El camino del osteópata

(cómo pensar la salud como un osteópata)

Leandro Howlin

Copyright © 2026 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 unformation storage and retrieval system, without permission in writing from the publisher.

ISBN:

ISBN-13:

A Caro, que está
siempre.

A Vera, que me ayuda a
volar.

Lo racional se ha reducido a lo que funciona.
Max Horkheimer

Muchos cambios que llamamos 'trastornos' son ajustes anticipatorios que ayudan al organismo a seguir funcionando.
Peter Sterling

No hay enfermedades sin sentido.
Thorwald Dethlefsen

Prefacio para humanos

Este libro, como el anterior, busca 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.

Durante mucho tiempo, la salud se definió de modo operativo, casi como una ecuación negativa: ausencia de enfermedad. Pero en esa ecuación no solo faltan muchas cosas, sino que ni siquiera la enfermedad se nos ofrece como un concepto desplegado ni elaborado. En la práctica —médica o cotidiana— solemos apresurarnos a neutralizarla, con la intención comprensible de aliviar el sufrimiento, aunque quizás perdiendo de vista lo que el cuerpo intenta comunicar. Yo mismo lo hago: apenas me aparece un dolor de cabeza, busco el analgésico antes de preguntarme por qué apareció. El horror morbui *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.*

Es comprensible que, ante la enfermedad, busquemos reaccionar rápido: el miedo al dolor o a la pérdida impulsa a actuar. Pero con el tiempo esa reacción se volvió tan rápida que apenas deja lugar para preguntarse qué está pasando. Este libro quisiera acompañar a quienes sienten que ese mecanismo no alcanza, que hay una falla en la manera en que nos hemos acostumbrado a pensar la salud. A quienes advierten la paradoja de sociedades que, pese al acceso sin precedentes a recursos farmacológicos, siguen sin lograr un bienestar duradero. A quienes intuyen —aunque todavía no encuentren las palabras— que existe otra manera de acercarse al cuerpo y a sus dolores, un modo de habitar la fragilidad sin negarla ni temerla.

Este libro no es un compendio de conocimientos sanitarios, sino que intenta hablar del cuerpo como territorio de sentido, del síntoma como lenguaje, de la salud como relato. Intento indagar cómo llegamos —sin darnos cuenta— a vivir como si los síntomas fueran enemigos, como si el

cuerpo fuera solo una máquina que se rompe y debe ser reparada con repuestos, pastillas o pantallas. Y, sobre todo, quiero investigar otras formas posibles de escuchar al dolor, de entender el malestar, de estar en el mundo con un cuerpo que sabe más de sí mismo que cualquier libro de texto.

Durante más de un siglo, la salud ha sido regida, comprensiblemente, por un modelo que privilegia el dato sobre la experiencia, la enfermedad sobre la persona y la intervención sobre la escucha. Pero lo que en sus orígenes fue una estrategia profesional para alcanzar precisión y eficacia, hoy se ha transformado —no solo en la clínica, sino en la vida cotidiana— en un hábito epistémico: el cuerpo como objeto y el síntoma como un error a corregir. Pero, a mi manera de ver, podríamos intentar pensar el síntoma no solo como un problema que debe resolverse, sino como un signo que vale la pena escuchar; y la enfermedad, quizás, no como un enemigo, sino como una expresión que espera ser comprendida.

Más que tomar posición o polemizar, este libro intenta pensar desde otro ángulo. Es, antes que nada, un libro de fisiología, pero de fisiología política: un intento de leer los malestares del cuerpo no solo como fallas mecánicas, sino también como efectos de relaciones, entornos, hábitos y decisiones.

Frente al modelo biomédico —que se presenta como una ciencia de hechos—, la osteopatía se nos ofrece como una semiología de signos sensibles, un arte de la interpretación. Lo que sigue no pretende contraponer disciplinas; más bien ofrece puentes para pensar qué entendemos por 'curar', 'funcionar' o 'estar bien'.

El recorrido que propongo podría leerse así: primero, analizamos los supuestos del modelo biomédico a partir de 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, exploramos 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 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 intervenimos. Y, sobre todo, cómo la osteopatía puede ayudarnos a recuperar una mirada más sensata, más humana y más esperanzadora sobre el cuerpo, porque propone otra posibilidad: escuchar en lugar de corregir.

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 ateórico, "evidente", es también una decisión política. Que se entienda esto: no estoy criticando ni a la medicina ni a la ciencia en sí, sino a su reducción (valga la redundancia) a un modelo reduccionista. Cuando una persona que no es médica decide que el cuerpo se reduce a reacciones bioquímicas, que todo síntoma es un error que debe ser eliminado, que la salud se mide en valores de laboratorio, no refleja el espíritu más amplio de la ciencia ni de la medicina, sino una decisión epistemológica que también conlleva una ideología.

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 estas delinean la episteme generalizada. Es un libro político porque se pregunta cómo se distribuye la autoridad para decir qué es un cuerpo, qué es un dolor, qué merece ser atendido y qué debe ser silenciado.

Y, para evitar malentendidos, conviene aclararlo una vez más: este libro no pretende oponerse a la medicina, sino pensar junto a ella. Reconozco en la medicina una empresa extraordinaria de conocimiento y cuidado, pero también creo que su éxito técnico ha desdibujado, sin quererlo, otras dimensiones de la experiencia humana del cuerpo y del sufrimiento. Lo que aquí se propone no es una alternativa a la medicina, sino un complemento que busca devolver sentido, escucha y humanidad a la práctica clínica.

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 reduce a la química, ni al síntoma, ni a comprobaciones empíricas. 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 sobresalto, que gran parte de lo que llevaba aprendido (en el jardín de infantes, 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 creía evidentes. En mi caso, cada vez que aprendía cómo funcionaba algo del organismo y me daba cuenta de 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 dejé de saber.

Este libro nace de algunas epifanías menores que, sin embargo, estremecen un paradigma. Descubrí que muchas de nuestras conductas respecto a la salud —lo que tomamos, lo que tememos, lo que compramos en la farmacia— no se apoyan demasiado en la fisiología. Dicho más directamente: muchas de las cosas que hacemos no tienen demasiado sentido fisiológico. Y no lo descubrí leyendo teología, ni metafísica, ni psicología, sino estudiando fisiología. Desde la mirada osteopática, sí, pero, en el fondo, pura y llana fisiología.

Hubo muchos pequeños momentos en que yo aprendía algún mecanismo fisiológico y pensaba: "Ah, pero entonces, cada vez que me

tomo tal pastilla, lo que sucede es que…". Esos momentos son los que me dieron el impulso para escribir este libro, pero la idea que lo articula ya estaba en mi cabeza allá lejos, en mi juventud, en los años en que uno empieza a forjar sus filosofías sin saber todavía que un día van a organizar su forma de mirar el mundo. Una idea que se me debe haber estampado en la cabeza en el sillón de mi casa, mientras leía a Horkheimer y Adorno escuchando a Tangerine Dream.

Presiento tu confusión. Horkheimer y Adorno, ok, supongamos que en un rato vendrá alguna explicación razonable. Pero… ¿Tangerine Dream? ¿Es relevante?

Sí, es relevante. No los Tangerine Dream en sí mismos, sino la experiencia de una música envolvente, que se mete en cada recoveco, llena el espacio, usa las distancias tonales y las diferencias de volumen para transmitir sensaciones y despertar sentimientos. Esa experiencia es relevante, y voy a intentar explicar por qué.

A mediados de los años ochenta, si uno quería escuchar música "en serio", necesitaba hacer una inversión. No solo económica, sino también emocional, técnica y hasta espacial. Requería tiempo, lectura de revistas especializadas, atención a los detalles. Era el tipo de afición que definía a las personas: había quienes escuchaban música y quienes eran melómanos.

Yo, por supuesto, era de estos últimos. Durante años soñé con tener un sistema de audio que rozara la perfección. No esos equipos ruidosos que vendían en supermercados, con lucecitas de colores y nombres como "X-Bass 2000", sino aparatos de verdad: amplificadores con distorsión armónica menor al 0,05%, bandejas con tracción directa, parlantes con tweeters y woofers bien separados. Y cuando finalmente pude comprar uno, fue como abrazar mi destino. Lo armé con paciencia, lo cuidé como a un tamagotchi, y todavía lo uso. No porque sea un nostálgico empedernido —aunque quizá lo sea un poco —, sino porque, honestamente, suena como los dioses.

Sin embargo, mis hijos no lo aprecian. Y no porque no les guste la música. Les gusta. Pero para ellos, la música es algo que se reproduce en un solo paso: buscan en Spotify, aprietan "play" y listo. Sale del televisor, del celular o de un parlante inalámbrico del tamaño de un tupper. Y no les importa si la batería suena como una caja de cartón mojada o si la voz del cantante está tan comprimida que no se

sabe si canta contento, triste o enojado, porque le ponen tanta compresión que pierde matices expresivos. Los "buenos equipos" de hoy en día tienen un solo parlante, por lo que no tienen ni siquiera sonido estéreo. Lo importante es que sea fácil, rápido y esté ahí.

Mi ideal es distinto. Cuando salió el CD —en medio de la década del 80 y de mi plena adolescencia—, me pareció una obra maestra de la ingeniería humana. La música, por fin, parecía haberse emancipado de la rugosidad del soporte. No más crujidos, no más interferencias materiales: un sonido "puro", separado de la contingencia física del vinilo.

Pero había gente (viejos de cincuenta que se decían melómanos) que insistía en que el vinilo sonaba mejor. Decían cosas como que el sonido analógico tenía más calidez, más textura o más presencia, cosas que a mí me sonaban vacías y que yo interpretaba como si estuvieran buscando cualquier justificación, como excusa, de una simple resistencia a lo nuevo.

Pero ahora me descubro haciendo algo parecido. Ahora soy yo el viejo de cincuenta. Me cuesta entender que muchos escuchen música en mono, como si el estéreo no fuera una mejora evidente. Para mí, separar los instrumentos en el espacio, sentir que algo suena a la derecha y otra cosa a la izquierda, no es un lujo: es parte esencial de la música. Pero supongo que eso que valoro es, para otros, superfluo o incluso molesto.

Sospecho que esta especie de indignación, esta necesidad de explicar la importancia del estéreo, de los silencios que llenan y de los bajos que retumban en la pelvis, es exactamente la misma que sentían aquellos viejos del vinilo cuando yo me reía de ellos.

¿Quién tiene razón? Lo peor es que creo que ninguno. Las formas de pensar de las tres generaciones son —las tres— inventos temporales de la cultura.

Los baby boomers defensores del vinilo eran producto de un modelo cultural en el que la mediación técnica debía hacerse oír (los crujidos del surco o ese trueno dulce que sucede al apoyar la púa). Para ellos, el aparato debía sonar, hacerse notar, tener "presencia" y aportar cierta "textura" a la música.

Yo (generación X) me aferro a la separación espacial de los sonidos, a la nitidez del posicionamiento auditivo, a la ausencia de

distorsión y a la discriminación de timbres, no porque ello sea intrínsecamente superior, sino porque mi experiencia del mundo ha sido históricamente constituida como una forma de subjetividad que valora la fidelidad formal, la precisión del aparato técnico y la limpidez del soporte. La maravilla técnica era justamente la transparencia: saber que el aparato está, pero que parece no estar.

Las generaciones actuales, formadas en entornos donde la música se presenta como un flujo indiferenciado, valoran otros aspectos ajenos a la fidelidad técnica. Para los millennials y centennials, el aparato no existe y, por tanto, no hay maravilla por la tecnología. Quizás la admiración tenga que ver con lo que la música representa más que con lo que representa a la música. La música no es una grabación que se posee, sino un entorno que se habita. No lo sé ni puedo imaginarlo, porque soy generación X, pero quizá lo que ellos valoran tenga que ver con cantabilidad, bailabilidad o, más que nada, con representatividad de aspectos sociales que no se cierran en la experiencia musical.

Ninguna forma es más verdadera ni mejor. Todas son formaciones históricas determinadas por estructuras ideológicas que modelan la percepción. La racionalidad instrumental (de la que hablaremos *in extenso*) nos lleva a creer que la superioridad técnica implica una superioridad estética o axiológica, pero esta es una ilusión. Cada generación es domesticada en un horizonte simbólico que configura sus preferencias como naturales, cuando en realidad son contingentes.

Y si digo "ideológicas", no lo digo en el sentido vulgar de "ideas políticas" o "propaganda", sino en un sentido más íntimo: el de una forma de vida que se nos vuelve natural. Žižek lo formula de manera brutal: la ideología opera incluso cuando creemos estar a salvo de ella, incluso cuando nos reímos de ella. No es solo lo que pensamos; es lo que hacemos. Es el gesto que repetimos, el estándar que aceptamos, el "así se usa" que reemplaza al "¿por qué?". En otras palabras: no elegimos únicamente con argumentos; elegimos dentro de un marco de comodidades permitidas, y ese marco es histórico.

Por tanto, mis propios criterios no son más racionales que los de quienes defienden el vinilo o los de quienes aceptan sin conflicto la escucha monofónica. Son tan determinados como ellos, tan producto

de una economía de la cultura como cualquier otro. En todos los casos, se trata de elecciones aparentemente individuales, pero profundamente ancladas en procesos sociales de formación de la conciencia.

Entre todas esas transformaciones, algo cambió en la concepción de lo que es bueno, y esa transición no es exclusiva de la música. Ocurre con las películas, con la ropa, la comida y hasta con los gustos de helado.

Y ahora sí, volvemos a Horkheimer y Adorno[1]. Primero a Horkheimer solo. Es que en *Crítica de la Razón Instrumental*, Max Horkheimer parte de una intuición incómoda: la modernidad no ha fracasado a pesar de su razón, sino a causa de la forma que esa razón ha adoptado. La Ilustración[2], que se propuso liberar al ser humano del miedo, de la superstición y de la arbitrariedad, terminó generando un tipo de racionalidad que ya no interroga el sentido, sino que optimiza procedimientos; ya no se pregunta por los fines, sino que perfecciona los medios. La razón, en su deriva histórica, dejó de ser una instancia reflexiva para convertirse en una racionalidad puramente instrumental, una herramienta de cálculo orientado al control y la eficiencia. Su preocupación ya no es qué es bueno, qué es justo o qué tipo de vida merece ser vivida, sino cómo hacer las cosas más rápido, más baratas, más rentables, más previsibles.

En este viraje ocurre algo imprevisto: seguimos preguntándonos qué es bueno, o justo, o digno, pero el sistema (y "sistema" acá no es solo el capitalismo, sino el aparato entero:

[1] En 1944 Max Horkheimer y Theodor W. Adorno publican *Dialéctica de la Ilustración*. Tres años después, Horkheimer publica en solitario *Crítica de la razón instrumental*. Ambos libros tratan sobre la transformación histórica de la racionalidad moderna y sobre cómo el proyecto originalmente emancipador de la Ilustración deriva en formas de dominio, estandarización y pérdida de sentido. *Dialéctica de la Ilustración* es más amplio y experimental en su crítica cultural: combina análisis filosófico, sociológico y literario para mostrar cómo la racionalidad ilustrada conserva rasgos míticos, cómo se tecnifica el pensamiento y cómo la industria cultural produce subjetividades adaptadas a la repetición y al consumo. *Crítica de la razón instrumental* se aboca más directamente a la reconstrucción del concepto de razón: define con precisión en qué consiste la razón instrumental, explica cómo la verificación empírica se convierte en criterio excluyente de verdad y analiza la reducción del pensamiento a procedimiento técnico. En *El Camino del Osteópata*, cuando yo diga "Horkheimer y Adorno", me estaré refiriendo principalmente a ideas provenientes de *Dialéctica de la Ilustración*, mientras que cuando mencione solo a "Horkheimer", me estaré refiriendo a desarrollos tomados de *Crítica de la razón instrumental*.

[2] En su sentido histórico general, la Ilustración designa el movimiento intelectual europeo de los siglos XVII y XVIII que buscó explicar el mundo mediante la razón, la observación y el pensamiento crítico, dejando atrás explicaciones basadas en la superstición, la autoridad religiosa o la tradición. Entre sus principales referentes se encuentran René Descartes, Immanuel Kant, John Locke, David Hume, Voltaire, Montesquieu y Diderot, quienes defendieron la idea de que la razón podía servir de fundamento para la ciencia, la moral, la política y el orden social.

tecnológico, cultural, educativo, estético, etc.) responde a esas preguntas con datos sobre velocidad, costo y escalabilidad. Y así, gradualmente pero sin pausa, uno empieza a confundir lo bueno con lo rápido (o con lo eficiente, o con lo más barato, o con lo más fácil). Como advierte Horkheimer, lo racional pasa a ser simplemente lo que funciona.

En ese punto, la razón instrumental deja de ser solo una lógica de medios: se convierte en una ética mínima del alivio. Lo que "funciona" no solo se vuelve verdadero; se vuelve bueno. Y aquí Žižek agrega un matiz incómodo: muchas prácticas se sostienen no porque creamos en ellas con ingenuidad, sino porque nos procuran un pequeño goce de seguridad —el goce de haber hecho "algo", el goce de no quedar a la intemperie de la incertidumbre. La racionalidad instrumental es, en ese sentido, ya socialmente sintomática: persiste porque alivia, no porque comprenda.

Para Adorno y Horkheimer (ahora sí vino Adorno a ayudarnos), esta transformación no supone una superación del mito, sino su mutación. Según ellos, la Ilustración conserva rasgos profundamente míticos, aunque con una apariencia racional. El mito antiguo buscaba explicar y dominar el mundo; la razón ilustrada persigue exactamente lo mismo, pero bajo el ropaje de la objetividad científica. La obsesión por la repetición, la necesidad de eliminar la incertidumbre, la subordinación de lo singular a esquemas generales, la reducción de la diferencia a categorías clasificables, la naturalización de un orden como si fuera incuestionable: todos esos rasgos, que en su momento definieron el pensamiento mítico, persisten ahora en la racionalidad moderna, pero se presentan como neutralidad técnica. El mito ya no se nombra como tal, sino que ahora se llama ciencia, procedimiento, protocolo, gestión.

En este proceso, el ser humano deja de ser sujeto de la razón y pasa a ser administrado por ella. Vive bajo una racionalidad que lo precede, lo estructura y lo sobrevuela, una lógica que organiza sus tiempos, sus deseos, sus decisiones y sus expectativas sin que él tenga que consentirla explícitamente. No se le impone por coerción visible, sino por automatización silenciosa. El pensamiento se vuelve hábito, el hábito se vuelve norma, y la norma se vive como sentido común. La dominación ya no opera desde afuera, sino que se interioriza como

forma de vida. El individuo no obedece porque lo obligan, sino porque ya no imagina otra posibilidad. Horkheimer llamaría a este fenómeno 'sociedad administrada': una vida modelada por parámetros técnicos que se viven como sentido común.

