

De diagnóstico diferencial a diagnóstico etiotrópico

Para visualizar cómo cambiaría la práctica médica si adoptara las transformaciones sugeridas por Engel, Cassell, Svenaeus, Sterling y Nesse, tomemos un caso simple. Supongamos que un tal Lucas consulta a su médico por un dolor en el hombro. El médico realiza una entrevista clínica, un examen físico, solicita algunos estudios complementarios y, tras descartar otras posibilidades, finalmente identifica la condición específica de Lucas como *tendinosis del supraespinoso*. A continuación, prescribe el tratamiento estándar: diclofenac y fisioterapia.

Esta escena representa el modelo convencional de diagnóstico diferencial: se nombra el problema, se encuadra en una categoría patológica, se indica el tratamiento habitual. El análisis se detiene en la clasificación.

Podríamos mejorar este proceso profundizando en las causas subyacentes. Si quisiéramos comprender por qué Lucas desarrolló esa tendinosis, tendríamos que indagar su contexto: ¿ocupación?, ¿qué deportes practica?, ¿tuvo alguna cirugía previa o accidente?, ¿cómo es su organización postural cotidiana? Tal vez sea tenista amateur y necesite mejorar su técnica de revés; quizás trabaja en una máquina de coser industrial (tipo overlock), y la disposición de su estación de trabajo provoca una sobrecarga en un patrón muscular; o tal vez sufre restricciones por una cirugía renal previa que aún no ha sido compensada funcionalmente.

¿Qué ventaja tendría hacer todo ese trabajo? En principio, el hecho de entender por qué se produjo permite que Lucas implemente ciertas acciones o evite algunas otras, para que la tendinosis no se repita. Eso sería mejorar el proceso clínico con un enfoque etiológico en vez de meramente nomotrópico.

Pero se puede afinar el proceso un nivel más, omitiendo el proceso de diagnóstico diferencial, y viendo directamente por qué este paciente tiene esos dolores. Lo planteo como una mejora porque entiendo que el

diagnóstico diferencial es una digitalización⁴¹, y en tanto tal pierde los detalles. Toda digitalización (sea binaria, polarizada, unidimensional o rasterizada) es una representación simplificada de la realidad. No todos los síndromes de tendinitis del supraespinoso tienen las mismas características. Puede haber menor y mayor daño en el tendón (es decir, no es una cuestión binaria), puede haber casos donde otras estructuras anatómicas se ven comprometidas por compensación o contigüidad (es decir, no es unidimensional), hay casos donde distintas estructuras se ven afectadas en distinto grado y con distintos resultados (es decir, toda digitalización perdería detalles). Nombrar una condición es una simplificación digital de una realidad analógica. El diagnóstico diferencial, en su forma habitual, aplanar diferencias y homogeneiza casos.

Buscando entender de dónde vienen los dolores sería mejorar el proceso clínico con un enfoque analógico en vez de meramente digital. En ese caso se podría establecer un tratamiento personalizado al paciente en vez de uno *prêt-à-porter*. Esto es lo que llamamos interpretación idiográfica, y que ilustramos diciendo que para hacer un diagnóstico personalizado resulta más sensato usar conocimientos de anatomía y fisiología que de patología y semiología.

Y podríamos afinar el método un poco más. Cuando consideramos al paciente como una totalidad, emergen variables no materiales: hábitos, emociones, estructura de carácter, estrategias corporales de afrontamiento. Estos aspectos, lejos de ser periféricos, forman parte del cuadro clínico. Incorporarlos es pasar del modelo biomédico al modelo holístico. Es entender que el cuerpo no es un artefacto, sino una biografía hecha carne. En osteopatía, este concepto está encauzado por el principio de que el cuerpo es una unidad.

¿Podríamos afinar el método un poco más? Sí, pero necesitamos un cambio de filosofía. La idea ya no sería buscar qué funciona mal, sino entender el funcionamiento. No aplacar el síntoma, sino reconocer que el síntoma es una respuesta corporal a algún estímulo, y ver qué intenta resolver el cuerpo. Tomar el síntoma no como una anomalía a eliminar, sino como un signo de un tipo de funcionamiento, y buscar optimizar los procesos naturales. El síntoma sucede porque hubo un cambio en la situación externa a la que el cuerpo no se pudo o no se termina de adaptar. Descubrir esa coyuntura permite o bien mejorar la situación externa o, si eso no es posible, facilitar un proceso saludable de adaptación. Eso sería mejorar el proceso clínico con un enfoque alostático⁴² en vez de homeostático. En osteopatía, esto viene del principio de que el cuerpo tiene la capacidad de autocurarse.

Y ese último paso nos abre la puerta para un refinamiento más. Ante una lesión, el cuerpo se repara. Para repararse, envía, mediante la sangre, operarios (fibroblastos, por ejemplo) y la materia prima necesarios para la reparación. Si no se repara, tiene que ser necesariamente porque o los operarios o la materia prima o las instrucciones no llegan al lugar requerido. Por tanto, para encontrar por qué el cuerpo no logra curarse, debo buscar dónde se obstruye el recorrido de la sangre o los impulsos neurales. Esto se conoce en osteopatía como la ley de la arteria

⁴¹ Digitalización: Representación de una cantidad continua según variables discretas que poseen un número finito de valores posibles. (Ver Glosario al final del libro)

⁴² A veces, a este abordaje lo llamo “autopoiético” en vez de “alostático”. El concepto de autopoiesis me resulta apenas más completo que el de alostasis, y me parece más exacto para nombrar el principio de “el cuerpo tiene capacidad de autocuración”. Sin embargo, en este caso mantengo “alostático” porque venimos hablando de Peter Sterling y porque no quiero irme por las ramas definiendo el concepto de autopoiesis. La idea de alostasis es suficiente para lo que quiero decir en estos párrafos.

(aunque incluye arterias, venas, nervios y linfa).

A nuestro criterio, esta idea (la famosa ley de la arteria) necesita cierta revisión. Si bien coincidimos en la idea básica, creo que en la actualidad encontramos muchos casos que no existían en la época de Still, en los cuales los nutrientes no llegan a destino por razones distintas a un simple conducto obstruido (por ejemplo, un exceso de automedicación).

Hasta ahí los cambios de la práctica médica propuestos por esos autores. Pasamos de etiquetar la patología y prescribir el tratamiento correspondiente, a buscar las causas (para entender y para evitar que se produzca de nuevo), tratar de entender el problema no como una patología clasificada sino en términos de estructuras anatómicas y procesos fisiológicos, agregar aspectos psicológicos y sociales a nuestra comprensión y buscar por qué el cuerpo no está completando su propio proceso de curación, que es lo que suele hacer.

Así, del diagnóstico diferencial hemos pasado al diagnóstico **etiográfico, idiográfico, holístico, alostático y cibemético**. Cada uno de estos pasos representa un refinamiento de la clínica. Juntos, componen un modo distinto de pensar la salud y la enfermedad. Y todos ellos están contenidos, de manera explícita o implícita, en los principios de la osteopatía.

Las críticas y los principios de la osteopatía

Como ya dijimos, las críticas recogidas a lo largo de este capítulo no se dirigen a la medicina como disciplina, ni a sus profesionales, ni siquiera a sus métodos. Se dirigen, más bien, al modelo epistémico que rige hoy la práctica médica. No es una crítica endógena, sino transversal: no denuncia una degeneración de la medicina sino su inscripción en un paradigma más amplio, heredero del positivismo y del ideal tecnocrático, que tiende a disolver al sujeto, reducir los procesos complejos y favorecer la automatización. Como señalaron Adorno y Horkheimer (1947) o Fritjof Capra (2014), este paradigma trasciende a la medicina: afecta a todas las disciplinas que han convertido su objeto de estudio en un conjunto de datos segmentados, cuantificables, independientes de la experiencia.

Ese modelo biomédico es el que fue consolidado por el informe Flexner a comienzos del siglo XX, y que hoy, aunque transformado, conserva sus rasgos estructurales: el cuerpo humano entendido como una colección de partes independientes, las enfermedades como entidades separadas de la persona que las sufre, el tratamiento como una intervención exógena que busca restituir parámetros alterados. A lo largo de este capítulo, hemos visto que cada uno de los autores citados apunta, desde distintos ángulos, contra las consecuencias de ese modelo.

El modelo biomédico no ve personas: ve patologías. Clasifica, estandariza, automatiza. En lugar de preguntar por las causas, reprime los efectos. En lugar de escuchar al paciente, interpreta resultados de laboratorio. En lugar de acompañar procesos, aplica protocolos. Por eso Engel propone su modelo biopsicosocial, Cassell reclama una medicina centrada en el sufrimiento, Svenaeus subraya la importancia del encuentro clínico, Sterling pide reemplazar la homeostasis por la alostasis, y Nesse distingue entre síntomas que son fallas y síntomas que son defensas. Ivan Illich, finalmente, denuncia la iatrogenia estructural, la medicalización de la vida y la desposesión del

saber corporal que el modelo biomédico ha impulsado.

Todas esas críticas tienen un denominador común: buscan una medicina más humana, más idiográfica, más etiológica, más autónoma, más responsable. Y todas esas dimensiones, paradójicamente, ya están incluidas —de manera explícita— en los principios fundantes de la osteopatía.

El principio de que el cuerpo es una unidad resuelve el reduccionismo y el dualismo. El principio de autocuración responde a la crítica de Sterling y Nesse sobre la supresión de defensas naturales. El principio de relación entre estructura y función evita los tratamientos sintomáticos. El principio de primacía etiológica sostiene la búsqueda de causas y no de efectos. Y el principio de racionalidad idiográfica sitúa la responsabilidad en el juicio clínico del terapeuta, y no en la obediencia a protocolos inertes.

Esto no quiere decir que la osteopatía esté libre de errores. Muchos osteópatas han copiado, a veces sin saberlo, el modelo que pretendían superar. Han reemplazado la escucha por la técnica, el juicio clínico por el algoritmo, la persona por el diagnóstico. Por eso es urgente recuperar los principios. Volver a pensar la osteopatía no como un método de tratamiento manual, sino como un modelo clínico integral que se opone, punto por punto, a las limitaciones que aquí hemos expuesto.

La medicina convencional debería aprender un poco de la osteopatía, e incorporar algunos de sus principios. Sin embargo, esto implicaría abandonar el modelo biomédico, y esto parece utópico. Por un lado, muchas corporaciones (farmacéuticas, de seguros, hospitales) tienen intereses económicos en que se mantenga. Pero, además, vemos que muchos teóricos de la medicina están dispuestos a defender el modelo biomédico a dentelladas, y son capaces de intentar desvirtuar cada uno de los principios de la osteopatía, aunque tengan que renegar a la lógica o aunque cometan un “suicidio profesional” (al abandonar la intuición y poner énfasis en los protocolos y *best practices* establecidos, se sigue que todo médico es fácilmente reemplazable por un sistema informático relativamente sencillo).

Creemos, como Iván Ilich, que la medicina no se puede cambiar desde dentro, y que la aceptación del modelo biomédico la hace desarrollarse justamente hacia el extremo opuesto al que estamos proponiendo. La medicina actual, lejos de humanizarse y favorecer procesos de pensamiento, tiende a volverse más objetiva, más tecnificada y más orientada a la clasificación estadística. No proponemos cambiar la medicina, sino que exista una segunda medicina, basada en los principios osteopáticos. Creemos que ambas pueden coexistir. No hay que acabar con la medicina ni con el modelo biomédico, que en algunas ocasiones puede ser ventajoso. Sí creemos que hay que poner fin al monopolio de la medicina, a la invasión farmacológica y a la medicalización de la vida cotidiana.

No se trata de eliminar la medicina convencional, sino de quitarle su exclusividad. No se trata de desprestigiar la evidencia científica, sino de reconocer sus límites. No se trata de prohibir el uso de medicación, sino de frenar la invasión farmacológica. Para eso es necesario que la osteopatía no solo defienda sus principios, sino que los exhiba como una alternativa epistemológica, porque lo que está en juego no es solo el modo en que tratamos enfermedades, sino el modo en que pensamos la salud. Y esa concepción, cuando se instala, no solo dirige la clínica: también orienta la conducta, organiza los sistemas de atención, condiciona la educación, modifica la cultura.

La medicina convencional está guiada por estadísticas, mientras que la osteopatía está guiada por conexión. Cuando esas características se extreman, la práctica se desvirtúa. Un médico tan guiado por el método científico que

pierde la conexión se desvirtúa, de la misma manera que un osteópata tan guiado por la conexión que ignora las estadísticas.

Creo que la implementación actual de la medicina sufre este problema. Las bondades de la objetividad hacen que se pierda la personalización. Las bases de drogas químicas hacen que se pierdan otras herramientas terapéuticas. La evidencia de las cuestiones fisiológicas hace que se pierdan las dimensiones sociales y emocionales. La inmediatez del síntoma hace que se pierda la búsqueda de las causas.

Pero ahora la episteme está cambiando, y ahí es donde podemos cambiar. El viejo paradigma tambalea, y responde como suelen hacerlo los sistemas en crisis: simula apertura mientras refuerza sus muros. Se apropia de palabras como "holístico" para vaciarlas de sentido. Y quienes quieren salirse del molde muchas veces caen en la trampa de parecerse a lo que critican. Cuando empiezan a hacerse oír, reciben también críticas y, en su afán por ser aceptados terminan copiando las ideas y métodos que pretendían cuestionar.

Así como la medicina debería abrirse a otros modelos, otras disciplinas (entre ellas, la osteopatía) deben estar atentas a no caer en modelos positivistas extremos.

Final

Si tomo las críticas a la medicina convencional no es para desautorizarla sino para deconstruir la relación de la persona común con la salud. No me interesa impugnar a la medicina en tanto saber instituido, ni cuestionar su eficacia clínica. Mi preocupación no está en el conocimiento en sí, sino en la forma en que ese saber ha sido absorbido por la vida cotidiana. Me interesa cambiar la forma de pensar de la gente común, para desterrar el automatismo de la automedicación, que ya no es un acto reflexivo, sino una forma más de externalizar el malestar y subcontratar la gestión del cuerpo, y para promover un manejo autónomo del cuerpo.

Las críticas que puedan dirigirse a la medicina convencional no pretenden su deslegitimación, sino la deconstrucción de la forma en que nos transformamos en consumidores pasivos de intervenciones terapéuticas.

A lo largo de este capítulo hemos revisado algunas de las críticas más significativas al modelo biomédico contemporáneo: su reduccionismo, su tratamiento sintomático, su despersonalización, su dependencia tecnológica, su tendencia a la medicalización y su marginación del juicio clínico. Estas críticas, lejos de ser ataques marginales, provienen de médicos, filósofos y científicos profundamente comprometidos con la salud pública. Y todas coinciden en un punto: la necesidad urgente de repensar el modelo sanitario actual.

Lo que estos autores proponen —ya sea desde la fenomenología, la evolución, la neurofisiología o la ética médica— coincide plenamente con los principios fundacionales de la osteopatía. Esa coincidencia no es accidental. Indica que la osteopatía no solo es una práctica manual, sino una respuesta filosófica y clínica a los desvíos del paradigma dominante. En el próximo capítulo nos adentraremos en esos principios, no como un credo profesional, sino como la formulación estructurada de una manera distinta de pensar la salud, el cuerpo, el síntoma y la

intervención terapéutica. Si este capítulo fue una crítica al modelo actual, el próximo será una propuesta para construir un modelo distinto.

* * *

8 La restauración de la razón

Qué entendemos por principios

La osteopatía no se define por una técnica, ni por un conjunto de maniobras, ni por un instrumental propio. Lo que define a la osteopatía es una forma de razonar. Es un modo particular de pensar la clínica, la salud y la enfermedad. Ese modo de pensar no es improvisado ni arbitrario: está guiado por una serie de principios fundacionales que orientan tanto el diagnóstico como el tratamiento, y que permiten entender el síntoma no como un enemigo a suprimir, sino como la expresión significativa de un proceso.

Estos principios constituyen la arquitectura del pensamiento osteopático. De ellos se desprenden decisiones clínicas concretas: qué explorar, cómo tocar, dónde intervenir, con qué objetivo y hasta dónde. Son guías, no recetas. Son orientaciones filosóficas con implicancias prácticas. Podemos resumirlos de la siguiente manera:

1. **Pensar en términos de causa y efecto.** El síntoma es el final de una cadena de eventos. El primer gesto clínico es rastrear esa cadena: entender su génesis, identificar los factores predisponentes, disparadores y perpetuantes que explican el estado clínico actual.
2. **Reconocer la singularidad.** Ninguna cadena causal es universal. Cada paciente expresa su propio modo de enfermar, compensar y sanar. Por eso, el razonamiento osteopático es idiográfico: no se trata de encasillar al paciente en una categoría, sino de comprender qué le sucede a *este* paciente *ahora*.
3. **Entender al cuerpo como una unidad.** El síntoma puede originarse o sostenerse en zonas del cuerpo alejadas de donde se manifiesta. Pero, además, cuerpo y mente no están separados: toda experiencia es somatopsíquica. Diagnosticar no es solo identificar la disfunción, sino entender cómo se organiza el sistema corporal.
4. **Confiar en la capacidad de autocuración.** Esto implica que no solo intentamos entender qué le sucedió a este paciente, sino también por qué no se cura. Si intervenimos, es en el menor grado posible, apenas lo necesario para que el cuerpo pueda restablecer o reencauzar sus mecanismos homeostáticos y alostáticos.
5. **Evaluar las vías internas de intercambio de energía e información.** Las rutas nerviosas, circulatorias y fasciales son los canales a través de los cuales se organiza la fisiología. Allí donde hay un conflicto, una tensión o una obstrucción, puede haber también un origen o un sostenimiento del cuadro clínico.
6. **Repensar la terapéutica.** Desafiar la noción preestablecida de que los medicamentos farmacológicos tienen el monopolio de las soluciones terapéuticas. La terapéutica osteopática se basa en intervenciones manuales que modifican la estructura para restablecer la función.

Estos principios no son secundarios. No están al margen de la práctica: *son* la práctica. Son el eje alrededor del cual se organiza todo lo demás. Por eso no se puede entender la osteopatía si no se entienden sus principios. Y

por eso mismo, no se puede practicar osteopatía con fidelidad si esos principios no están presentes en cada acto clínico.

A diferencia de la medicina convencional, que define su campo de acción a partir del objeto (la enfermedad), la osteopatía se define a partir de su enfoque. Es un modo de mirar, una lógica de indagación, una ética de la intervención. No es una técnica, sino una filosofía aplicada al cuerpo humano. Y esa filosofía está condensada en sus principios.

Podría decirse que la osteopatía tiene éxito clínico no por lo que hace, sino por cómo piensa. No es la técnica, ni el diagnóstico, ni el protocolo: es el modo de razonamiento que orienta cada una de esas acciones. La eficacia de la práctica osteopática reside menos en sus procedimientos y más en los principios que orientan la escucha, el análisis y la intervención. Son los principios, y no las herramientas, los que hacen que la osteopatía funcione.

Sin embargo, pese a su importancia, los principios osteopáticos no están del todo claros. A veces se enumeran unos pocos, otras veces algunos más. A veces aparecen formulaciones distintas para un mismo principio, y otras veces se mezclan principios filosóficos con preceptos prácticos o pedagógicos. Esta imprecisión no invalida su utilidad clínica, pero sí impone la necesidad de un análisis crítico y una reconstrucción conceptual que permita pensar su sentido, su alcance y su vigencia.

Más adelante, en este capítulo, vamos a revisar con detalle qué significa cada uno de ellos, de dónde provienen, cómo orientan el razonamiento clínico y en qué medida definen una concepción distinta de la salud y la enfermedad. Por ahora, limitemos el inventario a sus formulaciones más clásicas. La tradición suele reunirlos en cuatro:

- La estructura gobierna la función.
- El cuerpo es una unidad.
- La ley de la arteria es suprema.
- El cuerpo tiene capacidad de autocuración.

A primera vista, no hay nada particularmente sorprendente en estas afirmaciones. No apelan a fuerzas ocultas ni a entidades metafísicas. No desafían el conocimiento científico vigente. No proponen una nueva ontología ni piden al lector que abandone el sentido común. Por el contrario, su aparente obviedad es tal que a menudo se los desestima por considerarlos triviales.

Y, sin embargo, son esos principios los que diferencian a la osteopatía. Son ellos los que marcan una ruptura con el paradigma dominante. Son ellos los que habilitan otra forma de pensar el cuerpo, de escuchar el síntoma, de construir una hipótesis, de guiar una palpación, de modular un gesto terapéutico.

Más adelante exploraremos la deriva histórica de estos principios, su evolución, las tensiones internas que produjeron y las relecturas contemporáneas que los mantienen vivos, pero antes de discutir sus posibles limitaciones, conviene entender qué los hizo posibles. Para eso, debemos viajar al inicio: al texto de Guy Hulett y a los primeros esfuerzos por transformar intuiciones clínicas en postulados filosóficos.

Historia de los principios

Los principios según Guy Hulett

La formulación de los principios de la osteopatía no surgió como un acto fundacional preciso, sino como un proceso progresivo de sistematización y enseñanza. En este proceso, Guy Hulett desempeñó un rol clave. Su libro *A Textbook of Principles of Osteopathy* (1903) puede considerarse el primer intento serio de organizar y explicar con claridad la filosofía de Andrew Taylor Still. Aunque no presenta una enumeración formal de los principios, sus primeros capítulos están claramente estructurados alrededor de las ideas que luego se simplificarían en los principios que hoy conocemos.

La estructura gobierna la función

En el Capítulo V (“Estructura y Función”) expone lo que luego se conocería como “La estructura gobierna la función”.

Dice Hulett:

“Antes de que la fuerza organizadora pueda expresarse de manera sustancial, debe tener una base estructural. Esa base estructural es el protoplasma. Desde este punto de vista, la estructura gobierna la función.”

En este párrafo dice de forma explícita “la estructura gobierna la función”, aunque aún no queda del todo clara la importancia del principio. Sin embargo, más adelante, Hulett sigue:

“Admitiendo que la función puede modificar la estructura, puede modificarse a sí misma mucho más fácilmente y, por tanto, es prácticamente autoajustable. Por otro lado, la estructura solo se autoajusta pasivamente y, por lo tanto, probablemente permanecerá en su condición anormal hasta que alguna fuerza externa intervenga. Aquí reside el trabajo del médico. La estructura está alterada. La función debe necesariamente sufrir como resultado, y sobrevienen los síntomas de la enfermedad. El médico puede intentar cambiar la función o la estructura. ¿Cuál será? La función es autoajustable y depende de la estructura y no necesita ayuda artificial. La estructura, al ser más indefensa en lo que respecta al autoajuste y ser directamente responsable del mantenimiento de la función pervertida, exige la atención del médico. Su labor de asistencia al ajuste estructural es el único factor externo o artificial que se justifica.”

Básicamente, luego de decir que la estructura gobierna la función, Hulett utiliza esa afirmación para fundamentar el tratamiento manual.

La unidad del cuerpo

* * *

En el Capítulo VI (“Unidad del Cuerpo”) explica claramente lo que luego se popularizaría en la frase “El cuerpo es una unidad”.

Dice Hulett:

“Parecería que la concepción del cuerpo humano como un sincitio no es inadecuada, y que está justificada la conclusión de Meyer de que tanto la planta como el individuo animal son masas continuas de protoplasma en las que la sustancia citoplasmática forma una unidad morfológica, ya sea en forma de una sola célula, una célula multinucleada o un sistema de células.”

Un sincitio es una célula con varios núcleos que es el resultado de la fusión de varias células. Hulett parte de esta imagen, para decir que los seres vivos son conjuntos de células que tienen más características que la sola conjunción, es decir, que no son simplemente un conjunto de células agrupadas, sino que poseen algún tipo de comunión citoplasmática, a tal punto que funcionan como una sola célula multinucleada. Más adelante, ofrece una visión un poco más general y explica cómo es que este principio puede guiar la práctica:

“La necesidad de considerar el cuerpo como un todo y no como una agregación de partículas elementales independientes es fundamental en la filosofía y práctica osteopática.”

“Se ha puesto así énfasis en el hecho de la continuidad protoplásmica, principalmente para llamar la atención sobre la necesidad de considerar el cuerpo como mucho más que la suma de sus partes.”

En estos últimos párrafos, Hulett expresa la función del principio. Dice que debe ser tomado en su sentido performativo, es decir, considerar al cuerpo como una unidad y no como la suma de sus partes. Este principio es el que ubica a la osteopatía como una práctica holística, a diferencia de otras prácticas reduccionistas (como la medicina convencional).

Hulett no dice en ningún momento “el cuerpo es una unidad” (aunque lo sugiere en el título del capítulo). Sin embargo, expresa la idea de una manera mucho más precisa, al proponer “considerar el cuerpo como un todo y no como una agregación de partículas elementales independientes”.

La ley de la arteria

En el Capítulo VII (“Causa de la enfermedad fuera de la célula”), expone los fundamentos fisiológicos de lo que más adelante se conocería como “la ley de la arteria”.

Dice Hulett:

“En conjunto, parecería que la célula normalmente presente en el cuerpo no puede por sí sola causar enfermedad ni en sí misma ni en sus vecinas. Es inherentemente saludable y es incapaz de sufrir daño hasta que la conexión entre ella y su torrente sanguíneo, canales linfáticos, centros nerviosos u otras relaciones normales se hayan deteriorado. La interferencia con estos por presión persistente de estructuras desplazadas o por acumulación de líquido, no sujeto a control vital, constituye el factor que produce o mantiene alteraciones en el metabolismo celular.”

Hulett deja clara la idea principal: si hay enfermedad, es por un problema de comunicación o intercambio

interno. La célula se enferma cuando pierde o ve restringida su comunicación con el resto del organismo.

Hulett no habla de la ley de la arteria con ese nombre, ni siquiera nombra la arteria en el título del capítulo, pero está claro que está describiendo el mecanismo concebido por Still. El hecho de que luego se haya popularizado con las palabras “la ley de la arteria es absoluta”, que es una enunciación un tanto equívoca con respecto a las otras (dado que expresa la valoración de una ley que no desarrolla), probablemente se deba a la insistencia y el ímpetu de Still en todos sus textos. La enunciación con la que el principio queda establecido es una frase que Still repite y repite.

En su *Autobiografía*: “No hay excepción alguna a esta ley. *La ley de la arteria es absoluta*, universal y debe ser inquebrantable, o la enfermedad será el resultado”.

En su *Filosofía de la Osteopatía*, de 1899, insiste: “Si vamos a cualquier parte u órgano del cuerpo, encontramos la misma ley de abastecimiento, arterias primero, luego la renovación, que comienza con las venas. *La ley de la arteria y la vena es universal* en todos los seres vivos, y el Osteópata debe saber eso, y acatar sus normas, o no tendrá éxito como sanador”, que luego repite casi con las mismas palabras en *La Filosofía y los Principios Mecánicos de la Osteopatía*, de 1902.

En 1910, en *Osteopatía, Investigación y Práctica*, dice “Es una verdad absoluta, evidente y demostrable por el que conoce esta máquina y sabe lo que causará un obstáculo que la atasque. No importa si la obstrucción está en el pie, el cuello, el brazo, la cabeza, abdomen o espalda. *Esta ley es absoluta*, y el corazón es el jefe de este suministro, y el nervio el comisario que ejecuta todas las órdenes del corazón.”

Y unos párrafos más adelante, agrega: “Creo que la ley de la libre circulación del sistema nutritivo nervioso es igual, o incluso puede que superior en importancia que la ley sobre la libre circulación de la sangre”.

El cuerpo tiene capacidad de autocuración

En el Capítulo XI (“Una máquina autosuficiente”) expresa conceptos que años más tarde se sintetizarían en la frase “el cuerpo tiene capacidad de autocuración”.

Dice Hulett:

“La curación es prerrogativa del organismo. Los trastornos funcionales serán autoajustables excepto cuando se compliquen o dependan de trastornos estructurales que estén más allá de los límites del autoajuste.”

Aquí afirma, de forma explícita, que el cuerpo posee capacidad de autocuración. También aclara que esa capacidad no es ni infinita ni infalible.

“El organismo corporal, en virtud de su capacidad para actuar y ser actuado sobre él, encuentra continuamente nuevas condiciones a medida que surgen y responde de una manera que asegura su actividad continua como un organismo separado y autosuficiente en un mundo de organismos en competencia y fuerzas inanimadas.”

Y a continuación incluye esta frase que me parece fundamental: “A través de sus actividades físicas, químicas y vitales, con la ayuda de un medio favorable, puede mantener exitosamente una identidad que le fue otorgada por

una larga línea de ancestros y al mismo tiempo producir suficiente variación en sus detalles estructurales y funcionales menos importantes para impedir la desintegración”. Este concepto es llamativamente similar a la definición de autopoiesis de Maturana, con el medio interno como regulador entre ser vivo y ambiente, y los dos extremos que deben mantenerse: identidad y unidad. Podría pensarse que Hulett toma esta idea de Maturana, salvo por el hecho de que la concepción de autopoiesis se formula setenta años más tarde.

Más adelante, Hulett esclarece una contradicción aparente en Still, que continuamente habla del cuerpo como una máquina e insiste en que el osteópata debe analizar el funcionamiento del organismo de la misma manera que un ingeniero analiza el funcionamiento de una máquina, y sin embargo se aparta del reduccionismo intrínseco de los ingenieros en dos aspectos: en pensar la máquina como una unidad, y en reparar únicamente lo necesario y dejar que la máquina se cure sola. Dice Hulett:

“Si bien es necesario hacer hincapié en el hecho de que el cuerpo humano es similar a una máquina en su estructura y operaciones, no se debe olvidar que es mucho más que una máquina, en el sentido habitual de la palabra. Supera a la máquina ordinaria en el hecho de que se autoalimenta, autolubrica, autoopera y autorregula.”

Es claro en este párrafo que la concepción expresada por Hulett es más amplia que autocuración, e incluso más amplia que “autocuración y autorregulación”. De hecho, el título del capítulo no es “una máquina que se autocura”, sino “una máquina autosuficiente”, que implica mucho más que curarse.

“Si se preguntara qué hecho es más sorprendente y más fundamental en la filosofía osteopática, deberíamos afirmar sin vacilar: el poder de autorregulación inherente al protoplasma.”

Hulett dice que es el más importante, y es difícil no coincidir.

Importancia de Hulett

Guy Hulett se dedicó a organizar la filosofía de Still, extrayendo varios principios fundamentales que enunció y explicó en detalle. Estos principios recibieron atención individual en su libro, donde les dedicó un capítulo completo a cada uno. Posteriormente, estos principios se simplificaron, siendo expresados en frases concisas que se conservaron hasta hoy.

Podríamos resumir los principios expuestos por Hulett de la siguiente manera:

- La estructura gobierna la función, y por tanto la labor del osteópata debe ser la asistencia al ajuste estructural.
- El osteópata debe considerar el cuerpo como un todo y no como una agregación de partículas elementales independientes.
- El origen de la enfermedad no puede estar en las células, sino que debe buscarse en la comunicación e intercambio de las células con el entorno, tanto el entorno interno al organismo como al externo.
- El cuerpo humano es similar a una máquina, pero es mucho más que una máquina; es una máquina autosuficiente.

* * *

Esa lista es ya una simplificación drástica de las exposiciones de Guy Hulett. Sin embargo, los principios iban a asentarse según una síntesis aún más severa, de esta manera:

- La estructura gobierna la función
- El cuerpo es una unidad
- La ley de la arteria es suprema
- El cuerpo tiene capacidad de autocuración

Pero la simplificación es tirana, y en el proceso de simplificación, se perdió parte de la riqueza y profundidad original de los principios establecidos por Hulett. Específicamente:

- **La estructura gobierna la función:** Esta afirmación, en su forma original, justifica la práctica manual de la osteopatía. Sin embargo, en su forma simplificada, no explica adecuadamente la relación entre estructura y función ni la importancia de la intervención manual del osteópata.

- **El cuerpo es una unidad:** Este principio simplificado mantiene la esencia del pensamiento de Hulett, pero la profundidad del concepto de que el cuerpo no es solo una suma de partes independientes se diluye.

- **La ley de la arteria es suprema:** Esta expresión, en su forma original, hace referencia a la importancia de la circulación sanguínea y nerviosa en el mantenimiento de la salud. No obstante, en su forma simplificada, queda formulada de manera poco clara, nombrando una ley de la arteria que acaso esté explicada en otro lado.

- **El cuerpo tiene capacidad de autocuración:** La idea de la autosuficiencia del cuerpo se restringe a la capacidad de autocuración. Si bien es verdad que el término 'autosuficiencia' no resulta lo bastante claro por sí solo, reemplazarla por "autocuración" deja fuera un montón de propiedades del organismo que sería necesario tener en cuenta.