La industria cultural, tal como la describen ellos, es una de las expresiones más elocuentes de este fenómeno: produce entretenimiento estandarizado que adiestra al sujeto en la pasividad, la repetición y la aceptación sin crítica. Pero el problema no se limita a la cultura de masas; atraviesa todas las dimensiones de la vida social. La razón se ha convertido en una maquinaria que organiza el mundo sin preguntarse por el precio humano de esa organización. La ética se diluye en administración, la reflexión moral en cálculo técnico, la pregunta por el bien en optimización de resultados. La nueva razón es Ultrón.

Frente a este panorama, Horkheimer no propone un regreso romántico a la irracionalidad ni una renuncia al pensamiento, sino una recuperación de la razón en su dimensión más profunda: una razón crítica, reflexiva, capaz de volverse sobre sí misma y de poner en cuestión sus propios supuestos. Una razón que no se limite a ejecutar, sino que se atreva a interrogar. Que no se contente con hacer funcionar el mundo, sino que se pregunte qué mundo está haciendo funcionar, para quién y bajo qué condiciones.

Resistir la racionalidad instrumental no implica rechazar la ciencia, sino impedir que se absolutice; no supone abandonar la eficiencia, sino evitar que se convierta en criterio moral. Significa recuperar la capacidad de pensar antes de actuar, de suspender el automatismo, de reinstalar la pregunta por el sentido allí donde todo parece ya decidido. En ese gesto crítico y reflexivo se juega, para Adorno y Horkheimer, la posibilidad misma de una emancipación que no sea solo técnica, sino verdaderamente humana.

Ahí va. Tangerine Dream me dio el pie para volver sobre las ideas de Horkheimer y Adorno, que se instalaron en mi cabeza hace cuarenta años y quedaron vibrando, como una nota sostenida, cada vez que abría un libro nuevo. No desaparecieron; cambiaron de frecuencia, se mezclaron con otras lecturas, produjeron armónicos inesperados. Y ahora, por fin, encuentran el tono justo para decir lo que tenían pendiente.

¿Por qué ahora? Porque el escenario se repite, pero no es el mismo. Sigo leyendo acompañado por música, como en la adolescencia, pero lo que entonces era intuición hoy encuentra un nuevo punto de apoyo. Mientras leo a Peter Sterling y su descripción del modelo homeostático, advierto otra forma de resonancia. La crítica a la racionalidad instrumental, que aprendí en clave filosófica, vuelve ahora en clave fisiológica. Lo que resuena ya no es sólo una melodía, sino una estructura: el modelo clásico de la homeostasis puede leerse, con la prudencia que exigen estas analogías, como una figura clínica de aquella transformación de la razón que Horkheimer y Adorno denunciaron.

El modelo clásico de homeostasis describe al organismo como un sistema de regulación reactiva: un mecanismo que detecta desviaciones respecto de valores considerados "normales" y activa correcciones para restaurar ese punto fijo de equilibrio. Bajo este enfoque, los cambios fisiológicos se interpretan como perturbaciones que deben neutralizarse, y los síntomas se presentan como señales de un error que debe corregirse. Sterling subraya que este modelo, aunque útil en ciertos contextos, resulta limitado porque concibe la regulación corporal como puramente correctiva y orientada al restablecimiento de un estado ideal predefinido, sin considerar la historia, el contexto ni la capacidad anticipatoria del organismo.

En 1988, Peter Sterling y Joseph Eyer crearon, como superación, el concepto de alostasis. La alostasis es un concepto fisiológico que postula que el organismo no se limita a mantener un equilibrio fijo, sino que regula activamente su medio interno de manera anticipatoria, adaptándose a las demandas del entorno antes de que se produzca un desequilibrio. Mientras la homeostasis clásica supone que el cuerpo corrige desviaciones para volver a un punto "normal", la alostasis sostiene que ese "punto normal" es dinámico y se modifica según el contexto, la historia y las necesidades del organismo.

El organismo no funciona como un termostato reactivo, sino como un sistema que predice, ajusta y reorganiza. Por ejemplo, el aumento de la frecuencia cardíaca antes de un esfuerzo físico no es una respuesta al desequilibrio, sino una preparación anticipatoria de lo que está por ocurrir.

La alostasis introduce un cambio profundo en la manera de

entender el síntoma y la enfermedad:

- El síntoma deja de ser simplemente un error. Puede ser una respuesta adaptativa que intenta resolver una situación.

- La variación fisiológica deja de ser patológica por defecto. Lo que se considera "desviación" puede ser una estrategia de supervivencia.

- Cambia la lógica clínica. Se pasa de "elimino el síntoma" a "comprendo qué intento adaptativo expresa".

Desde esta perspectiva, la fiebre puede ser una estrategia defensiva, no solo un problema; la hipertensión puede responder a un modo adaptativo sostenido; el dolor crónico puede ser un patrón aprendido de protección. Esto no significa que no deban tratarse, sino que suprimirlos sin comprenderlos puede interferir con procesos que buscan proteger al organismo.

Sterling propone que la clínica debe basarse en razonamientos desde la alostasis y no, como lo hace ahora, sólo en la homeostasis, porque este razonamiento es incompleto. Dicho en términos de Horkheimer: la estrategia homeostática de razonamiento es la traducción fisiológica de la razón instrumental, esa razón que dedica más recursos a corregir que a comprender.

Y lo interesante es que esta reducción no se sostiene únicamente por falta de teoría. Podemos leer a Sterling, asentir, citarlo, entusiasmarnos… y, al día siguiente, volver a tratar el cuerpo como un termostato. Žižek diría: sabemos muy bien que el organismo no es una máquina correctiva, pero aun así actuamos *como si lo fuera*. Esa distancia entre lo que afirmamos y lo que practicamos no es un error moral; es el modo normal en que se reproduce una forma de vida. Por eso el desplazamiento hacia una clínica interpretativa no es solo un cambio de ideas: es un cambio de reflejos.

La alostasis, vista desde esta perspectiva, es más que una teoría fisiológica. Es una forma de devolverle al cuerpo su inteligencia. Es, de algún modo, la versión médica de la razón dialéctica que Adorno y Horkheimer reclamaban para la cultura. Frente a una razón técnica que busca apagar todo lo que no encaja, proponen otra que se detenga a escuchar, que tolere lo que interrumpe, que integre en lugar de suprimir. Lo mismo propone la alostasis: frente a una fisiología de la corrección, una fisiología de la escucha.

Horkheimer critica la transformación de la razón en razón

instrumental: una razón que ya no se pregunta por el sentido, sino solo por la eficacia y el control. Peter Sterling, desde la fisiología, critica algo muy similar: el modelo de homeostasis clásica, que supone que el cuerpo solo reacciona pasivamente para restaurar un equilibrio fijo, como si fuese una máquina termostática y, por tanto, elimina el rol de la anticipación, el sentido y la historia en la fisiología.

Para ambos, hay una reducción de la complejidad: se reemplaza un sistema vivo por un modelo mecánico y se impone una lógica de control en lugar de una de comprensión.

Y aquí aparece la osteopatía. Porque si existe una práctica clínica que haya conservado, contra todo pronóstico, esa racionalidad crítica, esa sensibilidad contextual, esa confianza en el cuerpo como narrador de sentido, es la osteopatía.

Acá vislumbramos una paradoja histórica, porque el escenario de nacimiento de la osteopatía es el opuesto al de la situación actual. La osteopatía nació como una reacción "ilustrada" frente a la medicina heroica del siglo XIX, que podríamos llamar “mítica”. Andrew Taylor Still presenta la osteopatía como una medicina racional. Si bien la medicina heroica fue finalmente reemplazada por una más sensata, su posición como medicina oficial (establecida a partir del informe Flexner) la encadenó a las fluctuaciones de la racionalidad pública (sobre todo hacia el positivismo). Por esa razón, sus fundamentos pasaron a formar parte de la racionalidad instrumental que denuncian Horkheimer y Adorno. Pero la osteopatía, al ocupar un lugar marginal respecto a las instituciones oficiales, quedó preservada de las derivas más duras hacia la razón instrumental.

Desde una perspectiva estructural y dialéctica, podría sostenerse que no hay, en verdad, paradoja alguna. La relación entre medicina y osteopatía respondería a una secuencia histórica de negaciones sucesivas, análoga a la que Perry Anderson describe en sus estudios sobre los modos de producción. Un primer escenario estaría marcado por la oposición entre una medicina heroica, de rasgos todavía míticos, y una osteopatía racionalista e ilustrada. A éste le seguiría una segunda etapa, en la que la medicina se reorganiza bajo las coordenadas del positivismo instrumental —consolidado institucionalmente tras el informe Flexner— y la osteopatía (estadounidense) se adapta parcialmente, resignando su alcance holístico a favor de una versión

musculoesquelética, más aceptable dentro del nuevo orden biomédico. Este ajuste puede interpretarse como una regresión funcional que preserva lo esencial de la práctica en un contexto adverso. Finalmente, el tercer momento, aún en proceso de consolidación, implicaría la emergencia de una osteopatía renovada, de orientación holística y etiológica, diferenciada tanto de la medicina positivista como de su propia etapa intermedia. En este proceso, como en ciertas transiciones históricas descritas por Anderson, la temporalidad se invierte dialécticamente: el momento ilustrado del origen se proyecta hacia adelante, pero sólo a través de su negación y su posterior recuperación bajo nuevas condiciones.

Desde este ángulo, resulta claro que la osteopatía no es solamente una técnica manual ni una alternativa terapéutica: es un intento por recuperar para la salud una racionalidad distinta, no instrumental. Una forma de pensar el cuerpo que no se organiza alrededor de la enfermedad, sino de la salud; que no se centra en la patología, sino en la fisiología; que no se limita a registrar signos, sino que indaga en procesos. Allí donde la racionalidad instrumental pregunta "qué está fallando y cómo lo corrijo", la racionalidad osteopática —y más ampliamente, la racionalidad fisiológica anticipatoria— pregunta "qué está intentando hacer este cuerpo para sostenerse".

Recuperar una razón crítica —como proponen los frankfurtianos— y una fisiología anticipatoria —como propone Sterling— no es un gesto teórico: es una forma distinta de escuchar el cuerpo. Exige suspender el automatismo con el que interpretamos los signos, aceptar que no toda desviación es una amenaza y volver a plantear preguntas ante las que el sentido común solo ofrece respuestas rápidas. Exige devolverle al organismo su dignidad epistemológica: no tratarlo como una máquina que falla, sino como una inteligencia que actúa. O, en términos de Horkheimer, se trata de resistir la reducción de la clínica a mera eficacia técnica.

Entonces, este libro propone una deconstrucción. Pero "deconstrucción", acá, no significa refutar opiniones con mejores datos, sino algo más ingrato: tocar la función que ciertas ideas cumplen en nuestra vida cotidiana. Porque muchas de esas ideas son síntomas: no sobreviven por error, sino por utilidad psíquica. Nos permiten

simplificar, descargar ansiedad, comprar una pequeña certeza en cuotas. Žižek lo diría sin piedad: el problema no es que la gente no sepa; el problema es que, a veces, no quiere perder lo que obtiene con lo que sabe mal.

En El Camino del Osteópata quiero desarmar ideas incorporadas y automatizadas, con el objetivo de construir una forma de pensar la salud que sea racional, contemporánea y fisiológicamente sensata, pero distinta de la habitual. En lo que sigue voy a llamar racionalidad instrumental a esa convergencia entre un modo de producir conocimiento que necesita fragmentar para generalizar y un modo de organizar la atención que necesita estandarizar para intervenir. Bajo esa convergencia, la mirada tiende a concentrarse en lo que puede identificarse y corregirse rápido, y el síntoma pasa a leerse como error antes que como pista funcional.

En el campo de la salud, esta racionalidad instrumental se expresa en la tendencia a centrar toda la mirada en la enfermedad: localizarla, aislarla, combatirla, erradicarla. El cuerpo se concibe entonces como un conjunto de partes corregibles. Los síntomas se presentan como errores que deben suprimirse cuanto antes. No porque la medicina ignore la complejidad, sino porque la estructura institucional y productiva favorece aquello que puede fragmentarse, medirse y reproducirse en serie.

Esta preferencia no es accidental. Existe una afinidad estructural entre el modo en que la ciencia moderna produce conocimiento —a partir de regularidades empíricas generalizables— y un sistema económico que requiere intervenciones estandarizables y reproducibles.

Un ejemplo de cómo la razón instrumental es correctiva antes que indagadora se puede ver en la didáctica de la medicina. Mientras aprendía fisiología, me interesé en particular por las hormonas y sus funciones. Los manuales que tenía a mano —Guyton, Costanzo, Tortora— ofrecían una visión general, útil pero limitada. Así que decidí ir un poco más lejos. Compré un buen tratado de endocrinología: el *Manual of Endocrinology and Metabolism* de Lavin. Esperaba encontrar allí una descripción ordenada del sistema endocrino: una exposición clara del funcionamiento hormonal y luego, en algún capítulo final, un repaso de las patologías más comunes. Pero

el libro está dividido en las siguientes secciones:

Sección 1: Ciencias Básicas de la Endocrinología Clínica
Sección 2: Disfunción Hipotalámica-Pituitaria
Sección 3: Trastornos Suprarrenales
Sección 4: Trastornos del Sistema Reproductivo
Sección 5: Trastornos Minerales
Sección 6: Trastornos de la tiroides
Sección 7: Trastornos Metabólicos
Sección 8: Errores Congénitos del Metabolismo
Sección 9: Diabetes Mellitus
Sección 10: Tratamientos con Hormonas Sexuales
Sección 11: Temas Especiales en Endocrinología Clínica

El 90% del libro está dedicado a patologías. Yo hubiera esperado algo como los manuales de instrucciones de los aparatos, donde se explica el funcionamiento y el último capítulo se ocupa de la resolución de problemas. Pero no, acá casi todo el libro trata sobre resolución de problemas.

Frente a este modelo dominante, la osteopatía —como práctica clínica y como marco conceptual— adopta una racionalidad distinta, que me atrevo a caracterizar como no instrumental. Su objetivo no es simplemente suprimir la enfermedad, sino comprender las condiciones que permiten la autorregulación del cuerpo. En lugar de enfocarse exclusivamente en la patología, la osteopatía dirige su atención a la fisiología; en lugar de priorizar la corrección de anomalías, busca comprender la organización funcional del sistema corporal. Su eje no es la enfermedad, sino la salud.

Este libro, entonces, se inscribe en la intersección entre estos dos planos: por un lado, una crítica epistemológica a la hegemonía de la razón instrumental (sobre todo en el ámbito de la salud); por el otro, una propuesta de reorientación clínica que no pretende sustituir a la medicina científica ni negar sus aportes, sino abrir un espacio para una práctica más interrogativa, menos intervencionista, más atenta a las dinámicas de sentido del cuerpo viviente. No se idealiza aquí el síntoma ni se romantiza el sufrimiento, sino que se propone pasar de una clínica centrada en la supresión del síntoma a otra centrada en su interpretación; de una lógica de control a una lógica de escucha; de una relación de intervención sobre el cuerpo a otra de diálogo con él.

En particular, quiero desmontar la primera pregunta que nos hacemos al aparecer un síntoma: "¿Qué puedo tomar para que se me pase?". Tal vez, en lugar de preguntarnos inmediatamente qué podemos tomar para que un síntoma desaparezca, podríamos preguntarnos primero qué está tratando de hacer el cuerpo con ese síntoma. No se trata de rechazar la intervención médica, sino de comprender que muchos síntomas tienen una función, y que su supresión automática podría interferir con procesos fisiológicos útiles.

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

Dos concepciones extremas

La escenificación doméstica de la medicina

La manera en que solemos pensar la salud no surge en el vacío. Se construye en la intersección entre saber especializado, instituciones sanitarias y cultura cotidiana. Lo que llega al ámbito doméstico no es una medicina pura que luego se deforma, sino una versión ya simplificada por la propia dinámica institucional que, al salir del contexto clínico, se vuelve todavía más esquemática.

La medicina es un saber altamente técnico, pero también es una práctica social inserta en hospitales, aseguradoras, industrias farmacéuticas y marcos regulatorios. En ese entramado, ciertos procedimientos diseñados para situaciones específicas tienden a convertirse en protocolos estandarizados. Y cuando esos protocolos atraviesan la frontera del consultorio hacia la vida cotidiana, se transforman en reglas generales. Lo que en su contexto clínico era una conjetura prudente se convierte en una fórmula automática. Lo que era una decisión situada pasa a ser un hábito. En esa transición no sólo se pierde información, sino que se refuerza una lógica ya presente: la lógica de la simplificación.

Hay una fórmula clásica que Žižek repite: "Sé muy bien cómo son las cosas, pero aun así…". Sé que un antibiótico no es un amuleto;

sé que un chequeo no es un oráculo; sé que una pastilla no reordena mi vida. Pero aun así actúo como si lo fueran, porque en la escena ritual se juega algo más que la eficacia: se juega una relación con la angustia, con la espera, con el miedo a no tener control. La "escenificación doméstica" no produce solo errores conceptuales; produce prácticas que se sostienen por el consuelo que administran.

Así es como terminamos participando en sistemas híbridos: ni estrictamente médicos ni puramente irracionales. Son prácticas que combinan conocimiento científico, organización institucional y necesidad simbólica. En ese cruce, el acto médico puede adquirir un valor que excede lo clínico: pastillas vividas como conjuros, chequeos como profecías, diagnósticos como sentencias. No porque la medicina sea mágica, sino porque la racionalidad que la estructura puede deslizarse, sin quererlo, hacia formas ritualizadas cuando se la abstrae de la singularidad del cuerpo concreto.

La apropiación domesticada de otras culturas

El desencanto con ciertos resultados de la medicina contemporánea —que en muchos casos no tiene tanto que ver con fallas reales del sistema como con expectativas desmesuradas propias de nuestra biología ansiosa, o incluso con coyunturas macroeconómicas circunstanciales—, sumado al acceso a otros conocimientos habilitado por la globalización, abre las puertas a tradiciones terapéuticas ajenas al canon occidental. Muchas de ellas provienen de sistemas médicos elaborados en contextos culturales muy distintos —asiáticos, premodernos o eclécticos— y poseen lógicas internas que anteceden en siglos a nuestras categorías clínicas.

Pero con las medicinas no occidentales ocurre una distorsión similar 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 los saberes orientales saben que son siete, que cada uno tiene un color, que a cada uno le 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 una localización estable ni una 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 para ejercicios de concentración, diseñadas para prácticas específicas. Los chakras eran actos, no estructuras.

La reescritura occidental transmutó las cosas en su propio estilo. Primero llegó Sir John Woodroffe en 1918, quien organizó siete chakras, alineados con las glándulas y sus 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 actualmente sobre los chakras. Es ella quien asocia los chakras con etapas de desarrollo, emociones, traumas, zonas áuricas, tipologías junguianas, elementos aristotélicos y todo lo que pudiera entrar en un mapa conceptual bien diagramado[3].