Esa es la lista que circuló por muchos años, con variaciones mayores o menores. Como no existía un dogma oficial, cada institución y cada osteópata tenía cierto margen para hacer sus propias modificaciones, y entonces había quienes agregaban uno o dos, o quienes los reescribían de una manera que les resultaba más clara. Esa tendencia se mantiene hoy en día. Muchos osteópatas presentan sus listas de principios, adaptadas a sus necesidades y preferencias.

Gilles Drevon presenta cinco principios. Steven Paulus (2013) propone diez. Yo mismo, en *El Cuerpo y La Escucha* y aquí mismo, propongo una lista de seis principios. Las variaciones no son ni azarosas ni cismáticas. Si leo la lista de Steven Paulus, no me parece que haga una osteopatía distinta de la mía. Quizás me da la impresión de que uno de los principios ya está incluido en otro, o que él nombra de pasada una idea que se merece un principio *ad hoc*, y entonces confecciono mi propia lista.

Guy Hulett jugó un papel crucial en la consolidación de la osteopatía como disciplina médica. Al organizar y sistematizar los principios de Still, Hulett facilitó su enseñanza y comprensión, sentando las bases para el desarrollo y la práctica de la osteopatía moderna. Aunque la simplificación de estos principios ha permitido su difusión y aceptación, es fundamental recordar y valorar la profundidad original de los conceptos que Hulett

enunció, que a su vez son una estructuración y simplificación con fines didácticos de una filosofía más elaborada propuesta por Still.

Los principios establecidos en 1953

A mediados del siglo XX, la American Osteopathic Association (AOA) comenzó a negociar con la American Medical Association (AMA) para que la osteopatía fuera reconocida oficialmente como una práctica médica y pudiera formar parte del sistema de seguros de salud estadounidense. Como parte de este proceso de institucionalización, la AOA tuvo que ajustar su perfil teórico y práctico, adaptando su discurso a los criterios del modelo biomédico. Una de las consecuencias de este proceso fue la primera declaración formal de los principios de la osteopatía, en el documento *The Osteopathic Concept* (1953), donde aparecen reformulados de la siguiente manera:

- El cuerpo es una unidad.
- El cuerpo posee mecanismos de autorregulación.
- Estructura y función están recíprocamente interrelacionadas.
- La terapia racional se basa en la comprensión de la unidad del cuerpo, los mecanismos de autorregulación y la interrelación de estructura y función.

A pesar de su intención de consolidar institucionalmente la osteopatía, esta reformulación pierde en profundidad lo que gana en formalidad. En *El cuerpo y la escucha* ya expuse mis reparos frente a esta nueva versión. Hagamos un breve repaso.

En primer lugar, se reemplazó "la estructura gobierna la función" por "estructura y función están recíprocamente interrelacionadas". Sin embargo, habiendo leído la explicación de Hulett, es evidente que el sentido original se pierde. La formulación original de Hulett fundaba la práctica manual en una relación asimétrica: la función se ajusta espontáneamente, mientras que la estructura puede requerir asistencia externa. Al suavizar esta asimetría, el nuevo principio diluye el rol del osteópata como agente manual. La enunciación se cambió para adaptarse al modelo biomédico; básicamente, para que el osteópata pudiera prescribir medicamentos.

En segundo lugar, "el cuerpo posee mecanismos de autorregulación" resulta insuficiente. Aunque en años posteriores se complementa con "y de autocuración", seguimos frente a una visión limitada. Las características que le dan autonomía al cuerpo implican más que autocuración y autorregulación. En Hulett, el cuerpo es una máquina autosuficiente: se autoalimenta, se autolubrica, se autorregula y se autorrepara.

En tercer lugar, el último principio de la lista —"la terapia racional se basa en la comprensión de la unidad del cuerpo, los mecanismos de autorregulación y la interrelación de estructura y función"— no añade información relevante. Se limita a repetir, de forma abstracta, lo ya enunciado en los puntos anteriores.

De manera que prefiero quedarme solo con los tres primeros, aunque reescritos. Yo propongo volver a la enunciación original. Esta propuesta revisionista no es por simple fundamentalismo, sino porque entiendo que la lista original refleja una filosofía de la osteopatía a la que es necesario volver, porque se fue diluyendo por cuestiones

políticas y económicas. Además, quisiera hacer otras tres modificaciones a esa lista.

En primer lugar, recuperar la ley de la arteria, que se desvaneció misteriosamente. La desaparición de este principio es uno de los factores que contribuyeron a que la osteopatía contemporánea se viera cada vez más restringida al tratamiento de trastornos musculoesqueléticos.

Originalmente, la ley de la arteria justificaba la intervención manual sobre afecciones viscerales, inmunológicas o funcionales. Sin ella, la osteopatía pierde su ambición fisiológica y se convierte en una subespecialidad de la traumatología.

Este desplazamiento se manifiesta aún hoy en la experiencia formativa de los estudiantes de osteopatía, quienes, a medida que avanzan en la carrera, enfrentan una contradicción aparente entre el ideario fundacional y la práctica establecida: en la visión actual del osteópata, este parece ocuparse sobre todo de problemas musculoesqueléticos. Hay cierta justificación para tratar algunos problemas fisiológicos a partir de la noción de segmento facilitado y de las fijaciones viscerales, pero lo cierto es que funcionan casi como corolarios pintorescos y no como el eje principal.

Pero si uno lee a los primeros osteópatas, no establecían distinciones entre problemas musculoesqueléticos, fisiológicos o enfermedades propiamente dichas. El proyecto osteopático originario aspiraba a un modelo etiológico de integración sistémica. Uno se pregunta en qué momento los osteópatas empezaron a tratar solo cuestiones músculo-esqueléticas. La respuesta es: 1953, con la desaparición de la ley de la arteria. Desde entonces, la osteopatía dejó de ser, en sentido estricto, una medicina.

Conviene recordar que "ley de la arteria" es una expresión que puede inducir a confusión, ya que parecería limitarse al flujo sanguíneo. Sin embargo, como vimos en Hulett, se refiere más ampliamente a toda forma de comunicación e intercambio intraorgánico: arterial, venoso, linfático, nervioso o mecánico.

En segundo y tercer lugar, creo que es indispensable incluir otros dos principios, que nunca llegaron a formar parte de la lista canónica, aunque están presentes a lo largo de toda la obra de Still y de Hulett: "tratar la causa y no el síntoma" y "tratar al paciente y no a la enfermedad". Es posible que se los haya excluido por obvios, pero esa misma obviedad los vuelve vulnerables al olvido.

Estas dos ideas expresan, respectivamente, el criterio etiotrópico y la mirada idiográfica. Son tan fundamentales que resulta difícil pensar una osteopatía que no las tenga como guía. Y a pesar de que otras tradiciones médicas también las reivindican, en la práctica suelen ceder ante el apremio de la clasificación estadística y el tratamiento sintomático.

Por todo esto, propongo una lista revisada de seis principios, que sintetiza el pensamiento original de la osteopatía y al mismo tiempo lo adapta a una visión contemporánea:

- La estructura gobierna la función
- El cuerpo es una unidad
- La ley de la arteria es suprema
- El cuerpo tiene capacidad de autocuración
- Tratar la causa, y no el síntoma
- Tratar al paciente, y no a la enfermedad

Cada uno de ellos, por otra parte, representa una dimensión de la praxis clínica y una posición en esa dimensión, lo que me permite asignarle ciertos nombres, de esta manera:

- “La estructura gobierna la función” corresponde a lo que llamo *métodos manuales*.
- “El cuerpo es una unidad” expresa lo que llamo *horizonte holístico*.
- “La ley de la arteria es suprema” se alinea con lo que llamo *criterios cibernéticos*.
- “El cuerpo tiene capacidad de autocuración” encarna lo que llamo *abordaje autopoiético*.
- “Tratar la causa, y no el síntoma” propone una *ejecución etiotrópica*.
- “Tratar el paciente y no la enfermedad” implica una *interpretación idiográfica*.

Importancia de los principios

Los principios de la osteopatía son, por necesidad, escuetos. Buscan expresar en pocas palabras una filosofía clínica que a Andrew Taylor Still desarrolló a lo largo de años de práctica y al menos cuatro libros. No son definiciones técnicas ni fórmulas científicas. Son claves heurísticas, núcleos de orientación, frases que no describen cómo es el cuerpo, sino cómo deberíamos pensar y actuar ante él.

Por eso decimos que los principios son *performativos*: no están hechos para ser analizados en abstracto, sino para ser recordados y utilizados en medio de una sesión clínica.

Me gusta imaginar una voz de mis maestros. Sí, como cuando los maestros jedi de Star Wars les hablan a sus antiguos *padawan* desde el más allá. Imaginemos al osteópata en consulta: el paciente presenta un dolor persistente en el pie, sin causa aparente. El terapeuta duda, evalúa, pero no encuentra lesiones estructurales claras. Entonces, como si viniera de algún rincón de la memoria, una voz le susurra: “el cuerpo tiene capacidad de autocuración”. Así que el terapeuta reflexiona, y sabe que el cuerpo debería haberse curado. ¿Qué está impidiendo que el cuerpo se repare?

O pensemos en el alumno frente a un dolor de hombro inespecífico. Palpa, explora, y no encuentra nada. Se queda bloqueado, sin saber cómo seguir. Entonces el maestro (jedi), desde otro mundo, susurra: “el cuerpo es una unidad”. Y eso lo lleva a considerar que quizás el origen del dolor no esté en el hombro, sino en un desequilibrio estructural lejano, una alteración postural o una fijación visceral.

Los principios osteopáticos no funcionan como enunciados verificables, sino como *condensadores de sentido*. Su poder no radica en la originalidad de sus formulaciones —que a menudo parecen obviedades—, sino en su capacidad para reencauzar la atención del terapeuta cuando los modelos clásicos resultan insuficientes.

En este capítulo, vamos a repasar los seis principios fundamentales que hemos adoptado en este libro, cada uno con el nombre que sintetiza su valor clínico: principio manual, principio holístico, principio cibernético, principio autopoiético, principio etiotrópico y principio idiográfico. Para cada uno, mostraremos su formulación clásica, su función en la práctica clínica y los errores de interpretación más frecuentes, especialmente cuando se lo lee

desde un marco positivista o descontextualizado.

El principio holístico: la unidad del cuerpo

El primero de los principios tradicionales de la osteopatía, enunciado como “el cuerpo es una unidad”, lo denominamos aquí principio holístico, o más precisamente, *horizonte holístico*. Su función no es solo describir una característica del cuerpo humano, sino actuar como un criterio práctico: recordarle al osteópata que el obstáculo a la autocuración no suele originarse en un punto aislado, sino que emerge de una cadena de elementos funcionalmente conectados, y que los eslabones de esa cadena pueden encontrarse tanto en lo material como en lo emocional, lo mental o incluso en lo social.

Este principio establece el horizonte de trabajo del osteópata: la totalidad de la unidad somatopsíquica del paciente. Eso implica, por un lado, no estudiar ni intervenir estructuras como si funcionaran de manera independiente. Y por otro, incorporar al diagnóstico y al tratamiento dimensiones que la medicina convencional tiende a excluir: la historia de vida del paciente, sus hábitos, sus apegos, sus vínculos afectivos y su modo de habitar el mundo. En medicina, esto se conoce como enfoque biopsicosocial. En osteopatía, es un punto de partida clínico: todo lo que está en la persona puede participar en su dolencia, y todo lo que participa debe ser escuchado.

Este principio también define la unidad de la osteopatía como disciplina. Si bien puede resultar útil, por motivos pedagógicos, diferenciar entre osteopatía estructural, craneal o visceral, en la práctica clínica esta distinción se disuelve. Quien hace solo osteopatía estructural, o solo osteopatía craneal, o solo osteopatía x, se equivoca: la osteopatía es una sola.

Una crítica habitual a este principio es que “la idea de que todo está conectado con todo abre la puerta a la pseudociencia”, pero esta objeción revela un malentendido. No se afirma aquí que todo esté conectado con todo, sino que muchas cosas están conectadas con muchas otras, y que el trabajo clínico consiste precisamente en identificar esas conexiones significativas. Por ejemplo, si un paciente consulta por dolor de hombro, no basta con aplicar un protocolo local. El osteópata debe pensar qué estructuras están conectadas con ese hombro: a nivel mecánico, vascular, nervioso, emocional. Puede encontrar la causa en una cicatriz en el abdomen, una alteración respiratoria o una disfunción del suelo pélvico. El principio holístico no es misticismo: es anatomía relacional y fisiología sistémica.

La medicina convencional, en su deriva hacia la especialización extrema, ha comenzado a perder esta mirada. El médico generalista o de familia, que conocía la historia vital de sus pacientes, ha sido desplazado por especialistas ultraspecíficos: el gastroenterólogo especialista en colon irritable, el traumatólogo especializado en muñeca, el fisioterapeuta deportólogo. Pero cada nivel de especialización conlleva una pérdida de información. A medida que se

incrementa el nivel de especialización, se dejan de ver algunas propiedades emergentes⁴³. De hecho, solo se puede justificar una estrategia de especialización si se impugna la existencia de propiedades emergentes. Esa es justamente la definición de reduccionismo.

El principio manual: la estructura gobierna la función

Entre los principios de la osteopatía, el que sostiene que “la estructura gobierna la función” es el que justifica el uso de métodos manuales como medio terapéutico. Este principio parte de una constatación sencilla: cuando existe una disfunción en el organismo, suele haber también una alteración estructural. Y más importante aún, si esa estructura se modifica —liberando restricciones, restaurando la movilidad, reorganizando tensiones—, la función puede mejorar.

No se trata de una ley mecánica rígida, sino de una guía clínica. Este principio nos recuerda que los osteópatas no trabajan con fármacos ni aparatos, sino con sus propias manos. La práctica manual no es un adorno ni una herramienta más: es el medio mediante el cual se aplica la lógica de intervención osteopática.

Las críticas más frecuentes suelen perder de vista este sentido operativo. Por ejemplo, hay quienes objetan que existen personas con alteraciones estructurales sin dolor, o pacientes con imágenes patológicas que no presentan síntomas. Pero esta observación no invalida el principio, porque confunde presencia de disestructura con manifestación sintomática. Que una estructura alterada no duela no significa que no afecte a la función, o que no se trate de una disestructura relevante.

Esa crítica parte de una confusión lógica que no merece una refutación extensa. En su lugar, vamos a aclarar esto: que uno de los principios de la osteopatía sea que la estructura gobierna la función significa que el osteópata utilizará métodos manuales para ayudar a resolver los problemas de sus pacientes. ¿Significa eso que el osteópata puede resolver cualquier cosa con un toque o una manipulación? Claro que no. Habrá cosas que para resolverse necesiten cirugía, medicación, terapia psicológica o que directamente no puedan resolverse.

Recuerdo el caso de un paciente que venía con dolor persistente. Tras un par de sesiones sin demasiados avances, la conversación reveló un malestar más profundo: llevaba meses sin trabajo. Lo conecté con una ONG que buscaba un perfil como el suyo, consiguió empleo y el dolor desapareció. ¿Gracias a mis técnicas manuales? No creo que haya sido lo principal. ¿O sea que no cumplí los principios? No, no los cumplí. ¿Estuve mal? No lo creo. ¿Lo ayudé? Creo que sí. Pero no fue con osteopatía. Los principios son una guía de pensamiento clínico para una disciplina en particular, pero no son ni un código de principios éticos ni una definición de prácticas que están bien.

⁴³ Propiedades emergentes: Aquellas que aparecen solo cuando las entidades se aglutinan en un conjunto, y, por tanto, no se derivan de las propiedades de las partes. Existen conjuntos de los que se dice que el todo es más que la suma de sus partes; las propiedades de este tipo de entidades son las propiedades de las partes más las propiedades emergentes. Ejemplo: la propiedad del agua de ser líquida es una propiedad emergente, porque tanto el hidrógeno como el oxígeno son gases. La propiedad “liquidez” aparece cuando dos átomos de hidrógeno y uno de oxígeno se juntan y forman una molécula de agua. (Ver glosario al final del libro)

No son reglas deontológicas, sino coordenadas clínicas.

El principio “la estructura gobierna la función” no afirma que todo problema sea estructural, sino que cuando hay una disestructura significativa, intervenir manualmente puede restaurar funciones perdidas. Es, en definitiva, una brújula que orienta nuestra acción clínica sin pretensión de absolutismo, y que recuerda que las manos del osteópata no son herramientas simbólicas ni rituales: son un medio fisiológico de intervención sobre el cuerpo viviente.