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

[3] 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".

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 en 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 para los circuitos de espiritualidad laica, donde lo exótico no opera como forma de integración simbólica, sino como dispositivo de estandarización. O dicho más sencillamente, facilita el merchandising.

Más allá de los chakras, ocurre algo similar cuando se interpreta la medicina china a partir de 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 la conciben la disección y la fisiología occidentales, lo cual no es equiparable a las nociones funcionales del sistema de los cinco elementos ni a las 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 que 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 que una estructura semántica se ve obligada a inscribirse en un marco 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, afirmar 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"— es vaciarlo de su sentido y reducirlo a una fórmula repetida.

El concepto común de salud está moldeado más por el método médico que por su conocimiento

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

La premisa es que el concepto de salud, tal como circula en el sentido común contemporáneo, está fuertemente influido por los procedimientos metodológicos del paradigma médico moderno. No pretendo investigar aquí si ese método es erróneo, sino el hecho de que las herramientas diseñadas para investigar y clasificar fenómenos patológicos terminan organizando también nuestra comprensión cotidiana del cuerpo. Las herramientas metodológicas se convierten en categorías ontológicas.

El método médico —identificar enfermedades a partir de síntomas— es una tecnología del cuerpo extraordinariamente eficaz. Para producir conocimiento generalizable, necesita fragmentar, aislar variables y establecer regularidades empíricas. Ese movimiento es condición de la ciencia moderna. Esta forma de producir conocimiento no es necesariamente problemática en sí misma. Sin embargo, esta rama particular de la ciencia está estrechamente relacionada (y esponsoreada) por uno de los sectores industriales más rentables y poderosos del planeta, que determina tanto las investigaciones realizables como la divulgación de los resultados a los operarios de primera línea (los médicos) y a los potenciales clientes (el público en general). En esa convergencia, la mirada clínica tiende a organizarse en torno a aquello que puede identificarse con rapidez y corregirse con productos de venta masiva. El problema que nos interesa aquí surge cuando esa estrategia metodológica, pensada para contextos clínicos específicos y/o escenarios comerciales, se convierte en una forma espontánea de percibir la realidad misma, y así se cree que la enfermedad *es* los síntomas, y que la salud es la transparencia fisiológica del cuerpo.

La forma habitual de pensar la salud surge de una simplificación del razonamiento fisiológico y de la incorporación fragmentaria de tradiciones médicas no occidentales que, al ser reinterpretadas fuera de su contexto original, terminan adaptándose a esa misma lógica simplificadora. En ese contexto, nuestras estrategias cotidianas tienden a ser erróneas. 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 romper el termómetro para hacer desaparecer la fiebre.

Creo que, en la vida cotidiana, puede ser útil pensar la salud como lo haría un osteópata y no como suele organizarse la atención sanitaria bajo condiciones institucionales de alta estandarización. No porque los osteópatas sean más sabios o más dedicados, sino porque su modelo perceptivo parte de una fenomenología del cuerpo más abierta, menos prescriptiva y 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 sólo una clasificación, sino una fenomenología.

La propuesta

Una de las dificultades al aprender osteopatía es abandonar esa forma habitual de pensar la salud y la enfermedad. Este libro nació como una herramienta para estudiantes, pero pronto entendí que podía servir a cualquier persona, porque la forma rápida, binaria y sintomática de razonar está profundamente arraigada en el sentido común, más allá de la formación médica o académica. Creo que la clínica —y también la vida cotidiana— se enriquecen cuando incorporamos un enfoque osteopático: un modo de pensar que prioriza la comprensión de los procesos y las causas por encima de la reacción inmediata. No porque la osteopatía tenga todas las respuestas, sino porque su forma de razonar suele ser más coherente con la experiencia real del cuerpo y menos dependiente de automatismos técnicos o de una jerga difícil de traducir al lenguaje ordinario y, sobre todo, más cercana a la experiencia cotidiana del cuerpo.

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

La idea de pensar en procesos, no en etiquetas

La medicina clínica suele organizar el abordaje a partir de etiquetas diagnósticas; es decir, su método consiste en nombrar la enfermedad a partir del cuadro sintomático. Ese nombramiento —altamente eficaz como propedéutica profesional— puede resultar engañoso cuando se convierte en una ontología: en la traducción cultural al sentido común, a veces se instala la idea de que lo que se nombra existe y lo que no se nombra, no. Por lo tanto, el diagnóstico no solo organiza la intervención médica, sino que también empieza a

organizar la forma en que entiendo mi malestar, mi identidad y mi destino clínico.

Una alternativa complementaria consiste en pensar en términos de procesos más que de etiquetas. En vez de preguntar "¿qué tengo?", preguntarse "¿qué está ocurriendo?". Supone dejar de pensar en las 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 únicamente su eliminación. La supresión inmediata es necesaria en urgencias o en situaciones de riesgo, pero no puede sustituir la comprensión. Un síntoma 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 disposición para habitar la incertidumbre.

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

La idea del síntoma como aliado y no enemigo

Durante muchos años, yo mismo entendí el síntoma como un error: algo que debía eliminarse. Pero con el tiempo —y con la lectura de la fisiología, la inmunología, la biología del estrés— descubrí que muchos síntomas son respuestas adaptativas del cuerpo: no fallos, sino estrategias.

El dolor, la inflamación o la fiebre no siempre son enemigos. Muchas veces forman parte de una secuencia funcional cuyo propósito es restaurar un equilibrio. Eso no significa que debamos soportar lo insoportable, ni que haya que postergar tratamientos necesarios. Pero sí significa que podemos aprender a discernir cuándo un síntoma requiere ser bloqueado y cuándo, en cambio, conviene escucharlo. Y también, por supuesto, cuándo y cómo se pueden hacer ambas cosas.

La tarea del terapeuta —y también la del propio paciente— es intentar comprender la finalidad del síntoma en el contexto de la

fisiología y de la historia individual.

La idea de que la ontogenia[4] debe dialogar con la estadística

Buena parte del razonamiento clínico actual se basa en datos estadísticos. Los estudios poblacionales, los ensayos clínicos, los protocolos basados en resultados reproducibles son herramientas valiosas. Sin embargo, su aplicación directa a un individuo concreto siempre exige un ajuste: una traducción a la historia particular de ese cuerpo.

Cada organismo tiene un recorrido único. Ha atravesado experiencias, exigencias, adaptaciones. 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, con mi historia, en este momento preciso de mi vida.

Los aspectos ontogénicos son mucho más determinantes que los rasgos genéricos. Los promedios poblacionales orientan, pero la decisión clínica debe ajustarse a la historia singular.

La idea de que el cuerpo está vivo

En la práctica clínica, a veces el paciente entiende el cuerpo como un aparato: un conjunto de piezas independientes que se ajustan, se reemplazan o se corrigen. Esta metáfora, característica de la

[4] 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)

razón instrumental, ha sido útil en muchos contextos, pero resulta limitada cuando se trata de comprender fenómenos complejos, emergentes o interdependientes.

La fisiología contemporánea —desde la neuroinmunología hasta la biología de sistemas— describe al cuerpo como una red viva, autorregulada y en permanente interacción con el ambiente. Ninguna parte actúa de manera aislada. Ninguna función se explica por sí sola. La salud no es una suma de equilibrios locales, sino una capacidad global de integración y reorganización ante los desafíos del entorno.

Y como todo lo que está vivo, mi cuerpo no solo responde, sino que también anticipa y aprende. Tiene propósitos, estrategias, remodelaciones. Si mi cuerpo es una máquina autosuficiente, no puedo analizarlo desde una perspectiva reduccionista que excluya sus propiedades emergentes[5] y los aspectos teleológicos[6] de los procesos corporales.

La estrategia a largo plazo

Este libro forma parte de una serie de tres (o al menos tres) volúmenes que proponen una nueva forma 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 complementaria a la que predomina en los discursos oficiales sobre salud, una que nos permita volver a razonar con el cuerpo, a partir del cuerpo y no únicamente por encima de él.

[5] 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" se manifiesta cuando dos átomos de hidrógeno y uno de oxígeno se juntan para formar una molécula de agua. (Ver glosario al final del libro).

[6] Teleología: Rama de la filosofía que se ocupa de 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 plantea la pregunta por el para qué. Así, un fenómeno no se entiende solo como resultado del pasado, sino como impulsado por una finalidad futura. (Ver glosario al final del libro).

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 y 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 un protocolo.

El Cuerpo y la Escucha sostiene que sin una percepción ajustada ninguna intervención clínica puede ser verdaderamente idiográfica[7]. Antes de 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, el segundo libro de esta colección, quiere mostrar que muchas veces lo que llamamos enfermedad es, en realidad, la respuesta del cuerpo ante una amenaza. De ahí que toda intervención de salud requiera 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 dar un paso más: propone un marco teórico y clínico para comprender aquellas

[7] El término idiográfico se utiliza en las ciencias humanas y de la salud para designar un enfoque centrado en lo singular, lo particular y lo irrepetible de cada caso. A diferencia de lo nomotético —que busca leyes generales y patrones estadísticos aplicables a grupos—, lo idiográfico se orienta a comprender la trayectoria individual, la historia específica y la organización propia de un sujeto o de un organismo. En clínica, un enfoque idiográfico implica atender a la lógica interna del paciente más que a promedios poblacionales. Dicho de manera sencilla: tratar al paciente, no a la enfermedad.

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 a veces queda en los márgenes del circuito asistencial o se agrupa bajo rótulos amplios (como 'funcionales' o 'idiopáticas').

Afinación Somática parte de la hipótesis de que esas patologías no surgen de agentes externos, sino de 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.

Desde una perspectiva alineada con avances recientes en neurobiología del estrés, medicina psiconeuroinmunológica y modelos como la alostasis, la emoción no se concibe aquí como una energía difusa ni como una categoría puramente psicológica, sino como una configuración funcional del organismo, capaz de influir de manera sostenida sobre la percepción, la activación autonómica y los patrones de respuesta corporal. Por eso, el enfoque de *Afinación Somática* busca alejarse tanto de explicaciones metafísicas como de reduccionismos psicologicistas, proponiendo en su lugar un marco fisiológico coherente que permita integrar la clínica, la historia personal y la experiencia corporal sin perder rigor. 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, circulando sobre todo en redes sociales o circuitos no científicos, 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: evitar la exclusividad del positivismo para no 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 interesada en pensar su cuerpo sin traducirlo en etiquetas ni exorcizarlo mediante rituales. Escuchar antes de intervenir, comprender antes de corregir y sentir antes de nombrar.

Contenido de cada capítulo

El capítulo 1 (*Abordajes clínicos*) analiza las similitudes entre la osteopatía y la medicina, especialmente al compararlas con otras prácticas terapéuticas, como el reiki o la medicina china. Luego desarrolla sus diferencias principales. La idea es situar a la osteopatía en su posición epistemológica y operativa dentro del conjunto de las disciplinas médicas contemporáneas, ya que su filosofía servirá de base para elaborar un nuevo modelo de salud, que no surge *ex nihilo* sino que se elabora a partir de las tensiones, desplazamientos y límites internos del campo médico existente, y cuya inteligibilidad depende, precisamente, de haber aclarado previamente el lugar desde el cual la osteopatía piensa y actúa.

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

El capítulo 3 (*Distorsiones noetiológicas*) analiza errores frecuentes en la forma de razonar sobre la salud, como confundir síntomas con enfermedades o interpretar signos como causas. Propongo una forma de pensamiento más alineada con una lógica fisiológica, que permita establecer relaciones más sensatas entre lo que observamos y lo que hacemos.

El capítulo 4 (*La automedicación facilitada*) examina 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 requieren un análisis previo antes de ser suprimidos.

El capítulo 5 (*La prescripción facilitada*) se centra en aquellos fármacos que, aunque no deberían ser tomados sin prescripción médica, se utilizan de manera que parte de la responsabilidad recae en el paciente, quien no siempre sigue las indicaciones del profesional. Esta brecha refleja condiciones estructurales de comunicación y de educación sanitaria que favorecen la estandarización por sobre una explicación ajustada a la realidad específica del paciente.

El capítulo 6 (*La persistencia del misticismo*) explora cómo algunos de estos errores no se deben únicamente a una mala transmisión del conocimiento médico, sino también a la convergencia entre simplificaciones culturales y ciertas lógicas estructurales que privilegian respuestas inmediatas frente a la incertidumbre. Esta observación no es una crítica moral, sino un llamado a reconocer los sesgos cognitivos que todos —pacientes y terapeutas por igual— podemos arrastrar.

El capítulo 7 (*La botización de la salud*) recoge reflexiones críticas surgidas en los ámbitos médico y académico, especialmente aquellas que han puesto en cuestión los límites del modelo biomédico. Autores como George Engel, Eric Cassell, Fredrik Svenaeus, Peter Sterling, Randolph Nesse e Ivan Illich muestran que existe una afinidad estructural entre el modo en que se organiza el conocimiento médico y ciertas formas de práctica estandarizada que pueden empobrecer la comprensión del cuerpo como totalidad. Muestro que muchos de sus planteos coinciden con intuiciones clínicas de la osteopatía, aunque provengan de tradiciones distintas.

El capítulo 8 (*La restauración de la razón*) enuncia y desarrolla los principios fundamentales de la osteopatía, sobre los cuales se apoyará la reformulación del modelo de salud propuesto.

El capítulo 9 (*El renacimiento de la salud*) esboza —por fin— una nueva concepción de la salud, más alineada con la fisiología y con una comprensión del organismo en su singularidad.

1 Abordajes clínicos

Desde hace siglos, la medicina occidental se ha construido sobre la promesa de la Ilustración: comprender el cuerpo a través de la razón. Sin embargo, como señalaron Adorno y Horkheimer, esa misma razón que aspiraba a emanciparnos fue volviéndose progresivamente instrumental, ya no preocupada por el sentido, sino por la eficiencia. Algo semejante ocurre, según Peter Sterling, cuando el cuerpo se concibe exclusivamente como un sistema que corrige desvíos y no como una inteligencia que anticipa, se adapta y aprende.

El presente capítulo parte de estas dos críticas convergentes: la reducción técnica de la razón y la reducción reactiva de la fisiología. Su objetivo no es contraponer de manera tajante la medicina y la osteopatía, como si se tratara de paradigmas excluyentes, sino examinar el punto en que sus caminos se bifurcan. Ambas disciplinas comparten fundamentos científicos, pero pueden organizarse según modos distintos de racionalidad clínica: uno más orientado a la corrección inmediata y otro más atento a la comprensión funcional de los procesos.

La enfermedad no es el único obstáculo entre nosotros y la salud; también lo es la creencia cada vez más arraigada 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 directamente del conocimiento médico en su complejidad, sino de versiones simplificadas que se consolidan tanto en la práctica institucional como en su circulación mediática: 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 recibe una caricatura funcional de ella. Desgraciadamente, estas creencias no solo son falsas, sino que a menudo también son dañinas.

En ese escenario, la osteopatía suele presentarse como una práctica marginal o secundaria en el relato biomédico dominante. No porque la medicina la rechace explícitamente —muchos médicos colaboran con osteópatas o derivan pacientes, o incluso son pacientes osteopáticos—, sino porque opera desde una lógica distinta: no orientada a la supresión inmediata del motivo de consulta, sino a su comprensión funcional dentro del proceso adaptativo del cuerpo. Lejos de proponerse como una alternativa, la osteopatía puede entenderse como una interpretación distinta de las mismas bases fisiológicas, que da prioridad a la organización funcional del cuerpo más que a su taxonomía nosológica.

Este capítulo busca mostrar esa cercanía y esa diferencia: no como una oposición, sino como dos modos de habitar un mismo linaje científico. A lo largo de estas páginas veremos cómo funciona esta otra lógica propedéutica y por qué puede ayudarnos a repensar no solo nuestras prácticas clínicas, sino también nuestras decisiones cotidianas frente a la salud.

La osteopatía no es solo musculoesquelética

Empecemos por una aclaración fundamental. Se suele pensar que la osteopatía solo puede tratar cuestiones musculoesqueléticas (en el imaginario de muchos, es una especie de fisioterapia con mística), pero su campo de acción es, en realidad, más amplio. En la práctica clínica, uno se encuentra tratando personas que sufren 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 cualquier cosa? Por supuesto que no. Como cualquier otra disciplina, tiene sus límites. Hay casos en los que remitimos al paciente al médico convencional, como ante la sospecha de apendicitis o de infección sistémica, cuando los recursos de nuestro tratamiento son inciertos. Y hay otros en los que, sencillamente, no existe cura conocida.

¿Pero la osteopatía puede tratar, por ejemplo, la colitis ulcerosa? Bueno, esto es relativo. La colitis ulcerosa es un diagnóstico biomédico, no osteopático. Podríamos responder: "La osteopatía puede tratar personas con condiciones que la medicina clasifica en el 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 la que sufren 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 diagnóstico idéntico y sintomatologías divergentes, o con síntomas análogos que responden a lógicas fisiológicas disímiles.

El discernimiento de qué disciplina trata qué, o incluso qué trata cada especialidad, es complejo. Los límites del objeto de la medicina también son poco claros. ¿Puede tratar colitis ulcerosa? La realidad es que algunos casos sí pueden tratarse y otros no.

La medicina convencional ha logrado enormes avances, pero, como toda disciplina, tiene un campo de eficacia definido. Su marco epistemológico —basado en evidencia estadística, clasificación nosológica y protocolos estandarizados— ha demostrado gran efectividad en enfermedades infecciosas, traumatismos, oncología y cirugía, entre otros. Sin embargo, no todos los fenómenos de salud encajan fácilmente en ese molde.

En primer lugar, 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 denominar *"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. Muchas condiciones se agrupan en esta categoría: hipertensión esencial, intestino irritable, fibromialgia, cefaleas tensionales, entre otras. Así, por ejemplo, si mil personas presentan dolor abdominal crónico, gases, diarrea intermitente y ansiedad postprandial, se las agrupa bajo la etiqueta de "síndrome de intestino

irritable".

Pero "idiopático" también quiere decir que no hay cura conocida y que, en los casos en que exista algún tratamiento, este será solo sintomático (esto no es una limitación de la disciplina, sino una cuestión semántica: en cuanto aparece un tratamiento curativo, la enfermedad deja de ser idiopática). 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 denominaciones incluyen las palabras idiopática, criptogénica, esencial, primaria, agnogénica o nombres clínicos que parecen extraídos de novelas de Terry Pratchett, como "colon irritable", "intestino perezoso" o "presencia testicular".

Entonces, si bien los campos de aplicación de la medicina convencional y de la osteopatía son distintos, no es fácil diferenciarlas en ese aspecto. La diferencia entre medicina y osteopatía no radica en lo que se trata, sino en *cómo*. El problema no es si se puede tratar la colitis ulcerosa o no, sino qué se entiende por colitis ulcerosa. En osteopatía tratamos a personas con *modus vivendi* y *operandi* excepcionales, no con etiquetas. La medicina clásica, por su propio método, tiende a organizar su práctica en torno a la taxonomía y al control del síntoma, mientras que la osteopatía busca comprender las funciones que lo originan y reactivar los 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 solemos enfatizar las diferencias con la medicina convencional. Sin embargo, en comparación con otras prácticas terapéuticas (como la medicina tradicional china, el ayurveda, la biodecodificación, el reiki, el chamanismo, la homeopatía y la naturopatía, por nombrar solo algunas), la más cercana a la osteopatía es, justamente, la medicina convencional.

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" (un médico, un paciente, consultorio, anamnesis, inspección, etc.).

Para desmenuzar esta extraña mezcla de cercanía conceptual y distancia identitaria[8], 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), oficiantes (quienes ponen en práctica la doctrina) y protocolos (operaciones y herramientas específicas de los oficiantes).

Esta organización no solo permitirá poner de relieve las similitudes entre la osteopatía y la medicina convencional, sino que ofrecerá una herramienta conceptual que será retomada en el capítulo 6 de este libro, dedicado a las formas contemporáneas de pensamiento místico en las concepciones dominantes de la 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

[8] Este fenómeno, que a primera vista parece extraño, no es exclusivo de la clínica. Lo mismo ocurre en muchos otros ámbitos: las peleas más intensas suelen darse entre quienes, desde afuera, parecen casi iguales. Piense en los italianos del norte y del sur, siempre dispuestos a marcar sus diferencias. Para nosotros, que miramos desde lejos, todos son simplemente italianos; basta encontrarse con uno para no tener idea de su origen regional, aunque sí podamos distinguirlo sin esfuerzo de un sueco. En Suiza pasa algo parecido. Allí hablan de la "Rösti Wall", un muro imaginario que separa la parte francófona de la germanófona. Y aun dentro de la propia Suiza alemana, la cosa se repite: los habitantes de Basilea se declaran diferentes de los de Berna, y los de Berna hacen exactamente lo mismo con los de Basilea.

fisiología occidentales contemporáneas. Sus profesionales emplean 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 los osteópatas y los 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 ocurre en todas las disciplinas. En otras prácticas, lo que cambia no es solo el abordaje, sino también 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 los meridianos por donde circula ese qi, con el cuerpo como una especie de red vial energética, aunque sin una 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 un poco de esfuerzo, equilibra de nuevo. Y luego, hay otras prácticas que trabajan con conceptos aún más difíciles de relacionar con las concepciones positivistas dominantes en Occidente, como memorias celulares, atributos espirituales, marcos simbólicos o resonancias mórficas. En estos casos, el cuerpo no se entiende como una entidad biofísica regulada por leyes fisiológicas, sino como un campo simbólico, energético o espiritual que, a veces, reemplaza y otras veces solo se superpone a la visión occidental.

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

Doctrina: Diagnóstico y tratamiento como secuencia

clínica

Osteopatía y medicina 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, mediante los medios adecuados, el trastorno o la disfunción que afecta al paciente; la segunda, en seleccionar y aplicar un tratamiento específico que corrija 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 sanitario 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 ese estado.

Esto puede darse incluso en la sabiduría popular. Cuando una persona dice que "los granos integrales son buenos para el corazón", está proponiendo una terapéutica o una medida de prevención que no se basa en 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 mediante el cual se obtiene una lógica de causación del estado actual o de la patología, pero sin que ello se traduzca en un procedimiento específico dirigido al problema identificado. Diagnóstico puro, sin tratamiento específico. Esto no significa que no haya terapéutica, sino que esta es independiente de la disciplina.

En medicina y en osteopatía, por el contrario, el acto clínico está orientado a 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 radica en la manera 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.

En eso coinciden con otras disciplinas como la homeopatía, la naturopatía y las medicinas tradicionales. Esta legitimación por vía académica contrasta con otras formas de validación terapéutica que apelan a criterios distintos: experiencias personales, dones intuitivos, vínculos con entidades espirituales, procesos de "despertar" o de 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, se limitan a "conectar" con entidades o a canalizar energías exógenas, que son las verdaderas responsables del efecto terapéutico.

En la osteopatía y en la medicina convencional, en cambio, el conocimiento se comparte, se discute y se corrige. La autoridad del terapeuta deriva de su capacidad para razonar clínicamente, aplicar conocimientos y sustentar 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 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 en los que un solo agente sanador atiende a docenas, cientos o incluso miles de personas (esto incluye tanto a un chamán como a una clase de Zumba).

O, por otra parte, el encuentro presencial puede no ser necesario. La cura del mal de ojo, por ejemplo, puede ser realizada por el sanador en su casa mediante distintos métodos, luego 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, la interacción y la escucha.

Consideración final

Si uno quisiera imaginar un modelo de atención radicalmente distinto al de la medicina y la osteopatía, podría pensar en una ceremonia colectiva, donde un sanador invoca fuerzas externas para

irradiar salud sobre los presentes y, quizás, también sobre 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 prácticas muy afines. Son tan parecidas que algunos autores han propuesto su integración plena dentro del sistema médico dominante, ya sea mediante su absorción completa o su asimilación como una especialidad más.

Estas propuestas parten de un alto grado de coincidencia formativa y científica, pero no siempre reconocen que semejanza no implica identidad. Aunque comparten fundamentos, difieren en ciertos criterios metodológicos que no pueden diluirse sin alterar su especificidad. La osteopatía, con su enfoque manual y funcional, complementa la medicina convencional, pero no se reduce a ella.

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 filosóficos[9].

El concepto de medicina manual

Una de las diferencias más evidentes entre la osteopatía y la medicina convencional es la centralidad de las manos en la práctica osteopática. En la osteopatía, el tacto se utiliza como una herramienta sensorial fina para evaluar tensiones y restricciones en el cuerpo. Esta práctica se apoya en una larga tradición clínica y en evidencia creciente sobre la capacidad del sistema somatosensorial para discriminar cambios sutiles en la textura o la temperatura, restricciones de movilidad, resistencias tisulares, patrones adaptativos y signos de disfunción.

En la medicina contemporánea, en cambio, el diagnóstico y el tratamiento se apoyan cada vez más en dispositivos tecnológicos: análisis bioquímicos, imágenes de alta resolución, algoritmos diagnósticos, protocolos farmacológicos. Esta tendencia no es atribuible a una falla médica, sino al triunfo generalizado de una forma de racionalidad —la racionalidad instrumental— que privilegia la objetivación, la estandarización y la eficiencia técnica por sobre la experiencia directa. En ese proceso, la percepción táctil ha sido desplazada por dispositivos que generan datos, y el tiempo clínico se ha visto condicionado por exigencias burocráticas, administrativas y legales que dificultan el contacto humano. No se trata de una "falla" de la medicina, sino de un cambio en el modo en que nuestra cultura concibe la verdad, el cuerpo y la intervención.

En el imaginario contemporáneo, la idea de un tratamiento manual conserva un aire de inverosimilitud. Tanto para el médico formado en el paradigma biomédico como para el público en general,

[9] 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, y todo fisiólogo epistemológicamente escrupuloso debería admitir que no se sabe si se mueven o no). Creo que esas diferencias son secundarias, en el sentido de que se derivan de los cuatro conceptos primarios que acabamos de enunciar.

la noción de que una intervención física —el contacto, el movimiento, la manipulación— pueda incidir de manera decisiva en las funciones viscerales o en la dinámica general del organismo resulta contraintuitiva. ("¿Me va a curar el intestino irritable solo con moverme?", "¿En serio me puede corregir un hueso sin operar ni abrir?").

Esa desconfianza quizá nace de una resonancia que me resulta extraña: una confusión persistente entre lo manual y lo espiritual. En la cultura popular, el término "terapia manual" se asocia con lo intangible, con una suerte de intervención "energética" o "mística", como si lo manual y lo espiritual fueran primos lejanos. Lo curioso es que es exactamente al revés. La terapia manual es lo más físico que hay. La manipulación osteopática no invoca entidades metafísicas, sino leyes de mecánica, de tensión y de equilibrio tisular. Es una forma de trabajar con la materia, no con el espíritu.

Si quisiéramos resumir la diferencia con la medicina convencional, podríamos decirlo así: mientras la medicina tiende a buscar sus soluciones en la química (modificando procesos internos con sustancias externas), la osteopatía tiende a buscarlas en la física (ajustando tensiones, presiones y movimientos dentro del propio cuerpo)[10]. Ambas disciplinas operan dentro de la ciencia natural; difieren, más que por su racionalidad, por el plano de la naturaleza al que dirigen su atención.

Me permito reivindicar brevemente la solución física, que ha perdido aceptación. Supongamos que alguien se hace un corte en la mano y no deja de sangrar. El público en general, cuya mentalidad está impregnada por la cultura química, se pregunta qué sustancia debería aplicarse para detener la hemorragia. ¿Alcohol? ¿Mertiolate? ¿Agua oxigenada? ¿Azúcar? La mente busca un frasco, un producto, un compuesto que haga el trabajo.

Sin embargo, el procedimiento más eficaz, como bien sabe

[10] Esta afirmación representa una tendencia y no pretende ser categórica. Como decía Max Weber, los tipos ideales son mapas esquemáticos que simplifican la complejidad del terreno para poder pensar sobre él, no descripciones fotográficas de la realidad. Uno puede decir que un perro es un animal de cuatro patas, y nadie lo mira raro por eso, aunque todos sabemos que hay perros de tres patas (accidentes, malformaciones, causas varias) y yo vi uno —lo juro— que tenía seis, pero siguen siendo perros. Del mismo modo, aunque diferenciemos la medicina y la osteopatía en términos de química y física, en la práctica pueden encontrarse excepciones o zonas de solapamiento.

cualquier médico o persona con nociones básicas de primeros auxilios, no recurre a la química, sino a la física. La acción más adecuada no es aplicar una sustancia, sino ejercer una presión constante sobre el punto de sangrado hasta que el flujo cese y se forme un coágulo. En otras palabras, la intervención efectiva pertenece al orden mecánico antes que al químico.

Y no se trata de un caso aislado. En un paro cardíaco, lo que salva la vida no es una sustancia, sino una acción física: la reanimación cardiopulmonar o la descarga eléctrica del desfibrilador. Para contrarrestar una taquicardia supraventricular, en los hospitales se realiza masaje del seno carotídeo, incluso antes de administrar un fármaco. Ante un calambre, el gesto espontáneo es estirar el músculo. Incluso el cuerpo, en sus respuestas más automáticas, prefiere la vía mecánica a la farmacológica: ante un golpe, llevamos la mano al lugar del dolor; ante el agotamiento, reducimos la carga o nos sentamos. Son mecanismos de ajuste físicos, no químicos.

Recuerdo un ejemplo reciente. Una amiga consultó a un traumatólogo porque se sentía mareada, creyendo que se trataba de un problema cervical. Tras la revisión, el médico diagnosticó vértigo posicional por desplazamiento de otolitos y prescribió un fármaco antivértigo. Ella lo tomó durante un par de días, pero se sentía igual. Entonces vino a verme, le hice la maniobra de Epley —una serie de movimientos diseñados para devolver los otolitos a su lugar— y el vértigo desapareció al instante.

Me sorprendió que, en ese caso, no se hubiera optado por la maniobra, ampliamente conocida y recomendada en la literatura médica como tratamiento de primera línea para ese tipo de vértigo. Posiblemente influyeron las condiciones del entorno clínico o el modelo de atención, en el que no siempre es fácil aplicar todas las herramientas disponibles. Pero el hecho que me interesa es el siguiente: la solución no era química, sino física.

Esta inclinación a buscar soluciones químicas no se limita al ámbito de la salud. La vemos repetirse en los rituales cotidianos de la limpieza: ante una mancha rebelde, la reacción inmediata es buscar el detergente más concentrado, el quitamanchas más agresivo, o —en su versión "natural" para espíritus ecológicamente inquietos— la mezcla de vinagre, bicarbonato y sal rosada del Himalaya. Pocas veces se

recuerda que, antes de la alquimia doméstica, existía el simple acto de fregar. Nuestra cultura de consumo, sin proponérselo, nos ha enseñado a confiar más en lo que se compra que en lo que se hace.

Para reforzar esta idea, quiero contar una anécdota menor, de esas que empiezan con una tontería doméstica y terminan, vaya uno a saber por qué, en una pequeña revelación. Hace un tiempo, las empuñaduras de goma de mi cámara de fotos empezaron a ponerse pegajosas. No era la primera vez que me pasaba. Lo mismo me había sucedido con un cargador portátil, una grabadora de mano y algún otro aparato. Pero esta vez era distinto: la cámara era cara, y además la usaba mucho. Así que decidí resolverlo.

Busqué en internet. Como suele pasar, encontré cientos de respuestas. Algunos usuarios recomendaban alcohol isopropílico; otros, acetona, agua con bicarbonato, algún tipo de limpiador industrial. Por cada solución había un contraejemplo: "no funcionó", "empeoró", "arruinó el acabado". Hasta que, en un foro de entusiastas de la fotografía, un usuario llamado CaptainDov escribió algo breve y contundente: "Elbow grease" (el foro era en inglés). El hilo se llenó de respuestas entusiastas: "¡Sí! ¡Funcionó perfecto!". Nadie parecía tener objeciones. Aquello sonaba convincente, aunque yo no tenía ni la menor idea de qué era el *elbow grease*. Imaginé que se trataba de un producto norteamericano, uno de esos limpiadores milagrosos.

Por suerte, una semana después viajaba a Estados Unidos, así que decidí buscarlo allá. Fui a una tienda de herramientas que conocía y respetaba: de esas en las que los empleados saben realmente de lo que hablan. Le expliqué al vendedor mi problema del caucho pegajoso y le pregunté si tenían algo para eso.

—Bueno —me dijo—, hay gente que prueba con alcohol isopropílico o acetona, pero en mi experiencia lo único que sirve es *elbow grease*.

Sentí una pequeña satisfacción: lo mismo que había dicho CaptainDov.

—Perfecto —le respondí—, entonces me llevo un frasco.

El hombre se rió.

—No vendemos eso —dijo—. Tiene que hacerlo usted mismo.

Me fui confundido. Supuse que sería una mezcla casera de solventes o de abrasivos. Pero al llegar al hotel lo busqué en internet, y

entonces lo entendí: *elbow grease* no es un producto, sino una expresión. Significa "trabajo físico arduo" y se aplica, sobre todo, a tareas de limpieza. Algo así como "fregar con ganas".

Me sentí un poco tonto, pero decidí probarlo. Esa noche, armado con un trapo y mi recién adquirida humildad, froté las empuñaduras de la cámara hasta que recuperaron su textura original. Funcionó. Cuando terminé de limpiar la cámara, la sostuve entre mis manos como si fuera algo más que un objeto reparado. Era una prueba un poco ridícula de que aún hay cosas que se arreglan sin comprar nada.

Quizá la preferencia por lo químico no dependa tanto de su eficacia como de una cierta idea de progreso, o incluso de una estética cultural, pero, sobre todo, creo que debe tener algo que ver el hecho de que lo químico puede venderse y lo físico no. La presión de un dedo sobre una herida no tiene marca registrada, y raspar una mancha no promete placer ni sofisticación. Décadas de marketing han enseñado que toda incomodidad puede resolverse con la compra de un producto, que cada malestar tiene su antídoto embotellado, y que la acción directa es un residuo de épocas menos civilizadas.

Esta "cultura química" ha cambiado no solo lo que hacemos, sino también lo que somos. En ella, el cuerpo deja de actuar y delega su poder. Esperamos que algo actúe por nosotros. Nos prometen eficacia sin esfuerzo, limpieza sin trabajo, curación sin participación. Y aceptamos ese trato, aunque el precio sea alto.

Cada vez que sustituimos la acción por el producto, perdemos algo más que una destreza. Perdemos el contacto con el mundo físico, con la causa y el efecto, con la sensación de que las cosas responden a nuestras manos. Renunciamos al saber que proviene del hacer. Y así, poco a poco, delegamos en los productos lo que antes resolvíamos con nuestras manos.

El concepto de disfunción somática

En la osteopatía, el concepto de disfunción somática es central. La disfunción somática se refiere a una alteración del funcionamiento

normal del cuerpo que puede corregirse mediante técnicas manuales. Este concepto no tiene aplicación en la medicina convencional, que tiende a enfocarse en patologías bien definidas, identificadas y clasificadas según criterios diagnósticos claros.

La medicina convencional organiza su pensamiento a partir de entidades nosológicas: enfermedades definidas por signos, síntomas y causas reconocidas, cuya delimitación permite aplicar protocolos.

La osteopatía, en cambio, se articula en torno al concepto de *disfunción somática*: una alteración funcional que, sin constituir una enfermedad reconocida, afecta la organización del sistema corporal. No se define por comparación estadística, sino por desviación respecto de un funcionamiento fisiológico esperado.

Dicho de otro modo: la mirada médica parte del estudio de las enfermedades y del método para identificar qué 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, mediante el contacto, cambios mínimos en la densidad, la temperatura, la tensión, la movilidad o la 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 clínica se apoyó históricamente en herramientas perceptivas como la palpación, la percusión o la auscultación. Estas técnicas, que aún hoy se enseñan, fueron fundamentales durante siglos para la evaluación del cuerpo en ausencia de instrumentos más precisos. Con el desarrollo de la tecnología diagnóstica, muchas de esas capacidades se han complementado —y a veces reemplazado— por imágenes, algoritmos y análisis que permiten detectar anomalías con gran precisión. Esta transformación ha aportado enormes beneficios, aunque también ha planteado un desafío: mantener la dimensión

sensorial del encuentro clínico en un entorno cada vez más tecnificado.

La práctica médica se inclina cada vez más hacia herramientas tecnológicas porque estas tienen la ventaja de generar un registro objetivo, lo cual es importante tanto por ser un *registro* como por ser *objetivo*. No necesariamente por razones clínicas, sino para optimizar o anticiparse a exigencias de carácter administrativo, logístico, económico o legal. El énfasis en tecnologías diagnósticas objetivables responde no solo a criterios clínicos, sino también a exigencias institucionales: trazabilidad para auditorías, respaldo legal, estandarización de procesos. Estas demandas, legítimas en su origen, pueden tener como efecto colateral una progresiva delegación del diagnóstico desde el encuentro clínico hacia sus registros. Este fenómeno ha sido señalado por numerosos autores, incluso dentro de la propia medicina, como un reto contemporáneo para preservar la dimensión humana del cuidado.

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

Este libro no profundizará en el concepto de escucha, pero no porque no sea importante. Es tan importante que ya le he 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 la frecuencia de las citas con sus pacientes, y aplicar las técnicas que desee, del tipo y la variedad que prefiera, ya sean 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, en general, la medicina convencional reconoce como válido, pero que no

necesariamente integra directamente en 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.