El principio autopoietico: el cuerpo tiene capacidad de autocuración

De todos los principios osteopáticos, este es el que con más frecuencia se repite en la práctica clínica y, paradójicamente, también el que más se niega desde fuera. En su formulación habitual —“*el cuerpo tiene la capacidad de autocuración*”— expresa lo que en este libro llamamos el *abordaje autopoietico*: la idea de que el cuerpo es, ante todo, un sistema organizado para conservar su integridad, repararse cuando puede y adaptarse cuando debe.

Desde esta perspectiva, el rol del terapeuta no es intervenir indiscriminadamente, sino investigar por qué ese proceso natural de reparación no está sucediendo. Lo expresa con claridad la famosa frase de Still: “*Find it, fix it, and leave it alone*”. Es decir, encuentra el obstáculo, facilita su corrección, y confía en que el resto lo hará el cuerpo. Es una excelente ilustración de abordaje autopoietico.

Este principio ha sido objeto de críticas superficiales. Algunos detractores se burlan de la idea con una interpretación literal: “Si el cuerpo se autocurara, no habría enfermedades crónicas”. Pero este es otro ejemplo clásico de malentendido por exageración. El principio no afirma que el cuerpo tenga una capacidad *ilimitada* de autocuración, sino que tiende naturalmente a curarse cuando se le dan las condiciones adecuadas. Que el cuerpo tiene la tendencia y las herramientas para autocurarse es evidente: una herida se cierra, una gripe cede, un esguince mejora aunque nadie intervenga. Negar esto es negar la fisiología básica.

A veces, para evitar el malentendido de que el cuerpo tiene capacidad infinita de autocuración, prefiero mejorar un poco la enunciación y decir que el cuerpo tiene mecanismos de autocuración. Pero además, si quisiéramos ser obsesivamente precisos y acercarnos más a la idea que planteaba Hulett, deberíamos decir que el cuerpo tiene mecanismos de autocuración, de autorregulación, de autoalimentación, de autoprotección, de autooptimización y de autocreación. Cada uno puede ser ilustrado con ejemplos específicos: los fibroblastos como mecanismo de autocuración; la homeotermia como autorregulación; los leucocitos y el reflejo de retirada ante un estímulo nocivo como autoprotección; la formación de callos en los dedos de un guitarrista novel como autocreación.

No todos estos mecanismos son inmediatos o reflejos. Algunos se despliegan de manera indirecta, involucrando procesos complejos. La autoalimentación, por ejemplo, no se limita al acto de ingerir alimentos: comprende también el aseguramiento de recursos, la preparación de la comida, e incluso la previsión económica para garantizar su obtención. Allí donde el organismo puede resolver de manera autónoma, lo hace; cuando el proceso requiere un nivel superior de complejidad, se produce lo que denomino una solicitud autosémica: la elevación de una

demanda a la consciencia.

Un ejemplo: si la temperatura corporal se eleva, el cuerpo activa respuestas autonómicas como la sudoración o la redistribución del flujo sanguíneo, pero al mismo tiempo nos empuja a tomar decisiones conscientes: abanicarnos, buscar sombra, encender un ventilador o refugiarnos en un lugar fresco.

La paradoja es que la idea tan evidente de que el cuerpo tiende a curarse es sistemáticamente ignorada en la práctica médica. ¿Por qué? Porque admitirla debilita una narrativa central: la del profesional que cura. Negar el principio de autocuración tiene una ventaja importante, que es que la medicina se puede adjudicar (muchas veces sin quererlo) el éxito de los pacientes que se curan por regresión a la media.

Todos sabemos (incluso los médicos) que la mayoría de la gente que busca ayuda médica se cura por regresión a la media. Es decir, se hubiera curado igual si no hubiera ido al médico. Es decir, se cura sola. Es decir, se cura porque el cuerpo tiene capacidad de autocuración. Aceptar que existe la regresión a la media es aceptar que existe el principio de autocuración. Un electrodoméstico roto no regresa a la media: queda roto. Solo los cuerpos vivos se curan. Y esa es, quizá, la mejor definición de “ser vivo”: un sistema que se repara a sí mismo.

Ahora bien, si esa estadística es verdad, la mayoría de los casos tienen este desarrollo: alguien va por dolor de rodillas, el médico le da un antiinflamatorio y al tiempo se cura. O alguien va con gripe, el médico le da algo para la fiebre y algo para la tos, y al tiempo, el paciente se cura. O alguien va por tos, y el médico le receta nebulizaciones con budesonide (un corticoide) o con un agonista beta (salbutamol), y al paso de los días la tos va cediendo.

Pero ya sabemos que ni el antiinflamatorio ni el antipirético ni el antitusivo ni los corticoides curaron nada. El paciente se curó porque el cuerpo se cura solo. Sin embargo, el paciente cree que se curó porque se tomó las pastillas o se nebulizó.

Pero para poder adjudicarse esa victoria, el médico necesita negar la regresión a la media, sobre todo en lo que respecta a la capacidad de autocuración del cuerpo. La mayoría de los éxitos (al menos entre las personas de nuestro entorno) adjudicados a la medicina convencional se deben a negar el principio de autocuración.

De hecho, podría afirmarse que una porción significativa del prestigio social de la medicina convencional se sostiene porque la mayoría de las personas se curan *a pesar* del tratamiento, no *gracias* a él. Esto es menos evidente en la osteopatía, porque los pacientes que llegan a consulta suelen haber pasado por varios profesionales y tratamientos sin resultados. Cuando un osteópata logra una mejora en esos casos, difícilmente sea atribuible a la regresión a la media.

Aceptar el principio de autocuración, entonces, no implica renunciar a la intervención terapéutica, sino hacerla más inteligente: intervenir solo donde el cuerpo no puede, acompañarlo sin invadirlo, restablecer sus condiciones de autorregulación. Si el cuerpo puede curarse, el síntoma no es un enemigo a suprimir, sino una expresión de un proceso que es necesario investigar. El osteópata no pregunta: “¿Cómo hago desaparecer este síntoma?”, sino: “¿Qué impide que el cuerpo haga lo que sabe hacer?”.

Ese cambio de pregunta define toda una cosmovisión clínica. Una cosmovisión donde el síntoma es indicio, no error; donde el terapeuta es colaborador, no héroe; y donde el cuerpo es sujeto de sus propias soluciones.

El principio cibernético: la ley de la arteria

El principio tradicionalmente formulado como “la ley de la arteria es suprema” encarna lo que aquí llamamos *criterios cibernéticos*, y puede resumirse en una propuesta concreta: cuando el cuerpo no puede autocurarse, se debe buscar dónde se interrumpe la comunicación interna. Esta comunicación puede ser mecánica, fluídica o nerviosa, y su integridad es condición necesaria para que cualquier parte del cuerpo funcione, se regule y se repare.

La idea subyacente es sencilla pero poderosa: en un sistema tan complejo como el cuerpo humano, los fenómenos patológicos no emergen necesariamente por fallos intrínsecos de un órgano, sino por su desconexión con el conjunto. Si una estructura pierde su movilidad, su irrigación o su monitoreo nervioso, entonces empieza a fallar no porque esté defectuosa en sí misma, sino porque ha quedado funcionalmente aislada. De ahí que el osteópata, ante un cuadro clínico, no busque únicamente “la lesión local”, sino que trace con rigor las posibles vías de disfunción que conectan el cuadro actual con sus causas estructurales o funcionales.

Este principio, además, orienta el proceso de indagación. Las relaciones entre estructuras y fenómenos somatopsíquicos se dan a través de canales de comunicación específicos, y estos pueden ser de tres tipos.

- Variaciones mecánicas: restricciones o interferencias en los movimientos fisiológicos normales (articulares, fasciales, viscerales);
- Alteraciones fluídicas: bloqueos en la circulación de sangre, linfa o líquido cefalorraquídeo;
- Disrupciones nerviosas: interferencias en la comunicación aferente (sensorial) o eferente (motora o autónoma) que afectan la regulación.

Esta tríada permite estructurar el razonamiento osteopático con una lógica causal clara y una dirección de búsqueda acotada pero productiva. No hace falta especular con campos energéticos inmedibles ni forzar analogías biológicas: si algo afecta a otra cosa en el cuerpo, es porque algo se ha trabado en una de esas tres rutas.

Este principio se malinterpreta a veces como si se refiriera únicamente a obstrucciones evidentes, como una estenosis o una compresión de raíz nerviosa, pero su alcance es mucho mayor: toda condición clínica en la que una estructura no recibe los recursos que necesita, o no puede enviar sus señales al resto del cuerpo, está regida por esta ley. Incluso fenómenos que parecen alejados de la mecánica corporal, como la inhibición de fibroblastos por uso crónico de antiinflamatorios, deben entenderse como alteraciones del intercambio interno.

Por eso este principio no es metafísico ni arcaico. Es cibernético en el sentido más moderno del término: la salud depende de la integridad de los canales de comunicación, retroalimentación y distribución. El trabajo del osteópata es entonces restablecer esas conexiones. No suplir funciones, sino permitir que el cuerpo las recupere.

El principio etiológico: tratar la causa y no el síntoma

El principio enunciado como “tratar la causa y no el síntoma” representa lo que en este libro llamamos *ejecución etiológica*. Su sentido práctico puede resumirse así: no nos detengamos en aliviar lo que molesta; intentemos

entender qué está impidiendo que el cuerpo restablezca su equilibrio y, una vez identificado ese obstáculo, actuemos sobre él.

La idea subyacente es que el síntoma no es el problema, sino la manifestación visible de un desequilibrio más profundo. El síntoma suele ser la razón por la cual una persona busca ayuda, pero no debe ser el objetivo terapéutico. En muchos casos, el síntoma es incluso una solución temporal que el cuerpo ha generado para compensar otro problema. Ignorarlo o suprimirlo sin entender su función puede ser contraproducente.

Andrew Taylor Still lo dijo con claridad: “Cualquier variación de la salud tiene una causa, y la causa tiene una ubicación. Es tarea del osteópata localizarla y eliminarla (la causa), acabando con la enfermedad y obteniendo en su lugar la salud”.

Ahora bien, esta búsqueda de las causas requiere algo más que retroceder un paso en la cadena causal. El ejemplo típico de tratamiento sintomático es el del paciente con lumbalgia que recibe una inyección de analgésico. Ese es claramente un tratamiento sintomático sin búsqueda causal. Pero ese escenario suele suceder cuando uno acude al servicio de urgencias, y no a una consulta especializada. Quizás la lógica en ese caso es que el servicio de urgencias debe resolver algo urgente, y entonces brinda un tratamiento sintomático transitorio, con la indicación de ir a un médico para un seguimiento.

Cuando uno va con dolor lumbar al traumatólogo, el médico investiga un poco más. Puede que indique una resonancia, y en ella aparezca una protrusión. El médico entonces prescribe un tratamiento para esa protrusión. Este caso parecería estar de acuerdo con la idea de buscar la causa, ya que no se limita a brindar un tratamiento sintomático. Sin embargo, en realidad este análisis mediante resonancia solo busca un agente, o la causa inmediata, pero no la causa primaria.

Por otra parte, la idea de buscar la causa es entender cómo se establece la patología, y necesita expresar la lógica de causalidad. El médico que diagnostica a partir de hallazgos en la resonancia comete un error fundamental: asume que la co-presencia es prueba de causalidad⁴⁴. Pero la causalidad implica una transferencia de energía o información de un evento a otro, y si bien la co-localización y la co-temporalidad son condiciones casi necesarias, no son suficientes. Es imprescindible explicar cómo se produce la transferencia de información o de energía, y no basta con mostrar coincidencia de espacio y tiempo. La causalidad, entonces, requiere algo más que una correlación: necesita plausibilidad fisiológica. Y esta solo puede surgir de una teoría explicativa construida desde la fisiología o la filosofía médica.

En el caso de los diagnósticos por hallazgos, existe un problema adicional, estrictamente matemático: los resultados de los estudios deben interpretarse siguiendo una lógica bayesiana. La probabilidad de que alguien tenga cierta patología después de que un estudio haya dado positivo no se puede deducir mediante estadística frecuentista.

Veamos esto un poco más en detalle. Supongamos un estudio diseñado para indicar si un paciente tiene una patología X. Este estudio tiene una especificidad de 95 % y una sensibilidad de 90 %. La especificidad es la probabilidad de que el test dé negativo si la persona no tiene la enfermedad. La sensibilidad es la probabilidad de que dé positivo si la tiene. Es decir, este test tiene un 10 % de falsos negativos y un 5 % de falsos positivos.

⁴⁴ Sí, ya hablamos de esto y hasta ofrecimos su nombre en latín: *cum hoc ergo propter hoc*.

Supongamos que X es una enfermedad que afecta al 1 % de la población. Tomamos a una persona al azar, realizamos el test y da positivo. ¿Qué podemos deducir?

En primer lugar, una conclusión es clara: que el resultado sea positivo no significa necesariamente que la persona esté padeciendo la enfermedad X, porque el test no es infalible.

Pero entonces, ¿cuál es la probabilidad de que esa persona tenga realmente la enfermedad X? La respuesta que uno piensa de inmediato es que hay un 95 % de probabilidad, ya que el 5% restante corresponde a falsos positivos⁴⁵. Pero no es tan sencillo.

En realidad, la probabilidad de que tenga X es del 15 %.

¿Sorprendente? Veamos por qué.

Si tomamos una muestra de 10.000 personas al azar, 100 tendrán X (1 % de prevalencia) y 9900 no. De las 100 que tienen X, el test arrojará 90 positivos y 10 negativos (estos 10 son el 10% de falsos negativos propios de este test). De las 9900 que no tienen X, el test producirá 9405 negativos y 495 positivos (estos 495 son el 5% de falsos positivos propios de este test). Es decir, en total habrá 585 resultados positivos, pero solo 90 de ellos corresponderán a personas que realmente tienen X. Por tanto, la probabilidad de tener X después de un resultado positivo es de 90 sobre 585, es decir, 15%.

Vamos a un ejemplo clínico real. Uno de los estudios para evaluar epilepsia es el EEG (electroencefalograma). Este estudio tiene una sensibilidad del 50 % y una especificidad del 94 %. La prevalencia de epilepsia en la población general es inferior al 1 %. Esto significa que, si el EEG da positivo, la probabilidad de que la persona tenga epilepsia es menor a un 8 %. A pesar de ello, existen médicos (pocos, pero existen) que solicitan un EEG sin indicación clínica clara, y al ver un resultado positivo afirman que el paciente “tiene epilepsia”. Esos médicos se equivocan el 92 % de las veces.

Buscar causas implica aceptar que el cuerpo es un sistema complejo, cuyas alteraciones no pueden entenderse como efectos mecánicos lineales. Y aun si esa búsqueda es incierta o incompleta, es preferible al conformismo sintomático que gobierna muchos protocolos actuales. La causalidad no puede demostrarse con certeza, pero su exploración refina el juicio clínico y amplía el horizonte del tratamiento.

Algunos críticos han ironizado sobre este principio: “En medicina, la etiología es la causa de la enfermedad y en muchas patologías musculoesqueléticas se desconoce (son idiopáticas). Además, no existen criterios definidos de causalidad para poder afirmar tales afirmaciones”.

Estas críticas se basan en una confusión: la dificultad para demostrar causalidad no implica que la búsqueda de causas sea un error. Por el contrario, lo que mantiene viva la clínica es el esfuerzo por comprender causalmente. Además, en la práctica osteopática, no se trata de encontrar *la* causa absoluta, sino una causa plausible, tratable y significativa en el contexto de ese paciente.

⁴⁵ Este sería un razonamiento según una lógica frecuentista.

El principio idiográfico: tratar al paciente y no la enfermedad

El principio enunciado como “*tratar al paciente y no la enfermedad*” es lo que aquí llamamos *interpretación idiográfica*. Significa que no debemos aplicar respuestas genéricas a cuadros diagnósticos preconcebidos, sino comprender qué está ocurriendo en este organismo particular, en este momento de su vida.

La idea de fondo es que la disfunción no es algo independiente del paciente, sino una propiedad emergente de su historia. O dicho de manera más simple: no hay una entidad “enfermedad” que se apodera del paciente, sino que la enfermedad es un estado en que se encuentra la persona, y ese estado es el resultado de cosas que ha vivido. O dicho de manera más difícil, pero más exacta: el obstáculo a la autopoiesis no es una entidad independiente de la persona que lo padece, sino que surge como una propiedad emergente de su ontogenia.

La diferencia con la medicina convencional es clara. Allí, el diagnóstico sirve para ubicar al paciente dentro de una categoría general: “tiene tal enfermedad”. El tratamiento, entonces, será el que corresponde a esa categoría, sin atender a las particularidades del individuo. Es un pensamiento nomotético: busca reglas generales aplicables a muchos. Para lograrlo, abstrae al individuo de su contexto, omite su historia, su estructura, su subjetividad. Se toma el cuadro semiológico y se compara con otros previamente tipificados.

La osteopatía, en cambio, piensa idiográficamente. No pregunta “qué enfermedad tiene esta persona”, sino “qué le sucede a esta persona en particular”. El diagnóstico no es una etiqueta, sino una reconstrucción comprensiva de lo que le ocurre al paciente. Y el tratamiento no se basa en el nombre del cuadro clínico, sino en la comprensión del proceso que ha llevado a ese cuerpo, con esa historia, a expresarse de esa forma. Como decía Still: “La habilidad de uno es proporcional al entendimiento del funcionamiento normal”. Por eso, para el osteópata, comprender al paciente es una tarea fisiológica antes que patológica.

El osteópata no se enfrenta a una enfermedad que se mete en un cuerpo, sino a un cuerpo interferido por una serie de eventos desafortunados. El síntoma es la expresión del cuerpo frente a esa interferencia. El diagnóstico osteopático es personalizado: es lo que le sucede a esta persona en este momento, después de haber atravesado determinadas experiencias. El tratamiento, dado que se deriva del diagnóstico, también será personalizado.

Este enfoque idiográfico implica también una reformulación de la idea de enfermedad. En la medicina convencional, las condiciones idiopáticas (de causa desconocida) constituyen un límite epistemológico. La filosofía subyacente de esa medicina hace que las condiciones idiopáticas no puedan ser abordadas. Por definición, lo idiopático queda fuera del dominio de la medicina. Si no hay causa definida, no hay enfermedad reconocida, y, por tanto, no hay tratamiento posible.

Cuando un médico dice “usted no tiene nada”, lo que está diciendo en realidad es “lo que a usted le ocurre no ha sido clasificado ni estandarizado como una enfermedad”. Pero no hay que molestarse con el médico. “Usted no tiene nada” no significa “a usted no le sucede nada”, y mucho menos “usted se lo está imaginando todo”. Solo quiere decir que la ciencia médica no ha identificado suficientes casos similares como para darles un nombre específico.

Significa “usted no tiene ninguna de las enfermedades clasificadas por la ciencia médica”.⁴⁶ El problema en ese caso es que, si no hay una enfermedad determinada, la medicina no tiene tratamiento.

Para el osteópata, en cambio, *todo* lo que sucede en el cuerpo tiene una lógica, incluso si no tiene nombre. No es necesario identificar una enfermedad para justificar una intervención. Basta con comprender qué ha dejado de funcionar como antes y por qué. Todas las condiciones son idiopáticas, en el sentido de que son personalizadas, pero aun así es posible investigar sus causas. Para el osteópata, todas las patologías son idiopáticas, pero sin ser criptogénicas.

Este principio también marca una diferencia con ciertas prácticas que, aunque se derivan de la osteopatía, han perdido su rigor clínico. Un ejemplo es la biodinámica craneosacral, donde a menudo se sustituye el pensamiento clínico por asociaciones intuitivas desligadas de la fisiología. A primera vista, la diferencia parecería estar en el tipo de técnicas empleadas —más “sutiles” o “energéticas”—, pero en realidad la diferencia crucial es que se ha prescindido del análisis mecánico y fisiológico, y eso tiene consecuencias.

Algo que me llama la atención de muchos terapeutas biodinámicos es que no logran desligarse del modelo biomédico, y en general no lo intentan. En varios grupos de biodinámica craneosacral que sigo en redes sociales, veo con frecuencia una pregunta muy típica: “¿Alguien tiene experiencia con la patología X? Tengo un paciente con X y no consigo resultados”. Y las respuestas suelen ser: “a mí me funcionó hacer tal o cual cosa”. Esa dinámica no es habitual entre osteópatas, justamente porque trabajamos desde principios clínicos. A todos nos pasó en los primeros años de la carrera o de la clínica preguntar a colegas o docentes: ¿qué le puedo hacer a un paciente con blefaroespasmos? Y la respuesta correcta, aunque antipática, es “osteopatía”.

Entonces, ¿qué hace un osteópata ante un paciente con X? Lo que hace es indagar por eventos de su vida que podrían tener relevancia clínica, sentir su cuerpo para detectar irregularidades, intentar relacionar esos eventos con el modelo sensorial que hacemos del funcionamiento del cuerpo del paciente y, a partir de todo eso, tratar de entender qué está ocurriendo en ese cuerpo y por qué no se cura.

Este principio también es criticado con ideas de este estilo: “Otro rasgo distintivo de la osteopatía es el tratamiento individualizado: no hay dos pacientes iguales, por lo que no puede haber dos tratamientos iguales. Este concepto central también implica la imposibilidad de ser estudiado”.

Pero esa aseveración confunde dos planos. Que el tratamiento sea singular no significa que no pueda ser estudiado; solo implica que no puede ser estandarizado sin perder su eficacia clínica. El conocimiento idiográfico no es inferior al nomotético: simplemente pertenece a otro dominio. La historia clínica no es una base de datos, sino una narrativa que requiere interpretación.

Adoptar el principio idiográfico no significa rechazar la ciencia, sino ampliar su alcance. Es entender que no hay enfermedades sueltas circulando y cazando víctimas. Hay personas que sufren, que se adaptan, que compensan. Y eso —más que la categoría diagnóstica— es lo que debe orientar la intervención.

⁴⁶ Por supuesto, el médico piensa que si no está entre los conocimientos médicos, no existe. Como un librero al que le pedimos un libro y no lo encuentra, y no nos dice que no lo tiene, sino que no existe.

Los principios como brújula clínica

Los principios osteopáticos no son fórmulas vacías ni consignas para decorar la consulta. Son la expresión condensada de una filosofía clínica que se construye sobre una idea tan simple como profunda: estamos trabajando sobre un cuerpo vivo y vivido.

En un cuerpo vivo, no se puede separar la mente del cuerpo, ni la anatomía de la historia personal, ni la función de la experiencia. Un cuerpo vivo no es un artefacto que pueda repararse por piezas; es un sistema autopoiético, que se organiza a sí mismo, tiende a conservar su identidad, responde al entorno, y, por tanto, tiene la capacidad de autorregularse y curarse. Un cuerpo vivo es un fenotipo y no un genotipo, y su ontogenia da lugar a desviaciones y variaciones individuales.

Por eso, los principios osteopáticos —la unidad del cuerpo, su capacidad de autocuración, tratar al paciente y no la enfermedad— no son afirmaciones aisladas: son corolarios inevitables de esta comprensión de lo vivo. Y, a la vez, son respuesta directa a cada una de las críticas formuladas contra la medicina convencional.

Cada vez que Engel reclama un modelo biopsicosocial, cada vez que Cassell exige atender el sufrimiento, cada vez que Svenaeus pide recuperar el encuentro, cada vez que Sterling señala los límites de la homeostasis, cada vez que Nesse invita a investigar las causas evolutivas, cada vez que Illich denuncia la medicalización de la vida... todos ellos están, de forma implícita o explícita, pidiendo principios como estos.

La osteopatía no se presenta como un rival de la medicina, sino como una forma de pensamiento clínico que responde, desde la práctica, a los límites del paradigma dominante. Su herramienta más poderosa no son las técnicas, ni los conocimientos anatómicos, ni siquiera la destreza diagnóstica, sino esta brújula filosófica: seis principios breves, pero ineludibles, que permiten repensar qué es un cuerpo, qué es la salud, y qué quiere decir verdaderamente “curar”.

Comprendidos en su dimensión filosófica, los principios osteopáticos no solo orientan una práctica clínica distinta, sino que también permiten imaginar una nueva cultura de la salud. En el capítulo final, exploraremos cómo podría ser ese renacimiento conceptual.

9 El renacimiento de la salud

*Creemos que el punto es pasar la prueba o superar el problema,
pero la verdad es que las cosas no se resuelven realmente. Se
juntan y se desmoronan. Luego se juntan de nuevo y se
vuelven a desmoronar. Es así. La curación proviene de dejar
espacio para que todo esto suceda: espacio para el dolor, para el
alivio, para la miseria, para la alegría.
Pema Chödrön*

Jorge versus la super empresa, una historia ilustrativa

A veces la gente me escribe o me llama para preguntarme si la osteopatía puede hacer algo para una patología que le diagnosticaron: “Tengo acúfenos. ¿Sirve la osteopatía para eso?”, “Tengo rectificación cervical. ¿La osteopatía lo puede arreglar?”. Y me encuentro a mí mismo respondiendo algo que suena brusco: “Lo podemos ver”. No porque no quiera responder, sino porque la pregunta está mal planteada. No se trata de encontrar un tratamiento para una etiqueta, sino de entender qué le sucede a esta persona, en este cuerpo, en este momento. No existe una osteopatía “para algo”. Existe una forma de leer, de escuchar, de intervenir con sentido.

Imaginemos dos mecánicos de coches. El primero es una empresa gigante que se jacta de implementar los últimos descubrimientos científicos. Es la solución por defecto, así que tiene millones de clientes. Te dan cita para dentro de dos meses, y así y todo, cuando vas hay una fila que da la vuelta a la manzana, y al entrar miran el coche cinco minutos y te despachan. ¿Cómo hacen para saber qué le sucede a tu coche? Tienen unas máquinas extraordinarias. Meten el coche, la máquina lo escanea todo (la carrocería, el motor, los líquidos internos, la parte electrónica, todo) e imprime un papel con un diagnóstico: "bujía H6 averiada". Luego de lo cual, vas a otra sala donde le cambian la bujía H6 a tu coche de acuerdo con lo que dice el papelito.

El papelito no explica por qué se averió la bujía H6. Si le preguntaras al operador de la máquina por qué te pasó eso, tiene tres respuestas posibles: 1) "ya está viejo tu coche, tiene diez años" (Sin embargo, un vecino tuyo tiene un Fiat 128 modelo 73 y está impecable). 2) "habrá salido mal de fábrica, a veces pasa". 3) "estrés" (en el fondo, eso quiere decir que estás usando mal tu coche, pero el tipo no se va a poner a investigar qué sería lo que estás haciendo mal, sino que se limita a decirte que lo cuides).

Esa es la super empresa. Otra opción es el mecánico tradicional, que en nuestro caso es Jorge. Tiene un taller en el que entran cinco o seis coches. No tiene máquinas de diagnóstico, sino que se basa en sus conocimientos de mecánica y en la experiencia de haber investigado en profundidad miles de coches. Jorge se pone a trabajar con tu coche, lo enciende, lo mira, lo maneja, prueba esto o aquello. Aprieta un tornillo aquí, agrega un poco de aceite por ahí, limpia este filtro. Te pregunta las situaciones habituales de uso, dónde lo anduviste, te pide que le muestres cómo

pondrías los cambios.

Jorge tiene un estilo que podríamos llamar holístico (incluye las partes pero también la historia, los modos de uso habituales y los extraordinarios), aunque la mecánica automotriz holística todavía no es una disciplina establecida. Faltan unos años todavía para que aparezca.

La super empresa, por su parte, sigue un modelo que ellos mismos promueven como “científico-mecánico”, y que, según aseguran, tiene la ventaja de ser eficaz, eficiente, preciso y objetivo.

Pero ese modelo tiene un par de trampas. En principio, la máquina diagnóstica nunca imprime un papelito que diga “no sé”. A veces dice “está todo bien” (en realidad es más formal, y el papelito impreso dice “no se detectan problemas estructurales”), con lo cual se asume que el problema sos vos, que estás viendo un problema donde no hay. Otras veces le pone un nombre de fantasía. Por ejemplo, si el problema es que se enciende la luz de emergencia, pero los tests no detectan nada incorrecto, imprime “lucificación idiopática”. En ese caso, te ofrecen diversos tratamientos, advirtiéndote que son tentativos. Alguno quizás funciona. Pero si ninguno de esos tratamientos da resultado, algunas personas intentan llamando a Jorge, le dicen que su coche tiene lucificación idiopática y le preguntan si lo puede arreglar, y Jorge responde “lo podemos ver”.

Otra trampa peligrosa: como tienen millones de clientes, hay empresas que fabrican insumos que hacen acuerdos con la super empresa para vender más. Y entonces, durante el diagnóstico de tu coche, tratan de venderte el aceite XR4, no porque tu coche tenga algún problema, sino para prevenir, porque el aceite XR4 se supone que es bueno para el catalizador.

Existe un fenómeno que a la gente la confunde. La super empresa se encarga de desvirtuar todo el tiempo a los mecánicos tradicionales (entre ellos, a Jorge), aduciendo que sus diagnósticos son subjetivos. Los mecánicos convencionales, por su parte, (entre ellos, Jorge) reciben coches a los que la super empresa no les resolvió nada, y ellos sí logran mejoras.

¿Acaso se nota que simpatizamos con Jorge, y no con la empresa? Bueno, sí, no podemos ocultarlo. ¿Pero podemos asegurar que la mecánica holística de Jorge es mejor que la científica-mecánica de la super empresa? Eso ya no es tan fácil.

En primer lugar, la empresa puede atender 600 coches por semana, y Jorge solo 6. En el barrio donde están Jorge y la super empresa hay otros nueve mecánicos tradicionales como Jorge. Si la super empresa quiebra y todos tienen que llevar el coche al mecánico tradicional, Jorge y los otros nueve podrán ver a 60 por semana. Es decir, el 90 % de la gente se queda sin atención.

Por otra parte, en problemas mecánicos comunes (lamparitas quemadas, líquido de frenos consumido, etc.), la super empresa resuelve en 10 minutos algo que a Jorge quizá le lleve dos semanas. En tercer lugar, por esa misma razón, llevarle el coche a Jorge sale más caro.

Entonces, no puedo asegurar que tal modelo de atención es mejor que el otro. Si el gobierno encargara a una comisión promover uno u otro, lo ideal sería hacer un análisis macroeconómico exhaustivo de los costos y beneficios de ambos modelos, y la factibilidad de mantener solo uno de los modelos o la proporción ideal entre ejecutantes de cada uno.

Pero de lo que sí estoy seguro es que cuando se trata de *mi* coche, *mi* actitud debe ser similar a la de Jorge. No

buscar el diagnóstico rápido y la solución inmediata, sino entender, saber si puedo prevenir, si debo cambiar algo en mi modo de conducir, si debo prestar atención a algo en particular.

Y estoy hablando de mi coche. Si hablo de mi cuerpo, me lo tomo mucho más en serio.

Deconstruir

Volver a pensar la salud

Quizás no haya palabra más repetida —y menos pensada— que “salud”. En su nombre se prescriben dietas, se lanzan campañas, se recetan medicamentos, se crean ministerios. Pero ¿qué quiere decir, en realidad, estar sano?

Durante siglos, la salud fue definida por negación: como ausencia de enfermedad. Más tarde, la Organización Mundial de la Salud intentó ofrecer una alternativa más ambiciosa: definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”. La frase suena bien, pero no resiste el análisis. Nadie vive en un estado “completo” de bienestar. Convertir ese ideal en definición lo vuelve inalcanzable. Y lo inalcanzable, por definición, no sirve para guiar decisiones reales.

En vez de ampliar el concepto, la OMS lo volvió abstracto. Lo que se presentó como una visión progresista terminó favoreciendo el discurso publicitario y las promesas vacías, sin tocar las condiciones concretas en que vive la mayoría. Entre una versión empobrecida y otra irreal, lo que perdimos fue la posibilidad de pensar la salud como un equilibrio dinámico, sensible e histórico.

Hoy estamos atrapados entre dos formas de vaciamiento. Por un lado, la medicina institucionalizada, que reduce la salud a una serie de valores de laboratorio y pretende resolver el malestar suprimiendo sus signos. Por otro, una corriente creciente de espiritualismos posmodernos, cuya epistemología sincrética reemplaza el análisis fisiológico por apelaciones difusas a la energía, el alma o el inconsciente colectivo.

Ambas posiciones, con sus diferencias, convergen en una operación común: la disolución del sujeto como agente reflexivo de su propia experiencia corporal. Una lo convierte en un objeto técnico que debe ser corregido desde fuera; la otra lo disuelve en una retórica vaga donde no hay responsabilidad ni criterio. Entre la técnica sin sujeto y el romanticismo sin objeto, lo que se pierde es la agencia: la capacidad de cada persona de pensar, sentir y decidir sobre su proceso vital.