Mientras la osteopatía formula explícitamente sus principios, la medicina contemporánea tiende a apoyarse más en un fundamento tácito: la aplicación del método científico como criterio rector del acto clínico. Sin embargo, podríamos pensar que también en la medicina existe una filosofía implícita que orienta la práctica, incluso más allá del método. Esa filosofía incluye:

- El principio homeostático: regular variables aisladas. Por ejemplo, existen chequeos periódicos de la tensión arterial. Si en alguno de ellos se detecta un valor fuera del rango aceptado, puede prescribirse una medicación para que vuelva a su valor normal. En algunos casos, la medicina basada en la evidencia permite construir protocolos clínicos tan estandarizados que, ante ciertos indicadores fisiológicos, se puede establecer una conducta terapéutica sin necesidad de conocer en detalle la historia del paciente. Esta potencia, fruto del desarrollo estadístico y farmacológico, tiene como contracara el riesgo de desvincular el acto médico de la singularidad de quien lo recibe.

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

- La prioridad del abordaje farmacológico y quirúrgico, que suele ocupar el primer lugar en la jerarquía terapéutica, aunque no excluya otras vías, ya sean físicas (terapia manual, entrenamiento), nutricionales (alimentación) o conductuales (hábitos, meditación).

- El reconocimiento del estrés como factor causal, aunque rara vez se explora en profundidad. La medicina reconoce la influencia emocional en la enfermedad, pero no siempre dispone del tiempo ni de los recursos para investigar cómo dicha vivencia se traduce en cambios fisiológicos. Así, muchos relatos personales —pérdidas, duelos, accidentes— quedan al margen del diagnóstico y el tratamiento, salvo en disciplinas específicas como la medicina psicosomática, que todavía tienen poca difusión.

En la práctica médica cotidiana no suele haber una enunciación explícita de estos principios, quizás porque se da por

hecho que el médico aplica lo más eficaz según la evidencia. Esto forma parte de lo que Svenaeus describe, con cierta ironía, 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 extirpado era más bien una parte más vital del tracto gastrointestinal: el renacimiento de la filosofía en la medicina actual está directamente relacionado con la incapacidad de esta última para digerir nuevos conocimientos y absorberlos adecuadamente". (Svenaeus, 1999)

En *El Cuerpo y la Escucha* hablé mucho sobre los principios de la osteopatía, pero en *El Camino del Osteópata* volveré a 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 el mismo idioma anatómico y fisiológico, una lógica diagnóstica compatible y una ética profesional común. Sin embargo, existen diferencias conceptuales, perceptivas y filosóficas que no permiten reducir una práctica a la otra. Pero esas diferencias, lejos de ser un defecto o una excentricidad, pueden entenderse como una de las fortalezas epistemológicas de la osteopatía: ofrecen otra forma de

comprender la salud desde la perspectiva del individuo.

Hoy en día, muchas personas han adoptado, de manera implícita, una forma de razonamiento heredada del modelo médico convencional. Este modelo se apoya 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, por lo general mediante un medicamento.

Esta estrategia responde a una lógica y a una necesidad histórica. Fue desarrollada como parte de un sistema de atención diseñado para hacerlo escalable, reproducible y optimizable. El modelo hospitalario prioriza la estandarización por razones de seguridad y de escala, lo que puede dejar menos margen para la indagación idiográfica en ciertos contextos. Su eficiencia radica en la rapidez, la estandarización y la aplicación estadística. En un hospital con cientos de pacientes, nombrar rápido, protocolizar rápido y tratar rápido son indispensables. Además, en Calafate uno puede aplicar el tratamiento exitoso que se implementó en Kanazawa.

Lo curioso surge cuando ese mismo esquema se traslada, sin adaptación, a la autogestión cotidiana. Ahí, un modelo que funciona muy bien en la sala de guardia puede empezar a revelar sus límites en la mesa de la cocina. Si bien en muchos casos la clasificación diagnóstica sigue siendo necesaria, quizá sea útil preguntarse qué ocurre si sumamos una lectura funcional del proceso. En un organismo vivo, el síntoma no siempre es solo una falla por erradicar; muchas veces puede leerse como una señal que pide ser interpretada.

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. Esta forma de pensar puede resultar especialmente útil para quienes desean comprender activamente su proceso corporal y participar, dentro de sus posibilidades, en la toma de decisiones sobre su salud. No se trata de

contraponer responsabilidad a delegación, sino de explorar un marco alternativo que propicie una mayor implicación subjetiva en el proceso terapéutico.

Esta manera de pensar se esboza en los principios osteopáticos, que no son meras fórmulas teóricas. Funcionan como guías prácticas para el razonamiento clínico individual. Son reglas mnemotécnicas para un razonamiento complejo. Proponen, por ejemplo, que el cuerpo no está pasivamente expuesto a las enfermedades, sino que posee recursos activos para restablecer su equilibrio. Que cuando hay síntomas, el cuerpo puede estar intentando resolver un conflicto, reparar una lesión o compensar un desequilibrio. Que si ese proceso no está siendo suficiente, no basta con suprimir el síntoma, sino que, además, hay que investigar qué lo convoca[11].

De allí que la interrogación clínica no se formule en los términos convencionales: "¿Qué tengo?", "¿Qué puedo tomar para eliminar esto?". Estas preguntas suponen un modelo de intervención externa, como si el cuerpo sano fuera un terreno por conquistar y no una ecología por restaurar ni una dinámica por revisar.

La osteopatía tiende a apoyarse 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 también a una exégesis del síntoma: lo que se busca no es una categoría diagnóstica, sino una causalidad funcional, una lógica interna de desajuste y compensación.

Contra el automatismo sintomático

La forma de pensar la salud, heredada del modelo médico convencional, favorece una reacción inmediata ante el síntoma: si hay tos, se toma un antitusivo; si hay dolor, un analgésico; si hay fiebre, un

[11] 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 los de Sointu (2012) y Reeve (2011).

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 la fisiología básica— los síntomas no son enemigos: son parte de los mecanismos de defensa del cuerpo. La fiebre, la tos, la inflamación y el dolor son intentos del organismo de reparar, expulsar, proteger o limitar un daño. Cuando los suprimimos de forma automática, sin analizar el contexto, es posible que estemos interfiriendo sin querer con ese esfuerzo de reparación.

Esto no significa que no deban tomarse medicamentos. Significa que, salvo urgencias o signos de alarma, quizá no sea buena idea tomarlos automáticamente solo porque el síntoma está presente y existe un producto diseñado para suprimirlo. Pensar como osteópata es, ante todo, interrumpir esa reacción automática y preguntarse: ¿qué está haciendo el cuerpo? y ¿cómo puedo acompañar ese proceso en lugar de anularlo?

Una filosofía encarnada

La diferencia más significativa entre ambos modelos no reside tanto en las técnicas o herramientas, sino en la filosofía clínica que los orienta. En su esfuerzo por hacer el acto médico seguro y predecible, la medicina desarrolló una admirable capacidad de estandarización. Esa fuerza permitió salvar innumerables vidas, pero tiene una contracara: cuando la seguridad y la rapidez se vuelven prioritarias, queda menos espacio para la singularidad con la que cada cuerpo intenta curarse. Es un equilibrio delicado: entre la seguridad que brinda el protocolo y la intimidad que permite la escucha. La osteopatía se sitúa en ese espacio complementario, que pone de relieve una filosofía centrada en la singularidad del cuerpo vivo.

Pensar desde la osteopatía es, en última instancia, pensar con 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, autorregulación y reorganización. Y que nuestra tarea, frente a la enfermedad, no consiste solo en nombrarla o desactivarla, sino en preguntarse qué desajuste, qué inquietud, qué pequeño temblor del alma o del tejido, o qué modulación neuroendocrino-autonómica la ha llamado.

Pero incluso este modelo corre el riesgo de incurrir en una concepción excesivamente negativa. En algunos casos, el síntoma puede operar como indicio de un proceso de transformación no patológica en curso. En tales situaciones, el criterio de acción no pasa necesariamente por erradicar la sintomatología, sino por comprender su lugar en una transición fisiológica más amplia, cuya resolución puede requerir acompañamiento (o incluso estímulo) más que una intervención correctiva.

Para ser más claros: a veces la acción óptima no es restaurar el estado plácido anterior (es decir, curar), sino fomentar un proceso de cambio que, mientras se despliega, puede expresarse mediante síntomas.

La fisiología misma ofrece indicios de esta posibilidad: que ciertos síntomas no indiquen una disfunción, sino una reorganización activa. En algunos casos, el organismo no solo responde para restaurar su equilibrio anterior, sino que también reconfigura su organización funcional hacia un nuevo estado estable. Esta idea —también presente en la biología evolutiva y en la medicina de sistemas— amplía el horizonte desde el que comprendemos la salud y la enfermedad. Comprender cuándo un síntoma es una señal de alarma y cuándo puede ser parte de un proceso adaptativo más profundo requiere un tipo de escucha clínica que combine fisiología, contexto y experiencia.

La pregunta clave es: ¿cómo se posiciona cada modelo frente al síntoma? ¿Es el síntoma el enemigo, un dato o una herramienta? ¿Se lo concibe como una anomalía a erradicar, como un signo que remite a una causalidad subyacente o como un operador heurístico dentro del proceso terapéutico? En última instancia, el modo en que se piensa el síntoma no solo delimita el objeto de intervención, sino que también define el tipo de intervención que consideramos adecuada.

De esto trata el próximo capítulo.

2 La función del síntoma

Para la razón instrumental, el síntoma suele percibirse como un intruso, una falla que interrumpe el orden y debe subsanarse rápidamente. Esta reacción no es solo clínica; es cultural. Surge de una racionalidad que, como señalaron Adorno y Horkheimer, no tolera lo que no puede controlar. Pero Peter Sterling nos recuerda algo esencial: muchas respuestas del cuerpo no son errores, sino estrategias anticipatorias, intentos de reorganización ante un entorno cambiante.

Este capítulo se inscribe en esta línea de pensamiento y propone una reformulación crítica del estatuto epistemológico del síntoma. Su objetivo no es conferirle un valor intrínseco positivo ni negar su posible dimensión patológica, sino cuestionar la reducción de su función a un mero epifenómeno indeseable. Lejos de constituir un ruido que debe ser suprimido, el síntoma puede ser comprendido como un signo dentro de una economía funcional más amplia, cuyo análisis requiere una racionalidad dialéctica, que tenga la paciencia de interpretar procesos antes de optimizarlos.

En el capítulo anterior dije 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 sugerentes —y también de las más difíciles— consiste en distinguir la noción de *síntoma* de la de *patología*. Es decir, evitar la confusión entre el signo visible del proceso y el proceso en sí.

En el modelo clínico convencional, el camino diagnóstico parte —necesariamente— del síntoma: se lo registra, se lo clasifica, se lo asocia con otros signos y se lo vincula con una entidad nosológica. Este método, que ha demostrado una enorme eficacia para identificar enfermedades y orientar tratamientos, puede generar —cuando se lo traduce a una lógica cotidiana— un efecto cognitivo secundario: 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 la adoptamos en nuestra vida cotidiana. Si el síntoma se percibe como un error, cualquier intervención que lo reduzca parecerá beneficiosa. Lo interesante es que, en la gran mayoría de los casos, los síntomas no los provoca directamente el patógeno, sino las propias respuestas defensivas del cuerpo. No son agresiones, sino respuestas.

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

En este capítulo vamos a explorar la posibilidad de que muchos de los síntomas que habitualmente buscamos aplacar sean, 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 ante una amenaza. En una situación en la que alguna parte del cuerpo está enfrentándose a un problema o funcionando mal, los síntomas son muchas veces la expresión de la parte que está funcionando bien: puede haber un problema, sí, pero el síntoma no es el enemigo: es el intento del cuerpo de arreglar lo que anda mal.

Esto puede resultar contraintuitivo, porque estamos acostumbrados a pensar los síntomas como expresiones del patógeno, como si fueran consecuencias directas de un agente externo. Sin

embargo, en la mayoría de los casos, los síntomas se originan en 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 inmunitario. Es una respuesta térmica del organismo para dificultar la proliferación de microorganismos invasores. La temperatura se eleva no por error, sino por estrategia 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.

El carácter molesto del síntoma no es un defecto accidental, sino parte de su eficacia. Una defensa demasiado cómoda no obliga a modificar nada. En ese sentido, la incomodidad del síntoma es esencial: duele, interrumpe y fatiga porque solo así logra imponerse como respuesta. No resuelve el problema de fondo, pero fuerza un ajuste mínimo que permite seguir funcionando.

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 provoca hinchazón y producción de moco para dificultar la entrada de partículas irritantes, virus o alérgenos.

Incluso la congestión pulmonar puede comprenderse a partir de este modelo. Desde la fisiología médica ya se sabe que los procesos inflamatorios cumplen funciones protectoras. La mucosa de los bronquios produce secreciones que cumplen una doble función: proteger las paredes internas del aparato respiratorio y recolectar sustancias que deben excretarse. 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 líquida ni demasiado espesa. El organismo regula constantemente esa viscosidad mediante una interacción compleja entre células epiteliales, glándulas mucosas, agua y sales. Cuando aparece una congestión pulmonar, suele deberse a que

el cuerpo intenta atrapar, disolver y expulsar materiales que no deberían estar presentes. Alterar esta respuesta sin comprenderla (por ejemplo, tomarse un mucolítico sin prescripción médica) puede entorpecer el proceso de limpieza si se aplica de forma indiscriminada, sin considerar la función que cumple el síntoma.[12]

A esta lógica de defensa también pertenecen las posturas de protección. Ante 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. Muchos médicos no consideran la hipertensión arterial como un síntoma ni una enfermedad, sino un signo[13]. En muchos casos, es una respuesta funcional del organismo ante una necesidad interna insatisfecha. Por ejemplo, cuando el riñón detecta una presión insuficiente para cumplir su función de filtrado, activa el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) para elevar la presión arterial 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" puede entenderse como una estrategia activa de defensa o de protección. No son meros efectos secundarios del trastorno provocado por un patógeno, sino recursos que el cuerpo pone en juego para mantenerse vivo y funcional. Comprender esto no implica abandonar la intervención clínica, sino enriquecerla con una mirada que considere el sentido funcional de los síntomas. El objetivo no es ignorarlos, sino preguntarse qué intenta hacer el cuerpo a través de ellos y cómo

[12] Esto no quita que, en ciertos casos, el uso de un mucolítico pueda ser clínicamente necesario.
[13] 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.

intervenir de modo que favorezca su resolución con el menor sufrimiento posible y sin interferir innecesariamente en procesos de autorregulación.

Inflamación

Una de las estrategias más eficaces del cuerpo para defenderse y repararse es la inflamación. La palabra tiene mala fama, quizás porque todos la asociamos con algo indeseable o doloroso. Sin embargo, en inmunología, 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, lo que permite 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 está regulado por diversos mecanismos, entre ellos las 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 equivale, en buena medida, a decir que activa el sistema inmune. Y a la inversa: algo antiinflamatorio es algo que inhibe algunos aspectos de la respuesta inmune.

Como todo sistema regulado por el cuerpo, la inflamación puede volverse problemática si se activa en exceso o 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, en las que la respuesta es desproporcionada ante

estímulos inocuos. Pero también existen problemas en el extremo opuesto: cuando el sistema inmune no se activa lo suficiente. En ese caso, pueden desarrollarse infecciones oportunistas, enfermedades virales persistentes o incluso cáncer, que se beneficia de un entorno inmunológicamente pasivo.

En el lenguaje cotidiano sobre la salud —publicidades, suplementos, posteos de redes sociales, notas de divulgación— suele hablarse de la inflamación en términos absolutos: como algo que habría que eliminar o, a veces, como algo que conviene estimular. 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 eso siempre fuera una buena noticia.

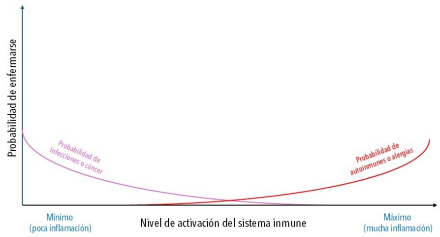
En realidad, todo depende del contexto: no existen intervenciones buenas o malas en sí mismas, sino respuestas que cobran sentido según el momento fisiológico. Algo que fortalezca el sistema inmune puede ser bueno para quien padece una infección, pero malo para quien sufre una condición autoinmune o ha recibido un órgano trasplantado. Un antiinflamatorio, por el contrario, puede ser beneficioso en esos últimos casos y contraproducente en el primero. En una persona sana, ninguno de los dos extremos es deseable: el antiinflamatorio aumenta la vulnerabilidad frente a infecciones y el estimulante inmunitario aumenta la probabilidad de una respuesta autoinmune o alérgica. En alguien sano, el sistema inmune funciona en equilibrio, entre exaltación y displicencia. ¿Para qué perturbar un sistema que está funcionando correctamente?

Esta pregunta surge porque muchas veces se promueven alimentos, prácticas o suplementos que aseguran que, a la vez, son antiinflamatorios y fortalecedores del sistema inmune, pero estas dos afirmaciones, si se combinan, entrañan contradicción, porque la inflamación es precisamente una expresión de la activación inmunológica. No se puede reducir la inflamación y, al mismo tiempo, estimular la respuesta inmune. Una sustancia que logra lo primero necesariamente afecta lo segundo.

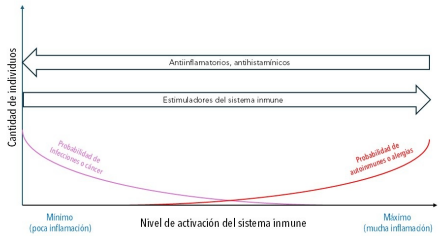
Conviene entonces ser prudentes. Cuando un producto o una publicación promete ambos efectos simultáneamente, probablemente esté simplificando en exceso —por desconocimiento o por motivos

comerciales— el funcionamiento del sistema inmune. Esto no significa que tales productos sean peligrosos en sí mismos, sino que el mensaje que los acompaña suele carecer de fundamento fisiológico.

El sistema inmune no funciona como un interruptor que se enciende o se apaga. Funciona más bien como un termostato: requiere una regulación constante. Si está demasiado activo, puede generar respuestas autodestructivas. Si está poco activo, no responde ante 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— desplazan ese termostato hacia la izquierda: reducen la inflamación y, con ella, la actividad del sistema inmune. Su eficacia es indiscutible cuando se utilizan bajo indicación médica en contextos adecuados, pero su empleo innecesario o prolongado puede interferir con los procesos naturales de defensa y reparación.



Del mismo modo, la literatura médica muestra que la estimulación inmune sostenida en personas sin disfunción inmunológica puede estar asociada a un mayor riesgo de fenómenos como la autoinmunidad, las alergias o la inflamación crónica (Xiang et al., 2023; Arneth, 2025). Por eso, las estrategias para "fortalecer" el sistema inmune deben aplicarse con discernimiento clínico, no como soluciones universales.

Alergias

Pocas palabras evocan con tanta rapidez la idea de un cuerpo que falla como "alergia". En la vida cotidiana solemos imaginar que una persona alérgica es alguien "hipersensible", alguien cuyo cuerpo "reacciona de forma exagerada" ante cosas que no deberían afectarlo: el polvo, el polen, el pelo de gato, algunos frutos secos. Solemos imaginar que el sistema inmune, confundido, ataca lo que no debería y que esa confusión es un error que conviene suprimir.

Pero tal vez la cuestión no sea tan simple. Durante mucho tiempo predominó la idea de que las alergias eran simples reacciones desmedidas; sin embargo, en las últimas décadas (por lo menos desde 1991, cuando aparecieron las hipótesis de Margie Profet), algunos fisiólogos y patólogos han empezado a explorar una pregunta intrigante: si algunas de esas respuestas —que hoy catalogamos como patológicas— podrían tener también un sentido fisiológico o protector que aún no comprendemos del todo.

El sistema inmune está formado por múltiples subsistemas con funciones específicas. Algunos combaten bacterias, otros destruyen virus, otros detectan células tumorales o eliminan parásitos. Uno de esos subsistemas, mediado por la inmunoglobulina E (IgE), es el responsable de desencadenar las reacciones alérgicas.

¿Para qué sirven las alergias?

Las reacciones del sistema IgE —estornudos, lagrimeo, tos, dermatitis, vómito o diarrea— no buscan destruir al invasor, sino expulsarlo del cuerpo lo antes posible. Podríamos pensar que

funcionan, al menos en parte, 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 tracto digestivo; las erupciones cutáneas, de la piel. Son respuestas rápidas y eficaces, especialmente útiles cuando lo que debe eliminarse no está vivo y, por tanto, no puede ser destruido: toxinas, venenos, alérgenos o sustancias irritantes.

Tomemos un ejemplo sencillo: la rinitis alérgica. Quien la padece presenta secreción nasal, estornudos y obstrucción respiratoria. A primera vista, parece un error fisiológico; sin embargo, ese exceso de moco actúa como una barrera física y química, dificultando la entrada de sustancias potencialmente dañinas. Algunos estudios han sugerido incluso que las personas con rinitis alérgica presentan una menor incidencia de infecciones respiratorias. Una posible explicación es que su sistema nasal mantiene una barrera de entrada para sustancias y gérmenes.

Entre ellos, incluso, sustancias carcinógenas. Si alguien tiene rinitis, las sustancias carcinógenas presentes en el aire no pueden entrar, independientemente de que la rinitis haya sido causada por ellas o por otra razón. Desde mucho antes de que se conociera esta función del sistema inmune, algunos estudios observacionales han encontrado correlaciones entre ciertas respuestas alérgicas y una menor incidencia de determinados tipos de cáncer. Si bien estas asociaciones no prueban causalidad, han llevado a algunos investigadores a explorar la posibilidad de que determinadas formas de reactividad inmunológica actúen como mecanismos de vigilancia temprana frente a carcinógenos ambientales.

Veamos un ejemplo extremo: la alergia al níquel. Este metal se utiliza en aleaciones de relojes o de joyería, y algunas personas desarrollan dermatitis de contacto al exponerse a él. Son alérgicos al níquel. Sin embargo, el níquel es altamente carcinógeno, por lo que quizá la reacción alérgica no sea solo una exageración, sino una forma de sensibilidad protectora. En ese sentido, el cuerpo del alérgico podría estar percibiendo señales que la mayoría de los organismos pasa por alto.

Puesto en esos términos, podríamos ver la alergia casi como 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. Claro que ese poder (como todos los poderes) tiene un costo y, en algunos casos, puede resultar peligroso. Un shock anafiláctico es una emergencia médica y puede ser letal, pero incluso esa respuesta extrema conserva una lógica: el cuerpo reacciona con toda su intensidad ante lo que percibe como una amenaza crítica.

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 atacaría cosas inocuas? Aún no lo sabemos con certeza, pero existen algunas hipótesis. Una de las teorías más aceptadas es la del *mimetismo molecular*, según la cual algunas sustancias inofensivas contienen moléculas similares a las de otras sustancias peligrosas, por lo que el sistema inmune se "confunde". Pero esta hipótesis presenta 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 sustancias extrañas y, por tanto, la reacción no puede deberse al mimetismo molecular.

Este tipo de fenómenos invita a ampliar la explicación puramente inmunológica, sugiriendo que la alergia puede involucrar, además de componentes inmunológicos, componentes cognitivos o, al menos, perceptivos que median la respuesta fisiológica. El cuerpo no responde solo a sustancias, sino también a estímulos sensorios y contextuales: a lo que *reconoce* como una amenaza. La respuesta fisiológica parece entrelazarse con la interpretación sensorial y emocional.

Esto nos invita a reformular la idea de "reacción exagerada". ¿Desde qué parámetro decidimos que una respuesta es desmedida? ¿Y si algunas alergias fueran reacciones preventivas a sustancias cuyos efectos todavía no comprendemos por completo? Podría pensarse que, en cierto modo, las personas alérgicas podrían ser los "canarios en la mina" del sistema inmune: organismos que advierten de peligros potenciales antes de que sean reconocidos por los demás.

Cuando una persona alérgica estornuda, podríamos decir que

su cuerpo reacciona ante una señal. Puede que esa señal esté sobredimensionada o que el riesgo real no justifique la intensidad de la respuesta, pero eso no convierte al síntoma en un sinsentido.

En este sentido, la alergia —como tantos otros síntomas— puede verse no solo como una disfunción, sino también como una forma del cuerpo de interactuar activamente con su entorno. Entenderla en su complejidad quizás implique integrar conocimientos inmunológicos, fisiológicos, sensoriales e incluso evolutivos.

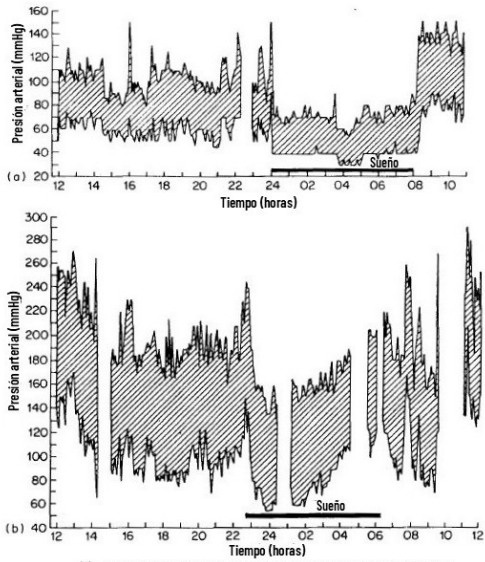
Hipertensión

Cuando a una persona se le diagnostica hipertensión arterial, creemos que su cuerpo no está funcionando bien. Solemos pensar que la presión "debería ser más baja" y que, por alguna razón misteriosa —mala alimentación, estrés, predisposición genética—, ha empezado a subir sin causa aparente. Desde esa lectura, el objetivo parecería obvio: bajarla.

Pero quizá la tensión arterial elevada no sea, por sí sola, el problema primario. Tal vez, además de ser un factor de riesgo, la presión más alta también cumpla una función compensatoria que merece ser comprendida. Selye lo resumía así: "Hay que ver si la hipertensión es una enfermedad o un signo. Si es un signo, hay que ver signo de qué".

Para considerar esta posibilidad, conviene recordar cómo funciona el sistema en condiciones normales. La tensión arterial no es un valor 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 mantiene 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 arterial 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.



(a) Presión arterial de un sujeto normal graficada en intervalos de 5 minutos.
(b) Presión arterial de un sujeto hipertenso. (tomado de Sterling, 1988)

Ese detalle es clave, porque si el sistema de autorregulación está funcionando, entonces la presión alta no es el producto de una falla, sino de una estrategia fisiológica[14]. Y toda estrategia fisiológica, incluso cuando no comprendemos su origen, merece ser entendida como un intento de satisfacer alguna necesidad corporal.

Una forma de visualizar esta lógica es mediante un ejemplo en el que sí se conoce la causa: una estenosis de la arteria renal. Si una de las arterias que irrigan el riñón está parcialmente obstruida, llega menos sangre al órgano. Para preservar su función —filtrar la sangre, eliminar toxinas, regular el volumen de líquido intracorporal—, el aparato yuxtaglomerular secreta renina, lo que desencadena una cascada de señales (el sistema renina-angiotensina-aldosterona, o SRAA) que provoca un aumento de la presión arterial. Al aumentar la presión, el riñón recupera el caudal necesario para filtrar adecuadamente.

[14] Como explicaré en el próximo libro, muchos casos de hipertensión no se producen por una falla en los mecanismos homeostáticos de regulación, sino por una determinación alostática de nivel óptimo de presión arterial media.

En este caso, podría entenderse que la hipertensión no actúa como un desajuste, sino como una estrategia de compensación para que el riñón siga funcionando. Para eso, justamente, existe el SRAA. Si se bajara la presión sin atender la estenosis, no solo no se resolvería el problema, sino que se agravaría: el riñón dejaría de filtrar adecuadamente, se acumularían toxinas y se generarían nuevos trastornos. De hecho, el médico, en general, reconoce este principio: el tratamiento antihipertensivo debe considerar siempre las causas subyacentes para evitar consecuencias indeseadas.

Este ejemplo permite extender la hipótesis: cuando el cuerpo mantiene sostenidamente la presión, podría estar respondiendo a una necesidad fisiológica. Incluso cuando no se identifica una causa precisa, el hecho de que los mecanismos de regulación sigan operando indica que el cuerpo ha modificado sus parámetros funcionales en respuesta a un estímulo sostenido. En este sentido, más que hablar de una falla del sistema, podría pensarse en una adaptación que aún no comprendemos del todo.

La solución, entonces, tal vez no consista solo en reducir la presión, sino también en comprender cuál es la finalidad del cuerpo al elevarla. A veces (muy raramente, si vamos a ser sinceros) esa comprensión será más o menos fácil. Otras requieren una investigación más prolongada. En cualquier caso, suprimir el signo sin atender su causa podría brindar un alivio inmediato, aunque quizá deje sin resolver el proceso que lo originó.

Esa observación nos lleva a reconsiderar otras asociaciones frecuentes, como la que vincula el estrés con la presión arterial. 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 la presión arterial es 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 vasodilatación[15]. Los receptores beta son más sensibles: se activan con cantidades pequeñas de adrenalina. Los alfa requieren niveles más altos, pero su efecto es más potente. Si la cantidad de adrenalina es baja o moderada, predominan los receptores beta: se produce vasoconstricción. Si la adrenalina es muy alta, se saturan los receptores beta y se activan los receptores alfa, lo que provoca vasodilatación y reduce la presión arterial. Este fenómeno —en el que una sustancia produce efectos opuestos según la dosis— se llama *hórmesis*.

Este fenómeno podría ayudar a entender por qué la relación entre el estrés y la presión arterial no siempre es tan lineal como solemos pensar. Lo que importa no es solo la sustancia presente, sino también la regulación de los receptores, la adaptación del sistema y el equilibrio general.

Con todo esto en mente, volvamos al punto de partida. La hipertensión siempre es un indicador que merece consideración médica, pero también podría verse, desde la perspectiva de la fisiología, como una herramienta adaptativa del cuerpo. Puede estar sosteniendo una función que, de otro modo, se perdería. Puede ser una forma que tiene el cuerpo de sostenerse mientras intenta corregir otro problema.

Desde la mirada osteopática, se busca entender qué necesidad el cuerpo intenta resolver mediante una respuesta fisiológica sostenida. Este enfoque no se opone al control clínico del síntoma, sino que invita a explorar el sentido adaptativo de las respuestas corporales como parte del diagnóstico integral.

La lógica implícita

A lo largo de esta sección hemos examinado diversos síntomas —y también signos— que, aunque a menudo se interpretan como errores fisiológicos, también pueden interpretarse como respuestas

[15] Mi explicación es ultrasimplificada. 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.

funcionales del organismo ante una amenaza, una lesión o un desequilibrio. Fiebre, tos, vómitos, diarrea, congestión, hipertensión, erupciones cutáneas, secreciones… Todos estos fenómenos tienen algo en común: no son producidos por el patógeno, sino que su intención original forma parte de la respuesta activa del cuerpo para protegerse o repararse.

Cada uno de estos ejemplos, desde su especificidad, ilustra una misma lógica: el síntoma no es necesariamente algo que debe ser suprimido. Comprender su función puede ayudar a decidir cuándo acompañarlo y cuándo intervenir para modularlo. Es una acción fisiológica orientada a resolver un problema. Si hay fiebre, puede deberse a una estrategia para dificultar la replicación de virus o bacterias. Si hay moco, para atrapar partículas irritantes. Si hay diarrea, para expulsar sustancias tóxicas. Si hay inflamación, para llevar células inmunes o fibroblastos al sitio que requiere defensa o reparación. Incluso la presión arterial elevada puede ser una estrategia compensatoria para mantener la perfusión de órganos vitales.

Por supuesto, esto no implica que todos los síntomas sean beneficiosos en todas las circunstancias. Algunos son desproporcionados, otros se cronifican, otros se vuelven contraproducentes o directamente peligrosos. El shock séptico, por ejemplo, es una expresión extrema y desregulada de mecanismos de defensa que, en vez de proteger, ponen en riesgo la vida. Justamente por eso, la medicina moderna dispone de herramientas eficaces para modular o suprimir síntomas cuando su acción excede el umbral de lo útil o de lo seguro.

Sin embargo, incluso en esos casos, conocer el fundamento fisiológico del síntoma puede enriquecer la toma de decisiones terapéuticas. No se trata de elegir entre intervenir o no intervenir, sino de intervenir con mayor comprensión de lo que está ocurriendo. Una intervención informada por la función del síntoma tiende a ser más precisa, menos iatrogénica y mejor adaptada al contexto del paciente.

Desde este punto de vista, el sistema inmune deja de ser meramente un conjunto de células especializadas y se convierte en una

lógica integral de defensa y restauración[16]. Su función no se limita a eliminar microbios, sino a mantener la integridad del organismo frente a cualquier forma de daño. Visto así, muchas reacciones corporales que solemos considerar ajenas al sistema inmune deberían formar parte de él, desde un estornudo hasta una postura antiálgica, desde reflejos musculares hasta alostasis térmica, e incluso plaquetas y fibroblastos. Si alguna vez decidiéramos ampliar la definición de sistema inmune para incluir todas esas funciones de protección y mantenimiento (y yo creo que sería lógico), podríamos afirmar que la mayoría de los síntomas son, en realidad, expresiones del sistema inmune.

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.

Algunos dolores, miedos y ansiedades pertenecen a esta categoría. En muchos casos, no son signos de que algo esté dañado, sino señales de que podría dañarse si no actuamos. Su función no es resolver el problema, sino advertirnos de que existe uno. En ese sentido, funcionan como auténticas alarmas biológicas.

Una buena alarma (no solo biológica) tiene que cumplir tres condiciones:

1) Debe ser fuerte para obligarnos a interrumpir lo que

[16] 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.

estemos haciendo.

2) Debe ser desagradable para que queramos silenciarla.

3) La única manera de apagarla debería ser resolver la causa que la encendió.

El dolor, el miedo y la ansiedad cumplen a la perfección 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 aun así, tal vez sea una de las vivencias que más variaciones admite en su interpretación cotidiana. Muchas veces lo pensamos como una disfunción, un castigo o una traba. Pero si miramos el asunto desde la fisiología, podría pensarse que el dolor cumple más bien el papel de un mecanismo adaptativo: la forma en que el cuerpo comunica que algo —una posición, un gesto, una acción— está generando daño o podría generarlo.

En la novela *Catch-22*, uno de los personajes (Yossarian, creo) se pregunta por qué —si Dios fuera verdaderamente bondadoso— no habría inventado un modo más amable de avisarnos de que algo está mal. ¿Por qué dolor? ¿Por qué no una lucecita tenue, un sonido agradable, un código de colores más civilizado?

La objeción, por simpática que resulte, pasa por alto un detalle interesante: para cumplir su función, una alarma necesita 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 necesita, de algún modo, interrumpir la continuidad del mundo vivido. No puede ser una mera notificación; debe ser un acontecimiento que nos arranca de la transparencia del hábito y reconfigura el modo en que somos cuerpo.

Y aun así, incluso ese diseño fisiológico tan insistente a veces no 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 personas que siguen 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 insista a los gritos que esta vez sería mejor no ir.

Porque los humanos —en su infinita capacidad de adaptación o, simplemente, de negación operativa del cuerpo como entidad vulnerable— pueden acostumbrarse a todo. Incluso al dolor. Vivimos en una cultura que valora la productividad incluso a costa del propio cuerpo, donde ignorar el dolor se ha convertido en una forma de adaptación. 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 quien estaba ahí, al lado de Yossarian, en esa conversación famosa, le habría dicho que tenía razón… aunque quizá partiera de otras premisas. Si uno quisiera seguir jugando ese juego teológico, podría incluso —con un poco de humor negro— preguntarse qué clase de dios permite los analgésicos de venta libre.

Miedo y ansiedad

El miedo y la ansiedad suelen clasificarse como síntomas "psicológicos", pero, desde el punto de vista fisiológico, también pueden considerarse respuestas adaptativas ante una amenaza. El miedo suele impulsarnos a detenernos o huir. La ansiedad, en cambio, parece orientarnos a prepararnos o pensar en una situación futura. Ambos mecanismos modulan la conducta para mejorar las probabilidades de supervivencia.

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 y se intensifica la percepción. Todo se dispone para la huida o para la defensa. Podría pensarse que el miedo busca asegurar

una reacción rápida y eficaz[17].

La ansiedad, en cambio, opera en un terreno más difuso. No apunta tanto a un peligro presente como a uno probable. Por eso puede sentirse como una anticipación sin un objeto claro. Y, aun así, esa vaguedad tiene su razón de ser: la ansiedad nos ayuda a prever, nos vuelve cautos, nos invita a revisar escenarios posibles[18].

Es comprensible que ambas emociones tengan mala fama: pueden incomodar, agotar e incluso resultar abrumadoras. Y, sin embargo, es difícil imaginar la vida sin ellas. Sin miedo, tal vez pasaríamos por alto peligros evidentes. Sin ansiedad, quizás no tomaríamos ciertas precauciones que nos protegen.

Recuerdo haber leído una frase que decía algo así: "A lo largo de mi vida temí que varias cosas salieran mal y, al final, las que salían mal eran otras." La sentencia parecía insinuar que preocuparse es inútil. Pero hay un matiz curioso: quizá muchas de esas cosas que temíamos nunca ocurrieron justamente porque, al temerlas, nos preparamos para evitarlas. En ese sentido, la ansiedad puede haber funcionado como una forma de cuidado.