En los capítulos anteriores examinamos los errores de esta doble trampa: los automatismos del paradigma biomédico, su tecnificación acrítica, su fetichismo farmacológico, su tendencia a la protocolización ritualista del cuidado; pero también los espejismos de un holismo despolitizado que repite, bajo el ropaje de lo alternativo, las mismas operaciones de desubjetivación.

Ahora bien, si llegaste hasta aquí, ya te habrás dado cuenta de que esto no es solo una crítica. Es, o quiere ser, un llamado de atención de que nos encontramos en una encrucijada: entre la tecnociencia sin alma y la espiritualidad

sin cuerpo. Lo que propongo es un tercer camino, el camino del osteópata. Uno que no se limite a denunciar lo que no funciona, sino que se anime a esbozar lo que podría empezar a funcionar. Una forma de pensar la salud no como un ideal estático ni como un parámetro de laboratorio, sino como un equilibrio inestable, encarnado, histórico. Algo que no se posee, sino que se practica.

Lo que queda ahora es trazar las coordenadas de una reconstrucción teórica: una concepción de la salud que recupere su dimensión histórica, relacional y funcional, sin caer ni en la mistificación ni en el mecanicismo.

Volver a pensar la salud no consiste en inventar una medicina nueva, sino en proponer una nueva gramática. No otra tecnología, sino otro lenguaje para escuchar al cuerpo, interpretar los síntomas, y habitar el malestar sin reducirlo ni idealizarlo, porque la salud no es un estado, ni una etiqueta, ni un dato. Es una forma de relación. Una manera de estar con uno mismo en el tiempo, de reorganizarse frente a lo que cambia, de adaptarse sin desorganizarse.

Para eso no alcanza con cambiar los tratamientos: hay que cambiar el punto de partida. Hay que dejar de asumir que toda dolencia debe corregirse, que toda desviación debe enderezarse, que toda experiencia corporal puede encerrarse en una categoría.

Por eso hablamos de renacimiento. Renacer no es lo mismo que nacer una segunda vez. Renacer implica empezar a ser otro. El renacimiento del concepto de salud requiere una forma más lúcida, más sensible y más autónoma de pensarla.

Desaprender el modelo arcaico

El primer paso para recuperar la salud es dejar de pensarla como un producto y empezar a entenderla como un proceso.

No se trata de sumar herramientas nuevas, ni de cambiar una pastilla por una planta. Se trata, ante todo, de desaprender. De revisar, una por una, las ideas heredadas que deforman nuestra forma de habitar el cuerpo, porque si pensamos mal la salud, decidimos mal en su nombre. Y cada decisión —cada “¿qué puedo tomarme?” automático, cada supresión innecesaria, cada intervención apresurada— no solo posterga el malestar: lo cristaliza.

La primera idea a abandonar es la más dañina: que el síntoma es el enemigo. Que toda señal de dolor, fiebre, tos o cansancio debe ser combatida como si fuera un error. El síntoma no es un fallo: es una función. No es un obstáculo: es una pista. El cuerpo no se equivoca cuando duele; está tratando de decir algo. El cuerpo no tiene errores: tiene estrategias. Taparlo es como apagar la luz del tablero del coche sin mirar qué indica.

Así como hoy nos reímos de prácticas médicas de hace unos siglos, como la sangría, que nos parecen no solo equivocadas sino brutales, dentro de unos siglos probablemente la gente se burle de nuestras prácticas médicas actuales, diciendo cosas como "en el siglo XX y XXI a la gente le subía el valor de alguna variable orgánica y se lo bajaban a lo bruto en vez de buscar por qué. A uno le subía el valor de glucosa en sangre y le daban una pastilla que

se la bajaba. Le subía la histamina, se tomaba un antihistamínico. Cuando alguien tenía dolor, directamente lo anulaban."

La segunda es que la enfermedad es algo que "se tiene". Una sustancia, una etiqueta, una entidad con nombre propio que habita en nosotros como un huésped no deseado. Esta lógica sustancialista transforma procesos dinámicos en esencias fijas, y convierte al paciente en portador pasivo de un mal. Pero nadie "es hipertenso" o "tiene" ansiedad del mismo modo en que se tiene un objeto. No somos portadores de esencias patológicas, sino nudos temporales en trayectorias complejas de adaptación. No hay un demonio llamado "enfermedad" que nos posee. La enfermedad es un modo de funcionamiento no ordinario instaurado como consecuencia de un conjunto de eventos históricos.

La tercera idea a abandonar es que existen sustancias "beneficiosas" para el cuerpo. El calcio "para los huesos", el magnesio "para los nervios", el ibuprofeno "para el dolor". Como si ciertos compuestos tuvieran una propiedad universal que se activa automáticamente al ser ingeridos. Pero ninguna sustancia es buena o mala en sí misma: todo depende del contexto, del proceso, del momento. Lo que en una situación ayuda, en otra puede estorbar. Creer que hay pociones que "hacen bien" es repetir, sin saberlo, una idea alquímica.

La cuarta idea es la verticalidad del saber. La idea de que el médico sabe, y el paciente debe acatar. De que hay una verdad clínica que desciende desde el saber experto hacia el cuerpo ignorante. Esta asimetría no solo es epistemológica: es política. Impide que el paciente participe de su proceso. Pero nadie puede sanar en un sistema que no lo reconoce como interlocutor. La sanación es un proceso interno. Sin la intervención del paciente, no hay sanación. El paciente, por tanto, no debería ser paciente sino actuante.

La quinta idea a desaprender, sutil pero extendida, es que todo lo no cuantificable es irrelevante. Si no se mide, no existe. Si no sale en el análisis, no importa. Así, las dimensiones más vivas de la salud —la sensación, la historia, el entorno, la experiencia del síntoma— quedan fuera del campo clínico. El modelo se vuelve ciego a lo complejo.

Estas premisas no son exclusivas del discurso médico hegemónico, sino también en quienes se dicen críticos de ella.

Muchos discursos "alternativos" repiten el modelo alopático con otras palabras. Cambian el ibuprofeno por lavanda, el ansiolítico por respiraciones, la receta por el mantra, pero no modifican el gesto fundamental: suprimir sin preguntar. Siguen buscando un alivio inmediato, sin descifrar el sentido. Estimular el nervio vago, gestionar las emociones, remedios naturales para la depresión, soluciones caseras para la acidez estomacal, todos siguen la misma trayectoria: uno cree que escapa a los embates de la industria y la medicalización de la vida gracias al remedio "natural", pero no es así. Lo natural es buscar entender el mensaje; lo artificial es intervenir contra el síntoma.

Desaprender, entonces, es detenerse ante el síntoma y, en lugar de buscar cómo borrarlo, preguntarse qué lo sostiene. Es no intervenir por reflejo, sino por comprensión. Es salir del modo reparación y entrar en modo escucha.

Solo así podremos empezar a pensar la salud desde otro lugar.

Recuperar la fisiología como teleología

* * *

Pensar la salud no es pensar en términos ideales, ni en valores normales, ni en gráficos comparativos. Es pensar en función. No función como etiqueta diagnóstica, sino como teleología: ¿qué procura hacer el cuerpo? ¿Cómo se organiza, cómo compensa, cómo responde?

Durante años, nos enseñaron que la fisiología es un catálogo de procesos bioquímicos, un inventario de rutas metabólicas que suceden en silencio mientras nosotros vivimos, pero esa forma de estudiarla la despoja de su verdadera potencia: la de ser un dispositivo de adaptabilidad y supervivencia. La fisiología no es una suma de datos, sino una política somatopsíquica. Una suma de estrategias internas que gestiona cómo nos defendemos, cómo nos regulamos, cómo nos adaptamos a lo que cambia.

Y sin embargo, seguimos hablando de salud como si fuera solo la ausencia de síntomas. Ese modelo negativo de la salud, que opone “sentirse bien” a “padecer algo”, que prefiere cuerpos callados y metabolismos invisibles, impide una comprensión más compleja del organismo.

Un cuerpo sano no es un cuerpo que no siente nada. Es un cuerpo que responde con coherencia, con recursos propios, con el tiempo que necesita, que eleva una fiebre cuando algo lo invade o que se retrae temporalmente ante el exceso, que no necesita dirección externa porque se organiza desde dentro. La salud no es un estado, sino una danza de ajustes finos.

El problema es que perdimos esa perspectiva. Dejamos de ver al cuerpo como un sistema inteligente, y empezamos a tratarlo como a un electrodoméstico: algo que, si falla, se lleva al servicio técnico. Y aquí aparece la paradoja: cuanto más lo intervenimos, más lo desregulamos. Cuanto más lo corregimos, menos se puede corregir solo. Un cuerpo no necesita que lo reparen, sino que necesita que lo acompañen, porque el cuerpo no es un autómatas, sino un sistema sensible de anticipación. Su tarea no es sostener un equilibrio ideal, sino predecir qué va a pasar y prepararse para eso.

La fisiología contemporánea está empezando a recuperar esta noción a través del concepto de alostasis, que comienza a despertarla de su siesta mecanicista. Frente al modelo homeostático tradicional —centrado en la preservación de un punto de equilibrio—, la alostasis introduce una concepción dinámica, orientada a la anticipación y la preparación. No se trata ya de mantener un valor medio fijo, sino de reorganizar el sistema en función de las demandas previstas.

La salud, en este marco, no es estabilidad sino plasticidad proyectiva: no el retorno al mismo estado, sino la capacidad de prefigurar y redibujar su rango funcional en cada circunstancia. Un cuerpo sano no es el que resiste el cambio, sino el que cambia sin dejar de ser él mismo, el que modifica sus estructuras y sus *modus operandi* para conservar su unidad y su identidad.

La medicina moderna cree que sabe más que el cuerpo porque puede medirlo, pero medir no es comprender. Puede calcular niveles de glucemia, de cortisol, de serotonina, pero no puede explicar por qué el cuerpo los eligió así en ese momento. Lo que importa no es el nivel, sino el motivo. La fisiología no se entiende con cifras, sino con sentido. La fisiología no es homeostática, sino alostática; no es conservadora, sino revolucionaria; no es entrópica, sino creativa.

Ningún fármaco puede ser más eficaz que la capacidad adaptativa del cuerpo. Ningún protocolo puede igualar su precisión anticipatoria. La ciencia puede copiar procesos, puede intentar intervenirlos, pero no puede reemplazarlos sin costo. Y muchas veces, el costo es alto: el cuerpo deja de hacer lo que sabía, porque una intervención externa asumió el control.

Recuperar la fisiología como teleología es recuperar una forma de pensar más profunda. Significa dejar de ver al cuerpo como un conjunto de piezas que hay que alinear, y empezar a verlo como una historia que se escribe en tiempo real, con sus desvíos, sus ajustes y sus formas de avisar que algo no le está haciendo bien.

Un ser vivo no es solo una máquina gobernada por algoritmos lineales, sino un sistema disipativo que se mantiene lejos del equilibrio gracias a que está continuamente creándose a sí mismo, modificando su estructura y sus componentes para preservar su unidad y su identidad.

Reconstruir

La salud como proceso, no como estado

La salud no es un lugar al que se llega. No es una meta, ni un umbral que se cruza para estar “del otro lado”. La salud es una forma de andar. Un modo de circular por la vida con el cuerpo como guía, como interlocutor, como mapa vivo de nuestras decisiones y adaptaciones.

Pensarla como un estado —como algo que se tiene o se pierde— ha sido uno de los mayores errores del paradigma biomédico, porque esa idea supone que existe una condición ideal, estable, homogénea, que debería mantenerse a toda costa, y cuando algo se desvía de ese ideal, se lo interpreta como una falla. De allí la urgencia por corregir, por suprimir, por restaurar una supuesta normalidad. Pero la fisiología no busca volver a un punto fijo. No es restaurativa: es adaptativa.

El modelo alostático nos ofrece una clave más precisa. No se trata de conservar un equilibrio perfecto, sino de construir uno nuevo cada vez, con lo que haya, con lo que se pueda, con lo que se necesite en ese momento. La salud, desde esta perspectiva, es la capacidad de reorganización continua. De crear orden en la inestabilidad. De mantener el equilibrio incluso en medio del cambio.

Por eso, toda curación verdadera es un proceso. No se configura como una ruptura repentina entre un estado patológico y uno saludable, sino como una transición sostenida, marcada por etapas, oscilaciones, regresiones parciales y reorganizaciones adaptativas. Curarse no es presionar un botón (o tomar una pastilla), sino atravesar un trayecto sinuoso, marcado por avances y retrocesos, por momentos de claridad y por tramos de sombra.

Cuando se interrumpe ese proceso —por miedo, por impaciencia, por desconocimiento— se posterga el conflicto. Se lo silencia sin resolverlo.

Una de las características que diferencian un modelo homeostático de uno alostático es que la homeostasis es reactiva y la alostasis es proactiva. La homeostasis apaga incendios; la alostasis mantiene los extintores cargados, diseña salidas de emergencia y también empieza a gritar si jugamos con fuego cerca del sofá.

Esto se refleja en la práctica de la medicina convencional. Un modelo reactivo se ocupa de curar enfermedades una vez que están establecidas. Un modelo proactivo se ocupa de que las enfermedades no se produzcan, es decir, pondría mayor énfasis en la prevención.

Es claro que planificar la salud es más efectivo que corregir la enfermedad. Cuidarse no es responder al daño, sino prevenirlo con hábitos, contextos y decisiones que le den al cuerpo lo que necesita para autorregularse. Cuidarse es también una decisión política: implica priorizar el descanso por encima del rendimiento, la escucha por encima de la productividad, la conciencia por encima del automatismo.

La salud no es la eliminación de síntomas, sino la historia completa de cómo esos síntomas aparecen, se negocian, se organizan y, cuando el cuerpo puede, se disuelven. La salud, entonces, no es la restitución de un estado anterior, sino el uso que el cuerpo hace de sus propios desajustes.

Los principios de una salud razonada

Pensar racionalmente la salud no consiste en aplicar fórmulas, ni en medir valores, ni en cumplir protocolos. Es seguir la lógica del cuerpo. Una lógica que no es mecánica, sino sensible; que no repite, sino que se adapta; que no obedece, sino que anticipa. Después de todo, el cuerpo es un sistema autorreferente cuya normatividad funcional se reconfigura en virtud de los desafíos del contexto.

Durante décadas, se describió al cuerpo como una máquina: con partes, con fallas, con desgaste, con repuestos. Esa metáfora permitió intervenir con eficacia en ciertos casos, pero también nos hizo olvidar algo fundamental: que el cuerpo no espera pasivamente el daño para actuar, sino que regula, prevé, compensa, reorganiza. Como decía Hulett: el cuerpo es una máquina autosuficiente. Y esta autosuficiencia lo hace distinto a cualquier otra máquina conocida, porque es una máquina que se autorregula, se autorrepara, se autoalimenta, se autoprotege, se autooptimiza, se autocrea. Es una máquina, sí, pero una máquina sin planos, una máquina que se autoproduce.

En este contexto, la fisiología contemporánea introduce el concepto de alostasis, no como una simple mejora del antiguo modelo homeostático, sino como un auténtico cambio de paradigma en la forma de entender lo que significa estar vivo. No se trata ya de preservar una invariancia, un punto de equilibrio, sino de anticipar lo que aún no ha ocurrido y reorganizarse en función de ello. El cuerpo no busca mantener un equilibrio fijo, sino generar equilibrios nuevos, adecuados a las demandas previstas. La alostasis no es un modelo más preciso de regulación: es una ruptura epistemológica con la forma histórica en que hemos definido lo que significa estar vivo.

Desde esta perspectiva, el síntoma no es un error, sino una función. Es una manifestación funcional de una estrategia corporal frente a una perturbación. La fiebre no es el problema, sino la respuesta. El dolor no es una falla, sino una advertencia. La fatiga no es debilidad, sino una estrategia de protección ante la sobrecarga. Cada síntoma es

la expresión de una inteligencia somática que intenta resolver algo antes de que se agrave.

Suprimir un síntoma sin comprenderlo es como silenciar una alarma sin apagar el incendio. Actuar racionalmente no consiste en eliminar la señal, sino en decodificar su función dentro del sistema autorregulador. Implica, por tanto, no intervenir de forma correctiva, sino acompañar el despliegue del cuerpo en su esfuerzo por reconfigurar su equilibrio. No se trata de extinguir el síntoma, sino de liberar la potencia de acción que ese síntoma señala como interrumpida.