Quizás el desafío no esté tanto en la existencia del miedo o la ansiedad, sino en lo que ocurre cuando se desconectan de las situaciones que intentan señalar, cuando se vuelven crónicos o cuando se intenta silenciarlos antes de comprender su sentido.

El problema de apagar alarmas

Para acercarnos a esta idea, imaginemos una escena cotidiana: en el panel del coche se enciende una luz de advertencia. Una reacción habitual sería llevar el auto al mecánico para averiguar qué la encendió.

[17] 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 presento 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.

[18] 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.

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 resolvió: la luz ya no se enciende. Sin embargo, tenemos otro problema: ya no contamos con un sistema de alarma. Si ocurre algo grave en el motor, ya no habrá 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 rompiendo[19].

Esta imagen puede ayudarnos a pensar en lo que sucede cuando un analgésico calma el dolor o un ansiolítico alivia la ansiedad, sin que todavía sepamos qué los originó. El alivio es valioso, muchas veces imprescindible para descansar, dormir o atravesar un momento difícil, pero no necesariamente porque el problema se haya resuelto, sino más bien porque hemos silenciado, al menos momentáneamente, el mecanismo que lo anunciaba.

La farmacología moderna ofrece herramientas valiosísimas para controlar los síntomas. De hecho, muchas veces es gracias a esa contención que una persona puede descansar, trabajar, dormir o simplemente atravesar una situación crítica. La pregunta más interesante no es si deberíamos usarlas o no, sino cuándo y cómo. Si el síntoma tiene una función —y muchas veces la tiene—, entender esa función puede ayudarnos a modularlo con mayor precisión, en lugar de suprimirlo automáticamente.

Una hipótesis más ambiciosa

A veces, un dato que pasa inadvertido en nuestra intuición cotidiana sobre las enfermedades puede abrir un panorama completamente distinto. Uno de ellos es que muchos de los síntomas

[19] 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.

que solemos atribuir directamente a un patógeno —la fiebre, la fatiga, ciertas secreciones— parecen surgir, al menos en buena medida, de la propia respuesta del organismo. Es un hallazgo recurrente en fisiología e inmunología, aunque no siempre forma parte de la imagen habitual que tenemos del proceso: el cuerpo no es solamente un escenario donde "ocurre" la infección, sino también un actor que participa en ella.

Esta idea puede parecer inesperada, sobre todo si pensamos en cómo se entendieron las enfermedades infecciosas durante buena parte de la historia. Desde el modelo pasteuriano, la atención se centró principalmente en el germen: identificarlo, describirlo, aislarlo, combatirlo. Esa mirada permitió avances extraordinarios y sigue siendo indispensable. Pero algunas investigaciones más recientes invitan a considerar que quizá la historia no termine ahí. Hoy empieza a verse que el cuerpo no es solo escenario, sino también actor. Que muchos de los síntomas son respuestas, no simples secuelas. Que la fiebre no la produce el microbio, sino las citoquinas liberadas por nuestras células inmunes para obstaculizar su multiplicación. Que la mayoría de las diarreas no son 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 energético en otras tareas y canalizarlo hacia la recuperación.

Podría ser útil pensar que los síntomas no solo señalan problemas, sino que intentan resolverlos, de manera que tienen una lógica, un objetivo y 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.

Ahora bien, existen síntomas que no parecen cumplir una función defensiva o reparadora: aquellos que derivan del daño estructural directo. El herpes zóster —la "culebrilla"— es un ejemplo paradigmático. Es una infección causada por el virus varicela-zóster, el mismo que causa la varicela. En ocasiones, una vez superada la infección primaria, el virus no se elimina por completo: permanece latente, alojado en los ganglios nerviosos cercanos a la médula espinal. Se dice que "el virus, durante el periodo de latencia, escapa al sistema inmunitario porque 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*). 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 suele seguir 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 se observa ninguna erupción visible: el único síntoma es el dolor o la disfunción motora. Los efectos más comunes suelen ocurrir en el rostro: parálisis facial o palpebral, síndrome de Ramsay-Hunt o neuralgia del trigémino. También puede suceder que, tras la fase aguda, la erupción desaparezca, pero el dolor persista. Esta condición, conocida como neuralgia posherpética, que puede durar semanas, meses o incluso años, ha sido ampliamente documentada en la literatura médica y representa uno de los ejemplos más estudiados de dolor neuropático postinfeccioso.

La explicación habitual señala que tanto el dolor como la parálisis se deben al daño de la mielina de los nervios periféricos. La mielina funciona como un aislante eléctrico que permite que las señales viajen con rapidez y precisión. Cuando se deteriora, aparecen descargas erráticas y sensaciones punzantes o quemantes. A primera vista, podría parecer que aquí el síntoma no cumple ninguna función: no ayuda al cuerpo a detener la infección, ni colabora en la reparación de los tejidos, ni actúa como señal preventiva. Parecería más bien una secuela del paso del virus.

Sin embargo, vale la pena mirar un detalle más. En primer lugar, el virus no tiene la capacidad de destruir la mielina por sí solo. No es un depredador; no tiene intención ni herramientas para dañar tejidos que no le sirven de soporte. Un virus no actúa de forma autónoma, ya que ni siquiera está vivo: no tiene voluntad ni metabolismo; solo se replica aprovechando la maquinaria celular. La célula deja de desempeñar sus funciones 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. Esto plantea una pregunta interesante: si la mielina no puede dañarse por acción directa del virus, ¿qué proceso está interviniendo allí?

Esto podría sugerir que el fenómeno no es puramente viral, sino que forma parte de una interacción más amplia. Algunos trabajos exploran una posibilidad intrigante: que, en ciertos casos, el daño no provenga tanto del virus en sí como de la propia respuesta inmune que intenta contenerlo. En ese escenario, macrófagos y leucocitos —al intentar neutralizar la reactivación del virus— podrían terminar dañando la mielina como efecto colateral. Esto no significaría que "el cuerpo se equivoca", sino que utiliza mecanismos potentes cuyo efecto puede, a veces, extenderse más allá del objetivo inicial. Incluso allí donde el síntoma se presenta como una lesión, podría haber algo de la fisiología defensiva actuando detrás de escena.

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

Se trata de una intoxicación alimentaria que ocurre al ingerir peces contaminados con la toxina marina 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 diversos y pueden afectar tanto al sistema gastrointestinal como al 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 como calor 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 reaparecen dolores antiguos: una rodilla que no dolía hace treinta años vuelve a doler como si nunca se hubiera curado.

La causa de estos síntomas neurológicos radica en que las ciguatoxinas afectan los canales de sodio dependientes de voltaje en las células nerviosas, lo que provoca 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 la 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, afectando 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, aunque estos 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, ya que no hay una nueva entrada de toxina en el cuerpo. Lo único que se repite son los síntomas.

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

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

A primera vista, la idea recuerda a lo que ocurre con el herpes zóster, donde 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. En el caso del herpes, la noción de “latencia” describe un equilibrio molecular entre la replicación viral y los mecanismos de control celular: no una intención ni una decisión del patógeno, sino una fase regulada de coexistencia entre el genoma viral y su huésped. El lenguaje habitual —que atribuye al virus acciones como “esconderse” o “esperar para atacar”— no es más que una transposición antropomórfica, una metáfora utilitaria que traduce procesos bioquímicos a categorías narrativas simplificadas.

Esta lógica “antropomorfista” del virus (la creencia de que

puede dormirse o esconderse y reactivarse al percibir una oportunidad) es menos evidente en una toxina, porque, si bien tendemos 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 ante cualquier sustancia similar. Ya encontramos este fenómeno unos capítulos atrás. Es el *mimetismo molecular*: ciertas proteínas inocuas (por ejemplo, algunas de la nuez o de la carne de pollo) contienen secuencias pépticas 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 asemejan a las de las toxinas. Si el sistema inmune no estuviera sensibilizado (por ejemplo, en alguien que nunca haya padecido 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 se deben a la toxina y que las proteínas de pollo, de alguna manera, liberan la toxina acumulada. La segunda teoría asume que, durante la reagudización, los síntomas son producidos por el sistema inmune. Esta reactivación se produce porque el sistema inmune confunde las proteínas del pollo con las de la ciguatoxina.

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

Desde una perspectiva fisiológica, podría pensarse que, si los síntomas son clínicamente indistinguibles tanto en la intoxicación inicial como en la reagudización tardía, su mecanismo subyacente también podría ser común. Esta hipótesis es compatible con modelos inmunológicos en los que la respuesta adaptativa inicial frente a una

toxina sensibiliza al sistema inmune, de modo que estímulos posteriores —aunque no contengan la toxina original— desencadenen patrones de respuesta similares. En inmunología, esto se estudia como un fenómeno de "memoria inmunológica anómala" o "respuesta cruzada" (cross-reactivity) y ha sido documentado en otras condiciones, como el asma inducido por alérgenos estructuralmente semejantes o en algunas formas de intolerancia alimentaria mediadas por mecanismos no alérgicos clásicos. Es decir, que en ambos casos (no solo en la reagudización, sino también en la intoxicación inicial) los síntomas deberían deberse al sistema inmune. La primera vez, para contrarrestar la ciguatoxina. La segunda vez, porque el cuerpo predice la inminente posibilidad de una nueva ciguatera.

Voy a ser claro, a riesgo de sonar repetitivo: afirmo que, desde el punto de vista fisiopatológico, es plausible pensar que una parte significativa de los síntomas de la ciguatera proviene de la respuesta del sistema inmune, y no de la toxina, *incluso en la primera intoxicación*.

Soy consciente de que esta es una hipótesis revolucionaria, deducida siguiendo la lógica fisiológica, pero, a mi saber, no cuenta con comprobación empírica.

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 descabellada. ¿Por qué el sistema inmune reproduciría los estragos causados por un patógeno en el pasado?

El análisis de la ciguatera nos deja una intuición poderosa: cuando los síntomas reaparecen sin que el agente causal esté presente, no pueden deberse a él. En esos casos, el cuerpo es quien 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 un mecanismo de protección sensibilizado.

La intuición que deja la ciguatera puede aplicarse al caso del herpes zóster. Si allí los síntomas reaparecen sin toxina, ¿podría ocurrir 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, no hay sarpullido y 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 dije que un virus no piensa, no planifica, no decide; ni siquiera 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 que las defensas del cuerpo no pueden alcanzar. No porque se esté "escondiendo", sino porque se encuentra en una zona menos accesible para las defensas. No está oculto porque lo decida, sino porque, de casualidad, cayó en un lugar donde no puede verse.

La otra posibilidad es más inquietante. Es que el virus nunca se detiene del todo. Que se sigue replicando, muy lentamente, de forma controlada, en una zona específica. Y que el sistema inmune, por alguna razón, logra 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 erupción— el antiviral no tiene efecto. Ni mejora el cuadro ni lo modifica (Uscategui et al., 2008). Esto sugiere que, en esa etapa, el dolor ya no depende de la replicación viral activa, sino de otra forma de persistencia: quizás de una memoria inflamatoria o de un mecanismo inmunológico residual.

Aquí podemos volver al modelo propuesto para la ciguatera. La hipótesis de que los síntomas recurrentes de la ciguatera se deben a una sensibilización del sistema inmune puede extrapolarse al herpes zóster y a la neuralgia postherpética: los síntomas recurrentes pueden no deberse a la presencia continua del virus o de la toxina, sino a una reactivación de mecanismos defensivos.

La hipótesis de que los síntomas posherpéticos no son producidos por el virus, sino por la respuesta del cuerpo que intenta

combatirlo, cambia por completo la lógica. A la clásica idea de la latencia viral podría añadirse otra: una latencia inmunológica, en la que no es el virus el que persiste, sino el patrón defensivo del organismo. 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, en estos cuadros, puede deberse no a una infección activa, sino a la activación de patrones defensivos previamente establecidos: una suerte de memoria inmunológica disfuncional que anticipa peligro donde no lo hay. 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 solo por la amenaza real, sino también por la anticipación de la 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[20].

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 que el sistema inmune ataca los nervios periféricos, en particular su capa de mielina.

La causa exacta se desconoce, pero en más del 70% de los casos el Guillain-Barré aparece días o semanas después de una 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, VIH y, más recientemente, COVID-19. También se ha documentado como reacción secundaria a ciertas cirugías o vacunas.

La explicación más aceptada del síndrome de Guillain-Barré es —otra vez— la del mimetismo molecular. Algunas proteínas de virus o bacterias comparten segmentos estructurales con proteínas del

[20] Tomo el síndrome de Guillain-Barré como ejemplo, pero no es la única enfermedad autoinmune que ataca el tejido nervioso.

cuerpo humano. En particular, 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 propio 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 se concibe como una respuesta defensiva termina siendo un ataque contra estructuras propias.

La existencia de una condición como el Guillain-Barré confirma que hay cuadros en los que los síntomas no los produce el patógeno, sino el propio sistema inmunitario. Es un ejemplo clínico bien documentado que ilustra de manera robusta un principio que otros cuadros más ambiguos también sugieren: el cuerpo puede generar síntomas significativos como resultado de su propia actividad inmunológica. En el Guillain-Barré no es un virus quien destruya la capa de mielina, sino 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 margen para sorpresas. 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 un agente tóxico activo, y si el dolor puede persistir incluso una vez que el tejido ha sanado, como ocurre con la neuralgia postherpética, quizás no sea descabellado explorar si también puede inducir ciertos cuadros clínicos en ausencia de un invasor actual. Esto no implicaría negar la existencia de agentes infecciosos, sino reconocer que la fisiología defensiva del organismo incluye respuestas basadas en la memoria y la anticipación, no sólo en la presencia real de una amenaza. Esta vez no hablamos de virus ocultos ni de 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 inmunitario? Y más aún: ¿y si a veces (no siempre: a veces) esa respuesta pudiera activarse incluso sin que el virus esté presente? ¿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, estornudos, secreción nasal, malestar difuso y decaimiento— suele atribuirse al rinovirus. Se dice que el virus penetra en la mucosa nasal, se reproduce, desencadena inflamación local y congestión y activa 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 con congestión nasal y tos, la madre le reprocha enseguida: "Eso te pasa porque anoche saliste desabrigado". Dado que el frío no es, en sí, un virus, el hecho de que ciertos síntomas similares a los del resfriado se desencadenen tras la exposición al frío sugiere que podrían intervenir otros mecanismos. Esto ha llevado a explorar hipótesis fisiológicas según las cuales el frío actuaría como un disparador inespecífico de la respuesta inmune, incluso en ausencia de infección real.

Una explicación ampliamente difundida es que el frío debilita las defensas inmunológicas, lo que facilita la infección (ah, pero resulta que el frío fortalece el sistema inmune y es por eso que hay gente metiéndose en barriles llenos de hielo). Otra explicación, que ha ganado terreno en la divulgación reciente, plantea que las bajas temperaturas favorecen el contagio al prolongar el tiempo que pasamos en espacios cerrados y mal ventilados. Lo cual implica la idea curiosa 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 asemeja lo suficiente a una infección como para desencadenar la respuesta inmune, incluso en ausencia de una infección real. Al enfriarse el epitelio nasal, se modifican la viscosidad del moco, la motilidad ciliar y la irrigación de la mucosa. Estos cambios generan señales locales que el

sistema inmune puede interpretar como signos tempranos de invasión viral, y entonces —por precaución— el cuerpo lanza su artillería: inflamación, congestión, secreción, cansancio.

En otras palabras: el cuerpo predice que podría llegar un virus y se adelanta.

No espera a que la amenaza se confirme. Si las condiciones se parecen lo suficiente a una infección, actúa como si ya la hubiera. Desde un punto de vista evolutivo, el costo de reaccionar en falso es menor que el de no reaccionar a tiempo[21].

Esta lógica puede explicar fenómenos tan triviales como sentir la nariz tapada después de tener los pies fríos. No hay virus en los pies, pero existen estudios que muestran que el enfriamiento de la mucosa nasal reduce temporalmente la eficacia del aclaramiento mucociliar y puede inducir vasodilatación refleja, dos condiciones que, combinadas, favorecen la inflamación local y los síntomas respiratorios. Aunque esto no constituye una infección, sí puede activar mecanismos defensivos similares a los observados en ella.

Desde esta perspectiva, al menos algunos cuadros clínicos con síntomas compatibles con un resfriado podrían representar una activación fisiológica preventiva —un ensayo anticipatorio del cuerpo frente a lo que percibe como una amenaza probable. No se trataría de un simulacro ilusorio, sino de una respuesta genuina del sistema inmune entrenado para errar por exceso antes que por omisión.

Así como en la ciguatera los síntomas pueden reaparecer sin toxina, y en el herpes zóster sin virus activo, en ciertos resfriados podrían presentarse sin rinovirus. El cuerpo, que aprendió a reconocer ciertos contextos como precursores de infección, responde incluso ante su mera posibilidad, como una alarma activada por la experiencia previa.

Lo que se plantea aquí no contradice la fisiopatología infecciosa convencional —bien establecida y respaldada por décadas de investigación—, sino que propone una posible ampliación compatible con modelos regulatorios actuales como la alostasis, que consideran el papel anticipatorio del sistema nervioso e inmune en la preparación

[21] Esta hipótesis no está muy lejos del mimetismo molecular. Mantiene la idea del mimetismo, pero no la de que sea molecular.

frente a contextos percibidos como amenazas. Es posible que, en algunos casos, el cuerpo reaccione ante contextos que interpreta como precursores de una infección y despliegue una respuesta similar a la que usaría contra un virus real. Este comportamiento no es patológico en sí mismo: es una estrategia defensiva basada en la predicción. Modelos recientes, como la alostasis, han mostrado que tanto el sistema nervioso como el sistema inmune operan a menudo según principios anticipatorios.

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

Esto plantea una pregunta fascinante que también se hace la propia inmunología: ¿dónde y cómo se produce esa predicción? ¿Reside esa capacidad en los linfocitos, en la red neuroinmune o en la interacción con el sistema nervioso central? La inmunología moderna, en diálogo con la neurociencia, ha comenzado a explorar estas posibilidades. Para aclarar ese punto, recordemos el fenómeno que ya nos había llamado la atención: la reaparición, en la ciguatera, de un dolor antiguo.