El tratamiento, entonces, no debe partir del nombre de la patología, ni del protocolo estándar, ni del remedio habitual. Su punto de partida debe ser más interrogativo que normativo: ¿qué está intentando hacer este cuerpo? Y una decisión que no es solo técnica, sino también ética: ¿cómo puedo ayudar a que lo haga mejor, sin sustituirlo ni silenciarlo?

El cuerpo no necesita ser corregido: necesita ser comprendido. Tiene una capacidad de autorregulación que, cuando no está colonizado por la compulsión farmacológica, puede conducir el proceso de curación con una precisión que excede la eficacia de cualquier intervención externa. Una misma sustancia puede ser salvadora o desastrosa dependiendo del cuándo, del cómo, del cuánto, del por qué y, sobre todo, del quién. No existen compuestos buenos en sí mismos. Existen decisiones más o menos sintonizadas con lo que ese cuerpo —ese cuerpo, en ese momento— intenta hacer.

Por eso proponemos una salud razonada: no porque haya que imponer una lógica externa al cuerpo, sino porque hay que razonar desde él. Pensar con él. Escucharlo.

La salud como decisión situada

Pensar la salud como un proceso implica, inevitablemente, pensarla también como una serie de decisiones. Decisiones que no se toman en abstracto, sino en contextos concretos, con cuerpos reales, en momentos singulares.

La medicina convencional propone respuestas automáticas. Si hay fiebre, bajar la fiebre. Si hay dolor, silenciarlo. Si hay insomnio, pastillas para forzar el sueño. No se pregunta por el origen, ni por el momento, ni por la persona. Se responde a un patrón.

Pero no existe un “qué tomar” para cada malestar. A veces, lo más sensato no es hacer, sino dejar de hacer. El reposo, el ayuno, la quietud, el calor, la paciencia: son tratamientos subestimados, quizás porque no se venden en farmacias, pero el cuerpo los conoce desde siempre.

Pensar la salud como decisión situada también implica dejar de delegar automáticamente. No se trata de rechazar al profesional de la salud, sino de cambiar su papel en la escena: ya no como oráculo, sino como interlocutor. Ya no como fuente de verdades, sino como herramienta de interpretación. El conocimiento médico no es un código cerrado que hay que obedecer, sino un lenguaje que podemos aprender a hablar, poco a poco, a partir de nuestra propia experiencia.

En este sentido, vale la pena recordar la historia de Jorge, ese mecánico al que la gente acude cuando la

empresa gigante no puede resolver lo que le ocurre al coche. Jorge no se basa en protocolos universales ni en diagnósticos impresos por una máquina. Jorge escucha, pregunta, prueba, acompaña. Trabaja con cada vehículo como si fuera único.

La salud, como el coche de Jorge, no se arregla con repuestos genéricos. Se restablece con tiempo, con atención, con comprensión. Y con decisiones que, más que correctas, sean coherentes con la historia del cuerpo que las toma.

El papel del terapeuta: de técnico a acompañante

Durante décadas, al terapeuta se le pidió saber. Diagnosticar, clasificar, prescribir. Ser preciso, eficiente, técnico. Se le entrenaba para encontrar el error y corregirlo. Como si el cuerpo fuera una máquina y él, un mecánico autorizado.

Pero un cuerpo no es un motor. Y un síntoma no es una falla. El modelo técnico, centrado en la intervención, se vuelve torpe cuando se enfrenta a lo que no puede medir. Por eso, el terapeuta no debería ser un operador de herramientas, sino un auditor de procesos. No debería imponer un camino, sino acompañar una búsqueda, porque ningún síntoma revela su sentido sin contexto, porque ningún tratamiento puede ser eficaz si se aplica desde la distancia, sin presencia, sin atención.

El acto clínico no debería ser vertical. No debería ser un veredicto, sino una lectura compartida. Un diálogo entre saberes: el saber del cuerpo que vive lo que siente, y el saber del terapeuta que ofrece una mirada externa para traducir, amplificar, organizar. No se trata de tener razón, sino de comprender juntos.

En este sentido, el gesto osteopático es un símbolo. Tocar no es intervenir, sino estar. Escuchar no es un protocolo, sino una forma de atención. El terapeuta osteópata no se sitúa por encima, ni detrás, ni delante del paciente. Se sitúa a su lado. Y desde ahí —con el cuerpo, con el silencio, con la mirada— propone otra manera de pensar lo que ocurre.

Por eso, cuando alguien me pregunta si la osteopatía “sirve para tal o cual problema”, a veces respondo con esa frase que suena ambigua, incluso incómoda: “Lo podemos ver”. No es una evasiva. Es, en realidad, una ética. No prometo resultados, porque no trabajo con fórmulas. No repito tratamientos, porque no creo en enfermedades genéricas. Lo que propongo es otra cosa: investigar qué le sucede a ese cuerpo, en ese momento, con esa historia. Y hacerlo juntos.

Escuchar no es un gesto decorativo. Es la única forma de acceder al problema real. De atravesar el síntoma hasta su lógica. De distinguir entre lo que duele y lo que causa el dolor. Y para eso, el terapeuta debe estar dispuesto a no saber de antemano. A no diagnosticar por reflejo, ni intervenir por prisa. A sentarse en la incertidumbre, y desde ahí, acompañar.

Volvamos al ejemplo del mecánico Jorge. Lo que lo diferencia de la super empresa no son solo sus herramientas, ni su tiempo, ni su calidez. Lo que lo diferencia, de fondo, es que no diagnostica sin mirar, no prescribe

sin preguntar, no corrige sin comprender. Jorge escucha. Y en esa escucha aparece la posibilidad de otra medicina: más lenta, más presente, más humana.

Eso es lo que el terapeuta puede ofrecer. No una verdad, no una cura, no una solución universal, sino un espacio de interpretación, una forma de acompañar, y una ética de estar.

Principios para una salud consciente

No se trata de inventar un nuevo modelo, sino de recordar lo que el cuerpo ya sabe, de recuperar una lógica que no parte de algoritmos, sino de atención. Una medicina que no se construya sobre la negación del síntoma, sino sobre su escucha. Que no se apresure a intervenir, sino que aprenda a esperar.

Una salud consciente no exige nuevas tecnologías, sino nuevas preguntas. Y algunas convicciones simples, pero transformadoras. No como dogmas, sino como brújula. No como respuestas universales, sino como marco de orientación clínica, ética y perceptiva.

Antes presenté los principios de la osteopatía, que son una serie de consideraciones que guían la forma de pensar y de decidir del osteópata en su práctica clínica. Con el mismo propósito, quiero proponer algunos “principios para pensar la salud”, que orienten la forma de pensar y las decisiones de cualquier persona respecto de su propio cuidado.

1. El cuerpo es una unidad funcional, no una suma de partes.

No hay “el hígado”, “la espalda”, “el sistema nervioso”. Hay una totalidad que se expresa, se adapta y se organiza. Cada síntoma afecta al conjunto. Cada gesto terapéutico debe considerar el todo.

2. La salud no es ausencia de síntomas, sino presencia de sentido.

Lo que sana no es el silencio del cuerpo, sino su coherencia. Un cuerpo que duele pero se explica está en camino. Un cuerpo que calla pero no se entiende está en riesgo.

3. La enfermedad no es una cosa que se tiene, sino un modo de funcionamiento

No se “tiene” una gripe como se tiene una cartera. Se expresa un modo del cuerpo, no una entidad que lo invade. Ese modo es una respuesta compleja, no un error. Esa respuesta nace de una decisión escrupulosa. Esa decisión tiene raíces profundas en la historia del cuerpo.

4. El cuerpo sabe antes que nosotros.

El cuerpo avisa antes de que podamos entender. Lo que llamamos síntoma ya venía gestándose. La biología percibe lo que la conciencia aún niega. Escuchar al cuerpo es también prever el futuro.

* * *

5. No todo lo que duele está dañado.

Dolor no es lesión. El dolor es una señal de peligro. No se cura lo que duele atacando el dolor. Se cura comprendiendo por qué duele.

6. El síntoma no es el problema: es defensa, reparación o alarma.

No hay que combatirlo, sino decodificarlo. No es el enemigo, sino un aliado. No hay que acallarlo sin antes escucharlo.

7. Aplacar el síntoma sin entenderlo es posponer el problema.

Claro que se puede calmar el síntoma, pero eso no es resolverlo. El síntoma no es el problema principal. Existe otro problema que hay que resolver. El síntoma es una pista para encontrar el problema principal.

8. Toda dolencia tiene un disparador

Conviene buscar qué cambió poco antes de su aparición. Un cambio de colchón o de trabajo, una muerte o una mudanza, una cirugía o un desencuentro. El tipo de evento disparador es una pista para la búsqueda de solución.

9. Lo que se suprime regresa.

Lo que no se comprende, se repite. El cuerpo insiste hasta que logra ser escuchado. A veces, la repetición puede expresarse como un síntoma nuevo.

10. Todo conocimiento técnico debe filtrarse a través del cuerpo del paciente, su historia y su percepción.

Un dato de laboratorio no puede reemplazar un relato. Un protocolo no puede ignorar la biografía. La ciencia sin cuerpo es ciega. El saber técnico sin escucha es torpe.

11. Lo urgente es enemigo de lo importante.

Tendemos a confundir lo urgente con lo importante, pero hay que decidir cuáles acciones son urgentes y cuáles importantes, porque esa decisión cambia la acción misma. Decidir qué es urgente es importante. Decidir qué es importante es urgente.

12. El tratamiento debería ser una respuesta singular, no una receta genérica.

No se trata de saber qué pastilla, planta o ejercicio sirven para el insomnio o la acidez. Se trata de entender por qué, en este cuerpo, en esta historia, hoy, eso sucede. Y qué necesita este cuerpo, aquí y ahora, para cambiar.

13. Toda intervención debería respetar los procesos adaptativos en curso.

Si algo duele, late o arde, es porque algo intenta resolverse. No hay urgencia que justifique ignorar esa inteligencia. La intervención no debe interrumpir, sino acompañar.

* * *

14. La intervención debe ser la mínima necesaria para no interrumpir el proceso.

Menos es más, si se hace con precisión. La acción terapéutica no se mide por intensidad, sino por adecuación. No se trata de hacer mucho, sino de hacer justo lo que permite al cuerpo continuar su camino.

15. No todo se resuelve haciendo.

A veces lo más sabio no es tomar, hacer o cambiar, sino esperar. El cuerpo tiene tiempos propios. Intervenir de más puede entorpecer. No hacer también puede ser una forma de cuidar.

El renacimiento de la salud

La salud renace cuando deja de ser un objetivo externo, una corrección esperada, una meta cuantificable. Renace cuando se transforma en relación: con el cuerpo, con sus signos, con su historia. No como algo que se alcanza, sino como algo que se construye, se escucha, se habita.

Durante siglos, nos enseñaron que la salud era lo que ocurre cuando nada duele, cuando todo funciona, cuando los valores resultan normales.

Una ausencia.

Una neutralidad.

Un silencio.

Pero eso no basta. No es mentira, pero tampoco es verdad completa. No ofrece recursos, ni consuelo, ni comprensión. Reduce la vida a un protocolo sin cuerpo.

El renacimiento de la salud no es un regreso al pasado. No propone volver a la naturaleza, ni rechazar los avances, ni romantizar el sufrimiento. Propone otra cosa: recordar lo olvidado. Que el cuerpo no es un sistema a reparar, sino una biografía a descifrar. Que la enfermedad no es un error, sino una contingencia de protección.

En este renacimiento, las evidencias no son números, sino coherencias. No están en los artículos científicos, sino en la percepción. En el modo en que alguien duerme, respira, come, trabaja, se enoja, se recupera. En la forma en que un síntoma deja de perseguirnos porque, finalmente, fue escuchado.

El renacimiento de la salud no ocurre en los laboratorios. Ocurre en la conciencia. En ese momento en que una persona deja de pelear contra sí mismo y empieza a cuidarse. En esa decisión íntima, difícil y poderosa de habitar el cuerpo con dignidad, con respeto, con atención.

La salud, al final, no se mide.

Se vive.

Se comprende.

Se cultiva.

Y si este libro ha servido para cambiar una pregunta, para volver a confiar en un síntoma, para volver al cuerpo

como se vuelve a casa, entonces ha cumplido su propósito.

El camino del osteópata atraviesa la escucha del cuerpo, y la escucha del cuerpo es ya un primer paso hacia la sanación.

* * *

Conclusión

Llegar al final de un libro no es muy distinto de salir de una conversación larga, donde uno ha escuchado historias, murmullos y alguna que otra verdad entre líneas. Uno sale distinto, aunque no sepa muy bien por qué.

Si hicimos las cosas más o menos bien, lo que queda no es una lista de certezas, ni un dogma a profesar, sino una manera distinta de habitar el cuerpo. El propio y el del otro. Una manera más quieta, más dispuesta, más atenta. Una forma de presencia que ya no se apura a corregir, sino que se permite comprender.

Lo que se propone no es una teoría más, ni un paradigma que reemplace a todos los demás, sino un modo de volver a mirar lo que creíamos conocido: el acto clínico como gesto interpretativo, no como operación técnica. Una forma de escuchar que no quiere domesticar al síntoma, sino acompañarlo.

Durante estas páginas hablamos de síntomas que no son meros desajustes de una maquinaria fisiológica, sino estrategias. De medicamentos que, sin una lectura del contexto, pueden —como los magos de comedia— hacer desaparecer lo que no debían. De la enfermedad como un acto de habla o de defensa o de adaptación, no como una falla mecánica. Y dijimos que la salud, lejos de ser una línea trazada en una curva estadística, tal vez se parezca más a una coherencia frágil y cambiante entre lo que uno es, lo que uno hace y lo que uno siente.

Esto no pretende ser una apología de la osteopatía como respuesta definitiva, ni una denuncia airada contra la medicina convencional. Lo que aquí buscamos es, más bien, eludir la comodidad de los binarismos, esas estructuras confortables que nos ofrecen bandos pero nos quitan matices. Más bien, se trata de una tercera posición, si se me permite el término sin resonancias políticas: la osteopatía pensada no como sustitución, sino como interrupción crítica. Pensar la osteopatía no como una doctrina que clausura, sino como una sensibilidad que plantea preguntas. No como una certeza alternativa, sino como una forma de estar que se permite la duda, la escucha, la fisura.

Esta forma de volver a mirar el cuerpo no nace de un rechazo a la ciencia, ni de una idealización ingenua. Nace de la voluntad de ampliar nuestra comprensión, de abrir espacio a todo lo que aún no hemos sabido incluir. Se trata de un rigor distinto: uno que no se define por el control, sino por la presencia. Un rigor que reconoce el valor de la ambigüedad, que sabe que en la historia de cada persona, en sus gestos y en sus silencios, hay verdades que no pueden medirse, pero que sí pueden sentirse. Y que confía, también, en que el cuerpo es sabio.

Pensar la salud como osteópatas no es simplemente aplicar principios, sino sostener una postura ética: la de no dar por supuesto lo evidente, la de no suponer que un dato puede sustituir a lo vivido, la de recordar que el cuerpo no es solo algo que observamos desde fuera, sino también una voz que busca ser escuchada desde dentro. Es un llamado a soltar los automatismos del juicio clínico y a mirar con ojos frescos, con una mente abierta y con el corazón dispuesto.

Volver a pensar la salud no es un acto de nostalgia ni un lujo reservado a quienes filosofan desde la distancia. Es, más bien, una necesidad profundamente práctica: una manera de resistir al cinismo que reduce cuerpos a cifras, al apuro del diagnóstico rápido, y a esa necesidad imperiosa de corregir en vez de comprender. Es, si se quiere, una

forma de cortesía epistémica: escuchar antes de responder.

Hay otra forma de acercarse a la salud. Más consciente, más gentil, más poderosa. Y esa forma empieza — como tantas cosas importantes— por escuchar.

* * *

Fe de erratas

Sería una descortesía, en un texto que pretende estar a la altura de la inteligencia del lector, no reconocer lo evidente: este libro contiene errores. Muchos. Y no solo tipográficos y sintácticos, sino también otros más sutiles, más difíciles de detectar y muchísimo más interesantes: errores conceptuales, errores de lectura del mundo, errores de enfoque.

La página 98, por mencionar una entre tantas, ofrece un catálogo completo de las múltiples formas en que un autor puede equivocarse. Allí conviven, en alegre promiscuidad, ideas mal formuladas, premisas que no encajan por completo, e incluso afirmaciones espurias.

Y sin embargo, querido lector, lo invito no solo a detectar esos errores, sino a intervenir. Lea con espíritu dialéctico. Haga su propia lectura. Disienta y mejore lo que yo digo, que para eso lo digo, no para que quede, sino para que resuene.

Sepa que la lectura debe prevalecer sobre la escritura, y que su interpretación pesa más que mi intención.

* * *

Bibliografía

- Abramson, John** (2005). *Overdosed America: The Broken Promise of American Medicine*. HarperCollins.
- Ader, Robert** (1995). Psychoneuroimmunology. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 49(10), 473.
- Adorno, T. W., & Horkheimer, M.** (1944). *Dialectic of Enlightenment*. New York: Social Studies Association, Inc.
- Angell, M.** (2004). *The truth about the drug companies: How they deceive us and what to do about it*. Crown Publishing Group/Random House.
- Attkisson, S.** (2024). *Follow the science: how big pharma misleads, obscures, and prevails*. Harper.
- Bowden, J., & Sinatra, S. T.** (2012). *The great cholesterol myth: why lowering your cholesterol won't prevent heart disease--and the statin-free plan that will*. Fair Winds Press.
- Capra, F., & Luisi, P. L.** (2014). *The systems view of life: A unifying vision*. Cambridge University Press.
- Cassell, Eric** (1986). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. New York: Oxford University Press.
- Cummins, I., & Gerber, J.** (2018). *Eat Rich, Live Long: Use the Power of Low-Carb and Keto for Weight Loss and Great Health*. Victory Belt Publishing.
- Diamond, D. M., & Ravnskov, U.** (2015). How statistical deception created the appearance that statins are safe and effective in primary and secondary prevention of cardiovascular disease. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 8 (2), 201–210.
- Ding, X., Zhong, J., Yan-Ping, L., & Chen, H.** (2017). Botulinum as a toxin for treating post-herpetic neuralgia. *DOAJ (DOAJ: Directory of Open Access Journals)*, 46(5), 608–611.
- Goldacre, B.** (2012). *Bad pharma*. Fourth Estate.
- Gotzsche P.** (2013). *Deadly medicines and organized crime: How big pharma has corrupted healthcare*. London, England: Radcliffe.
- Hulett, G.D.** (1903). *A Textbook of Principles of Osteopathy*. 5th ed, Kirksville, MO: Journal Printing Company.
- Illich, Ivan** (1975). *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. New York: Pantheon Books.
- Kendrick, M.** (2007). *The Great Cholesterol Con*. John Blake Publishing Ltd., London.

- Kendrick, M.** (2014) *Doctoring Data*. John Blake Publishing Ltd., London.
- Kendrick, M.** (2018). *A statin nation: Damaging millions in a brave new post-health world*. John Blake Publishing, London.
- Kendrick, M.** (2021). *The Clot Thickens*. John Blake Publishing, London.
- Kraft, J. R.** (2008). *Diabetes Epidemic & You*. Trafford Publishing.
- Libby, P.** (2002). Inflammation in atherosclerosis. *Nature*, 420 (6917), 868–874.
- Makary, Marty** (2024). *Blind Spots: When Medicine Gets It Wrong, and What It Means for Our Health*. Bloomsbury Publishing. Chicago.
- Mason, P.** (2020). *The cholesterol myth: Dietary cholesterol does not increase blood cholesterol*. \[Video]. YouTube.
- Maturana, H. y Varela, F.G.** (1972), *De máquinas y seres vivos*. Lumen.
- Maturana, H. y Varela, F.G.** (1984), *El árbol del conocimiento*. Editorial Universitaria.
- Moynihan, R., & Cassels, A.** (2005). *Selling sickness: how the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients*. Nation Books.
- Nesse, R. M., & Williams, G. C.** (1995). Why We Get Sick: The New Science of Darwinian Medicine.
- Nesse, R. M.** (2006). The Smoke Detector Principle. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 935(1), 75–85.
- Nesse, R. M.** (2019). Good Reasons for Bad Feelings: Insights from the Frontier of Evolutionary Psychiatry. Dutton.
- Park, J., & Park, H. J.** (2017). Botulinum toxin for the treatment of neuropathic pain. *Toxins*, 9(9), 260.
- Profet, M.** (1991) The function of allergy: immunological defense against toxins. *Q Rev Biol* 66(1):23–62
- Rosch P.J., Harcombe Z., Kendrick M., Ravnskov U., Kummerow F.A., Okuyama H., Langsjoen P.H., Langsjoen A.M., Ohara N., Diamond D.M** (2016). *Fat and Cholesterol Don't Cause Heart Attacks and Statins Are Not the Solution*. Columbus Publishing; Cwmbran, UK.
- Lustig, Robert H.** (2017). *The Hacking of the American Mind: The Science Behind the Corporate Takeover of Our Bodies and Brains*. Avery, Chicago.
- Ravnskov, U.** (2010), *Ignore the Awkward: How the Cholesterol Myths Are Kept Alive*. Createspace Independent Publishing Platform.
- Reeve, Sandra** (2011). *Nine Ways of Seeing a Body*. Triarchy Press Ltd.

- Salinas Casado J, Virseda Chamorro M.** (1999). Medicina basada en la evidencia y en la ciencia. *Arch Esp Urol*. 1999 Oct;52(8):817-22.
- Sointu, Eeva** (2012). *Theorizing Complementary and Alternative Medicines: Wellbeing, Self, Gender, Class*. Palgrave Macmillan.
- Sterling, P., & Eyer, J.** (1988). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health*. Chichester, UK: Wiley.
- Sterling, Peter** (2012). Allostasis: A model of predictive regulation. *Physiology & Behavior*, 106, 5–15.
- Sterling, Peter** (2020). *What Is Health?* MIT Press.
- Still, Andrew Taylor** (1899). *Philosophy of Osteopathy*. Kirksville, published by the author.
- Still, Andrew Taylor** (1902). *The Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy*. Kirksville, published by the author.
- Still, Andrew Taylor** (1908). *Autobiography of Andrew Taylor Still*. Kirksville, published by the author.
- Still, Andrew Taylor** (1910). *Osteopathy, Research and Practice*. Forgotten Books.
- Suarez B, Serrano A, Cova Y, Baptista T.** (2016). Isotretinoin was not associated with depression or anxiety: a twelve-week study. *World J. Psychiatr.* 6, 136–142.
- Svenaeus, F.** (1999). *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health: Steps Towards a Philosophy of Medical Practice*. Springer.
- Sundström, A., Alfredsson, L., Sjölin-Forsberg, G., Gerdén, B., Bergman, U., & Jokinen, J.** (2011). Response to acne, isotretinoin and suicide attempts: a critical appraisal. *British Journal of Dermatology*, 164(6), 1185–1186.
- Uscategui T, Dorée C, Chamberlain IJ, Burton MJ.** (2008) Antiviral therapy for Ramsay Hunt syndrome (herpes zoster oticus with facial palsy) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8;2008(4):CD006851.
- Varela, F.J.** (1994). A Cognitive view of the immune system. *World Futures*, 42(1-2), 31–40.
- Zizek, Slavoj** (1989). *The sublime object of ideology*. London: Verso.

Glosario

Afinación somática: Herramienta terapéutica que induce en el paciente una exploración y reconocimiento consciente de su propio cuerpo, sobre todo en lo que se refiere a regiones que se encuentran inexploradas o disociadas. El objetivo de la afinación somática es mejorar la consciencia somática del paciente, ampliando la extensión, penetración y granularidad del esquema corporal propio. (*Ver también:* Consciencia somática).

Alostasis: Proceso a través del cual el cuerpo pronostica situaciones de exigencia o estrés inminentes y adopta una configuración fisiológica y psicológica óptima para enfrentarlas. (*Ver también:* Homeostasis).

Anamnesis: El momento al inicio de una sesión médica donde el paciente narra su motivo de consulta, su historia clínica y sus antecedentes, orientado por preguntas dirigidas expuestas por el clínico.

Autopoiesis: Concepto creado por Maturana y Varela (1972) que designa la capacidad de un sistema organizado (por ejemplo, un organismo) de realizar, transformar, sustituir, destruir, reparar y regenerar continuamente la red de estructuras y procesos que lo constituyen, creándose a sí mismo de manera continua, con el objeto de preservar su supervivencia, autonomía e identidad. La facultad de autopoiesis es lo que diferencia a un ser vivo de una entidad sin vida.

Binarización: Interpretación digital de una variable continua en solo dos estados, que produce una representación incompleta al reconocer solo dos de todos los valores posibles. (*Ver también:* Rasterización y Polarización).

Causa/Efecto: Relación de causalidad en que el antecedente (la causa) aporta la energía que produce el consecuente (el efecto). (*Ver también:* Estímulo/Respuesta).

Consciencia somática: El conocimiento intero y propioceptivo del propio cuerpo, tanto en sus aspectos persistentes (*cómo soy*) como en los circunstanciales (*cómo estoy*). Está definida por los grados de extensión, penetración y granularidad del esquema corporal propio. (*Ver también:* Afinación somática).

Control de circuito cerrado: Un control de circuito cerrado es un sistema que se corrige a sí mismo. Funciona con retroalimentación: compara lo que ocurre en realidad con lo que debería ocurrir y hace los ajustes necesarios para reducir la diferencia. Para ello necesita tres cosas: un sensor que mida la situación, un controlador que decida qué hacer y un mecanismo que ejecute esa decisión. El ejemplo más sencillo es un termostato, que enciende o apaga la calefacción para mantener la temperatura de una habitación en el nivel deseado.

Cuerpo: La estructura física y material del ser humano.

Digital: Tipo de representación cuya relación con lo representado es arbitraria y convencional. Se utiliza sobre todo para la representación de magnitudes de variación continua mediante secuencias de valores discretos.

Digitalización: Representación de una cantidad continua según variables discretas que poseen un número finito de valores posibles.

Disfunción: Funcionamiento anormal del organismo.

Estímulo/Respuesta: Relación de causalidad en que el antecedente (el estímulo) no aporta la energía necesaria para que se produzca el consecuente (la respuesta), sino solo la información necesaria para que el consecuente active, utilizando su propia energía, un resultado. (*Ver también:* Causa/Efecto).

Holístico: En filosofía, todo paradigma filosófico caracterizado por la creencia de que las partes de algo están íntimamente interconectadas, y que solo pueden ser explicadas adecuadamente en referencia al todo. En medicina, todo paradigma médico caracterizado por el tratamiento de la persona en su totalidad, teniendo en cuenta los factores físicos, mentales y sociales, en lugar de solo los síntomas de una enfermedad.

Homeostasis: La capacidad de los organismos de mantener una condición interna estable gracias a mecanismos de retroalimentación negativa que monitorean y regulan continuamente diversas variables fisiológicas. (*Ver también:* Alostasis).

Hórmesis: Fenómeno por el cual un mismo agente provoca distintas respuestas según la dosificación. En general, se considera hormético a toda sustancia o factor ambiental que produce estimulación o efectos beneficiosos a dosis bajas, e inhibición o efectos tóxicos a dosis altas.

Modos alostáticos: Las distintas configuraciones fisiológicas que preparan al cuerpo para cierto comportamiento próximo pronosticado. (*Ver también:* Alostasis).

Ontogenia: El proceso de desarrollo del individuo, determinado por el anteproyecto embriológico más los cambios estructurales impuestos por el entorno. El proceso por el cual un genotipo deviene un fenotipo.

Propiedades emergentes: Aquellas que aparecen solo cuando las entidades se aglutinan en un conjunto, y, por tanto, no se derivan de las propiedades de las partes. Existen conjuntos de los que se dice que el todo es más que la suma de sus partes; las propiedades de este tipo de entidades son las propiedades de las partes más las propiedades emergentes. Ejemplo: la propiedad del agua de ser líquida es una propiedad emergente, porque tanto el hidrógeno como el oxígeno son gases. La propiedad “liquidez” aparece cuando dos átomos de hidrógeno y uno de oxígeno se juntan y forman una molécula de agua.

Retroalimentación: Mecanismo que utiliza información del resultado del funcionamiento anterior para ajustar el mecanismo que rige el funcionamiento futuro, lo que permite correcciones que suelen estar dirigidas a un objetivo.

Retroalimentación negativa: Mecanismo de retroalimentación que sensa una variable interna a un entorno, de manera de disminuir el valor de esa variable si esta pasa de cierto umbral o se aleja de un rango de valores óptimos. El objetivo de este mecanismo suele ser la estabilidad. Un termostato es un ejemplo clásico de retroalimentación negativa.

Retroalimentación positiva: Mecanismo de retroalimentación que sensa una variable interna a un entorno, de manera de aumentar aún más el valor de esa variable si esta se acerca o se aleja de ciertos valores de control, generando una escalada progresiva y continua. El objetivo de este mecanismo suele ser forzar el sistema hacia un estado nuevo, que muchas veces puede ser un colapso o una división. Un ejemplo es el proceso de coagulación de la sangre. El tejido lesionado libera señales químicas que activan las plaquetas en la sangre. Una plaqueta activada libera sustancias químicas para activar más plaquetas, provocando una cascada rápida y la formación de un coágulo de sangre.

Teleología: Rama de la filosofía que estudia las causas finales, es decir, de la orientación de los fenómenos hacia un propósito o fin determinado. No describe simplemente cómo funcionan las cosas ni de dónde provienen, sino que introduce la pregunta por el para qué. Así, un fenómeno no se entiende solo como resultado de un pasado, sino como movido por una finalidad futura.

Agradecimientos

A Juan Pablo Bunge, que me machacó con la idea de que hay que volver a pensar como Still. Y que, además, en una simple charla, cambió el transcurso de mi vida.

A Pablo Fernández Ridano, mi maestro de osteopatía compañero de sueños y proyectos.

A Hugo Chiera, que me ayudó a entender, apreciar y amar la escucha.

A la Escuela de Osteopatía Fulcrum, que es un hervidero tanto de ideas como de abrazos.

A Diana Batista, que me enseñó a estudiar, a pensar, a enseñar. Y, sobre todo, a ser humilde.

A Julián Aguilar, que desde primer año de la carrera supo que iba a existir este libro.

A Julieta Hosselet, que me enseñó lo que es cuidar a un compañero.

A Mario Jermoli, que me enseñó lo que es estar presente y disponible.

A Fanny Hoffer, que me enseñó a escuchar.

A Carlos María Carón, que me enseñó a vivir y a escribir.

A los que leyeron primeras versiones del manuscrito y me compartieron ideas, críticas y saberes: Hugo Chiera, Daniela Cohan, Carolina Corti, Pablo Fernández Ridano, Julieta Hosselet, Vera Howlin, Manu Jordan, Bárbara Lima, Sol Lupo, Germán Sarangelo, Victoria Vázquez, Sandra Vegierski, Mariana Woloszyn.

* * *

Contratapa

Este libro nació como una guía para estudiantes de osteopatía, con la idea de enseñarles a pensar la salud y la enfermedad de un modo distinto al habitual. Pero pronto me di cuenta de que esa forma de mirar no servía solo a los futuros profesionales, sino que también podía ser útil para cualquiera, porque la manera en que solemos cuidarnos está llena de errores y malos entendidos.

Desde hace al menos dos siglos, el discurso médico occidental ha operado como uno de los dispositivos privilegiados de producción de verdad sobre el cuerpo. Bajo la apariencia de neutralidad científica, ha instaurado un régimen de enunciación que delimita lo que puede decirse, lo que debe hacerse y lo que debe ser callado en torno a la salud, la enfermedad y el sufrimiento. En este proceso, el síntoma pasó a verse como un error, la enfermedad como un objeto que se puede aislar, y el tratamiento como un acto de supresión más que de comprensión.

El Camino del Osteópata ensaya una crítica sistemática de este paradigma. Su punto de partida no es la técnica, ni la oposición banal entre medicina alternativa y convencional, sino la forma en que entendemos el cuerpo en la clínica contemporánea. A partir de los principios de la osteopatía, el libro propone una manera distinta de pensar la salud, que cuestiona las categorías básicas del modelo biomédico.

Allí donde el discurso científico reduce lo biológico a maquinaria y lo terapéutico a química, la osteopatía aparece como un esfuerzo por devolver al cuerpo su carácter de sistema adaptativo. No se trata de oponer una medicina “alternativa” a una hegemónica, sino de indagar en los pliegues del saber biomédico, allí donde las prácticas de cuidado se cruzan con las de normalización, y donde el tratamiento deviene tecnología de silenciamiento. Frente a la reducción del cuerpo a objeto, este libro propone pensar el cuerpo como sujeto de sentido.

El Camino del Osteópata es una invitación a revisar lo que creemos evidente, a poner en duda los hábitos con los que pensamos lo patológico y, sobre todo, a abrir el espacio para nuevas preguntas más que para respuestas prefabricadas.