Una explicación posible es que el dolor actúa como una alarma con capacidad de sensibilización. Múltiples estudios en neurofisiología del dolor han demostrado que ciertas vías pueden quedar sensibilizadas tras una lesión significativa. Este fenómeno se conoce como sensibilización central o periférica. Cuando alguien se fractura un hueso, se activa una señal que ordena no mover esa pierna, ya que 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 implica que tiene mayores probabilidades de desencadenarse. Cuando una persona contrae ciguatera, se activan múltiples alarmas (dolores) distribuidas por todo el cuerpo, pero las que ya estaban sensibilizadas tienen mayor probabilidad 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 a los cincuenta, volver a sentir 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 calman, pero que, de algún modo, permanecen grabados en el cuerpo. No porque estén "latentes" —el dolor no se esconde ni espera—, sino porque las conexiones nerviosas que una vez lo codificaron pueden reactivarse cuando un nuevo estímulo reproduce las condiciones del recuerdo. La neurofisiología del dolor crónico ha demostrado que algunas memorias somatosensoriales pueden conservarse en redes neuronales que, tras quedar sensibilizadas, tienden a reactivarse ante estímulos similares. Desde esa perspectiva, la pregunta relevante no es tanto "dónde estaba el dolor", sino "cómo quedó inscrita su posibilidad de reaparecer".

En la adolescencia hubo una fractura y por eso dolía. Con la ciguatera, ese mismo dolor vuelve a aparecer, pero no hay ningún hueso roto. Ahora bien, sabemos que la ciguatera afecta principalmente al sistema nervioso, aunque también puede comprometer otros sistemas. Por tanto, es probable que el dolor esté registrado en el sistema nervioso.

Pero atención: 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 huella: fracturas significativas, lesiones profundas, dolores crónicos o con carga afectiva. Lo que se reactiva no es la fractura, sino su huella neural, como si la red neuronal que una vez codificó ese dolor pudiera reactivarse por vías nuevas.

Y aquí me atrevo a repetir la misma extrapolación de antes: si el dolor se repite exactamente igual, quizás aquel primer dolor, el de la fractura, no estaba provocado directamente por el daño óseo, sino por el sistema nervioso. (Digo "quizás" porque, si bien la hipótesis es lógica y fisiológicamente plausible, aún no existe una comprobación empírica concluyente, aunque disciplinas como la neuroinmunología o la fisiología del dolor persistente ya trabajan en ella).

¿Y por qué se repite incluso después de que pasó la intoxicación? Se supone que los síntomas de la ciguatera se deben a que la toxina altera la conducción nerviosa. Una vez pasada la

intoxicación, los síntomas suelen desaparecer, lo que implica que el sistema nervioso se ha reconstruido. A pesar de esto, basta con comer nueces para que los síntomas reaparezcan, aunque el daño que la ciguatera pudiera haber causado originalmente ya esté reparado. Esto sugiere que, además del daño estructural que podría haber existido, el sistema inmune podría participar en la reactivación de los síntomas al interpretar señales de amenaza.

Esta idea refuerza una intuición que atraviesa toda la fisiología: 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 con un contexto evocador para que el cuerpo reproduzca una vieja respuesta. Estudios en neurofisiología y psicoinmunología han documentado que ciertas señales ambientales o estímulos similares pueden activar respuestas aprendidas o condicionadas, especialmente si hubo una huella somática intensa. En ese sentido, la evocación no es psicológica ni simbólica, sino plenamente neurofisiológica. El dolor, entonces, no siempre indica 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 parece lo suficiente a aquella como para considerarse riesgosa. La red neuronal quedó marcada por aquel suceso y, al encontrarse en un contexto similar, vuelve a activarse. Podríamos, provisoriamente, llamar a este fenómeno "*mimetismo situacional*": una suerte de resonancia neurofisiológica entre una situación presente y una experiencia pasada con una fuerte carga afectiva o sensorial. Conceptualmente, esta idea es coherente con nociones como "memoria implícita del dolor" o "plasticidad maladaptativa".

No es mi intención presentar este caso como argumento para sostener que TODOS los síntomas son mecanismos de protección. Existen muchos otros casos en los que los síntomas se deben claramente a fallas o lesiones estructurales. Un déficit motor producido por una hernia discal, por ejemplo, es un síntoma causado por un daño mecánico, no por una predicción fisiológica. Menciono el caso de la ciguatera como una curiosidad que, sin embargo, puede enseñarnos mucho sobre cómo el cuerpo registra, conserva y reinterpreta sus

propias experiencias.

Que la sintomatología del herpes zóster (¡o incluso del resfriado!) sea producida por el sistema inmune y no por el virus es, por ahora, una hipótesis abierta. Debería ser investigada y confirmada o refutada. En cualquier caso, no olvidemos que la idea contraria —que los síntomas son generados directamente por el virus— también es una hipótesis que aún no ha podido demostrarse de forma concluyente. Los mecanismos exactos por los que los virus generan síntomas siguen siendo objeto de estudio. La fisiología contemporánea continúa explorando hasta qué punto los síntomas proceden del virus o del cuerpo que lo enfrenta, y en esa frontera incierta tal vez resida el espacio mismo de la clínica.

Vamos a darle ahora otra vuelta de tuerca. Lo que en algunos casos parecía un fallo puntual del sistema inmune —una alarma activada sin peligro, una reacción ante una sustancia ausente—, en otros constituye un campo clínico formalmente reconocido. Las alergias y las enfermedades autoinmunes expresan hipersensibilización del sistema defensivo, pero lo hacen mediante mecanismos y blancos distintos.

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 se dirige contra estructuras propias. El segundo criterio es que las enfermedades autoinmunes tienden a causar un daño persistente, mientras que las alergias provocan una disfunción transitoria que dura mientras dure el ataque.

Hay excepciones en ambos sentidos. Existen, por ejemplo, patologías que cumplen solo con uno de estos criterios, por lo que no pueden clasificarse con certeza ni como alergias ni como autoinmunes, aunque pertenezcan a un grupo muy cercano. La celiaquía es un buen ejemplo. El sistema inmune reacciona contra el gluten, una proteína externa e inocua. Esto parecería situarla en el campo de las alergias. Pero al hacerlo, destruye tejido intestinal, lo que provoca 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 autoinmune porque el sistema inmune no está atacando un tejido propio y, por tanto, no se puede establecer una estrategia para evitarla (como evitar el consumo de gluten). Por regla general, las condiciones autoinmunes no admiten estrategias de evitación.

En su definición más común, se dice que el sistema inmune protege a los seres humanos de los microorganismos. Pero esa descripción, aunque cierta, se queda corta. La función principal del sistema inmune no es simplemente repeler ataques, sino mantener la integridad del cuerpo día a día. Su tarea no es reaccionar, sino vigilar: buscar, reconocer y corregir cualquier alteración que amenace el equilibrio general del organismo.

Visto así, el sistema inmune no es un ejército que entra en acción únicamente ante una invasión. Es una red de observación y control que trabaja sin descanso en dos frentes. Por un lado, se ocupa de los enemigos externos —virus, bacterias, hongos, parásitos o incluso sustancias inorgánicas como los metales pesados y las radiaciones—. Por otro lado, patrulla los propios tejidos, eliminando células envejecidas o transformadas que podrían comprometer la estabilidad del conjunto.

Esta doble operación exige una estructura de reconocimiento altamente sofisticada: un mecanismo de presentación y discriminación antigénica capaz de distinguir con precisión entre lo propio y sano y lo extraño o alterado. Esa capacidad de discernimiento constituye lo que se denomina tolerancia inmunológica —una forma de equilibrio dinámico entre aceptación y rechazo— que define la frontera funcional entre fisiología y patología.

Cuando esa tolerancia falla, el sistema inmune puede perder el rumbo y volverse contra el propio cuerpo. De ahí surgen dos grandes tipos de enfermedad. En unas, el sistema reacciona con exceso ante sustancias inofensivas —como ocurre en las alergias—. En otras, confunde lo propio con lo ajeno y ataca los tejidos del organismo, lo que provoca enfermedades autoinmunes.

Las causas de esta inversión son múltiples y no siempre lineales. Entre ellas destacan el mimetismo molecular, del que ya

hemos hablado; la activación de espectadores (*bystander activation*), en la que tejidos sanos resultan dañados por su proximidad al blanco original de la respuesta; y la propagación del epítope (*epitope spreading*), que extiende la reacción inmunitaria más allá de los antígenos iniciales.

Pero ya dije que esta visión, limitada a fenómenos de las células inmunes, no me satisface. Voy a agregar otro argumento a mi crítica. Dije que algunas personas pueden tener reacciones alérgicas al ver u oler una rosa, incluso si es de plástico. No hay ningún alérgeno presente, pero el cuerpo sigue reaccionando.

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. Hace muchos años, mi hijo se intoxicó al comer 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 ordenar rabas.

Este tipo de reacción no puede explicarse por mimetismo molecular ni por inmunología periférica. No es un linfocito confundido el que provoca el síntoma, sino el sistema nervioso central. Es decir, el cerebro puede activar el sistema inmune a partir de una interpretación. Esto sugiere que algunos episodios inmunitarios (algunas alergias o autoinmunes, por ejemplo) podrían estar influenciados por interpretaciones cerebrales erróneas o reacciones anticipatorias aprendidas, lo cual coincide con investigaciones actuales sobre condicionamiento inmunológico y eje psiconeuroinmunológico[22].

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. En ese libro anticipó intuiciones que hoy resurgen en el marco de la neuroinmunología: el sistema nervioso, mediante conexiones autónomas y neuroendocrinas, influye en la homeostasis tisular, la inflamación y la reparación, operando como una red moduladora central. Para Speransky, la

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

patología no comienza en el daño, sino en la distorsión de la información[23].

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. Una hipótesis actual es que sí existe un sistema de nivel superior que controla, regula y orienta al sistema inmune, y que no puede ser otro que el sistema nervioso central. Aunque muchas enfermedades autoinmunes se originan por desregulación local de células efectoras, hoy se investiga activamente el rol modulador del sistema nervioso central sobre la inmunidad, a través del eje neuroinmune (Chavan & Tracey, 2017).

Podemos sumar otro argumento a esta especulación: el bótox disminuye la frecuencia, la duración y la gravedad de los episodios dolorosos en la neuralgia posherpética (Ding et al., 2017; Park & Park, 2017). Ahora bien, la toxina botulínica actúa al bloquear la liberación de acetilcolina en la sinapsis neuromuscular, lo que inhibe 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, ya sea aferente (cualquier sensación proveniente de la zona que desencadena una respuesta) o eferente (la que proviene del sistema nervioso central para proteger la zona). Los estudios sobre el uso de toxina botulínica en la neuralgia posherpética sugieren que su eficacia podría deberse a la inhibición de aferencias nociceptivas, lo que respalda la hipótesis de que ciertos síntomas persisten debido a alteraciones en la señalización nerviosa más que a daño estructural

[23] ¿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 traigo 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).

continuo (Ding et al., 2017; Park & Park, 2017).

Desde esa perspectiva, el cerebro no es solo una central de mando, sino también 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 sensibilización a las alergias quizás también sea el de las autoinmunes. Solo cambian los blancos: en un caso, una proteína externa; en el otro, un tejido propio.

Así, el sistema inmunitario ya no puede considerarse un simple conjunto de receptores moleculares que reaccionan ante moléculas libres. 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 infiriera lo que está por ocurrir.

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 *presiente* que hay algo. Dicho de manera menos vulgar: desde la perspectiva de la neurobiología predictiva (Barrett, 2017), el cuerpo no siempre responde a estímulos presentes, sino a inferencias sobre lo que probablemente ocurrirá. Este mecanismo anticipatorio, vital para la supervivencia, puede a veces desencadenar respuestas protectoras incluso en ausencia de una amenaza real.

Pareciera, entonces, que 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 al 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 opinión habitual suele tratarlos como errores. Prefiero pensarlos como estrategias porque, aunque parezcan 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 es solo cómo suprimirlo, sino también por qué aparece: qué intenta evitar, qué riesgo señala, qué historia corporal repite o corrige.

Nada de esto se opone al alivio sintomático farmacológico; lo complementa. Controlar los síntomas alivia y, muchas veces, salva. Pero junto al alivio, la clínica gana al indagar en el sentido fisiológico de la respuesta. La tarea no es silenciar al cuerpo, sino escucharlo mejor e integrar el alivio farmacológico con una indagación más profunda sobre las razones fisiológicas, emocionales o conductuales que lo activan.

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 intenta adoptar para neutralizar una amenaza o sanar una herida.

La fiebre, la inflamación, la congestión, la tos, el dolor: todos ellos tienen —o suelen tener— una lógica fisiológica precisa y funcional. No siempre son errores del organismo; muchas veces son estrategias adaptativas. Como bien muestran décadas de investigación fisiológica e inmunológica, estas respuestas pueden entenderse como formas de autorregulación, aunque no siempre resulten placenteras ni eficaces.

Incluso en los casos más desconcertantes —como la ciguatera recidivante, la neuralgia posherpética o ciertas enfermedades

autoinmunes—, los síntomas pueden interpretarse como respuestas intensas de un sistema que intenta protegernos. Este tipo de interpretaciones está hoy en diálogo con propuestas científicas contemporáneas, como los modelos alostáticos, el condicionamiento inmunológico o la neuroinmunología del dolor crónico.

Lo que aquí propongo, entonces, no es simplemente invertir los papeles —ver al síntoma no como enemigo sino como aliado—, sino cambiar la perspectiva desde la que se lo mira. No preguntar "cómo lo callo", sino "qué está tratando de hacer".

El osteópata, al igual que otros profesionales que trabajan con modelos funcionales, intenta escuchar esa lógica. No busca silenciar la alarma sin antes comprender qué señal emite y por qué. Esa escucha no reemplaza otras intervenciones clínicas ni pretende resolverlo todo desde lo somático. Más bien, se alinea con la idea —bien reconocida por la fisiología clínica— de que todo síntoma es también una respuesta y que, en muchos casos, entender dicha respuesta mejora el abordaje terapéutico, sea cual sea el campo de intervención.

Esto no contradice la medicina convencional. La medicina salva vidas al detener procesos patológicos graves; la mirada osteopática busca, en ese mismo cuerpo, la lógica fisiológica de la respuesta. Son distintos modos de aproximarse a una misma realidad. Ambos enfoques pueden articularse si se parte del respeto al conocimiento fisiológico y se evita la oposición estéril entre disciplinas.

Si los síntomas tienen una función, conviene preguntarse por qué, culturalmente, seguimos viéndolos como errores. ¿Por qué los interpretamos como fallas incluso cuando la fisiología sugiere lo contrario? ¿Por qué nos incomoda tanto la idea de que un síntoma pueda ser útil, o incluso necesario?

La lógica con la que solemos pensarlos es engañosa. Pensemos en un coche: si se enciende la luz que avisa de que falta combustible, no apagamos la luz; vamos a cargar. Confundir la señal con el problema sería un error de diagnóstico. Y, sin embargo, con el cuerpo a menudo hacemos eso: silenciamos el malestar sin atender la causa que lo produce.

Esta interpretación no proviene directamente de la ciencia médica en su complejidad, sino de una lógica simplificada que se consolida tanto en ciertas prácticas institucionales como en el sentido

común. Es un modo de pensar la causa-efecto que la reduce a relaciones lineales —como si cada fenómeno tuviera una única explicación— y además exclusivamente proximales, como si solo importaran las causas inmediatas y no las cadenas de procesos más amplios o distantes que caracterizan a la fisiología real. Y cuando no comprendemos el propósito de una respuesta, tendemos a suponer que no lo tiene.

Esto nos obliga a revisar cómo pensamos la causalidad: cómo interpretamos un efectos cuando no comprendemos su propósito. Es ahí donde aparecen (perdón, adoro inventar neologismos de raíces griegas) las distorsiones noetiológicas de las que hablaremos en el próximo capítulo.

3 Distorsiones noetiológicas

Cuando la razón se vuelve puramente instrumental, pierde la paciencia necesaria para comprender. Prefiere explicaciones rápidas, lineales, tranquilizadoras. Así nacen muchas de las distorsiones que atraviesan nuestra forma cotidiana de pensar la salud: confundir signos con causas, parámetros con enfermedades, desviación con amenaza.

Este capítulo examina cómo ciertas distorsiones en el pensamiento clínico y fisiológico surgen precisamente de intentar encajar fenómenos biológicos en esquemas conceptuales demasiado rígidos. El propósito no es polemizar, sino identificar los supuestos implícitos que muchas veces guían nuestra comprensión de lo fisiológico, y que pueden limitar la posibilidad de un análisis más adecuado de la función del síntoma en el contexto del cuerpo humano.

Hemos visto que el síntoma no siempre es un error. Sin embargo, la concepción oficial contemporánea de la salud, influida, aunque no siempre fiel, por las nociones médicas, tiende a considerarlo como tal. Esa interpretación está mediada por errores cognitivos en 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 se trataría de una rama de la biología, sino quizás de una metaepistemología médica. En tiempos de hiperabundancia de información y de estrategias de salud cotidianas automatizadas, sería una disciplina más necesaria que nunca.

Este capítulo no trata de virus ni de lesiones ni de 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 a menudo influyen en nuestras decisiones clínicas cotidianas, y sobre los equívocos culturales que nos llevan a atribuir causas donde no las hay o a minimizar efectos que deberían preocuparnos.

Aquí hablaremos de distorsiones noetiológicas: desviaciones lógicas en nuestra comprensión de la causalidad clínica. Algunas adoptan la forma de falacias formales, otras, de 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 se deben a 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 denomina *VSAD* (del inglés *'View Symptoms As Diseases',* que traducimos como 'Confundir Síntomas Con Enfermedades') y lo considera una de las principales causas del tratamiento sintomático innecesario o incluso contraproducente.

Pero el Confundir Síntomas Con Enfermedades es solo una de las muchas formas en que podemos equivocarnos al pensar la causalidad clínica. En este capítulo, ampliaremos un poco la clasificación de Nesse, distinguiendo entre dos grandes grupos de distorsiones:

Distorsiones de causas: errores en la atribución del origen del problema. Aquí encontraremos, entre otras, la confusión entre síntomas y enfermedades, la interpretación de signos como causas, la medicalización de factores de riesgo y la conocida "atribución fundamental" de Nesse, según la cual creemos que el problema está en el paciente más que en su contexto. Y el fenómeno en el que 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 tendemos a suponer que, dado que un efecto es "secundario", también debe ser "insignificante".

Conviene agregar aquí una precisión fundamental: muchas de estas distorsiones no persisten porque nos permiten actuar. Simplifican procesos complejos, reducen la ambigüedad y ofrecen criterios de decisión rápidos en situaciones de malestar. Como señala Slavoj Žižek, los errores no se sostienen únicamente por ignorancia, sino porque cumplen una función en otro plano: organizan la experiencia, reducen la incertidumbre y hacen tolerable lo que, de otro modo, exigiría un trabajo interpretativo más arduo. En ese sentido, las distorsiones noetiológicas no son fallos accidentales del razonamiento, sino atajos funcionales que alivian la carga cognitiva y emocional de enfrentarse a procesos fisiológicos complejos y prolongados.

Para 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, considerar las causas del malestar físico o emocional, pero esa operación no es tan simple como parece. Aunque la medicina ha desarrollado sofisticadas herramientas para identificar causas biológicas o fisiológicas, en la práctica cotidiana —tanto profesional como personal— no siempre examinamos cómo atribuimos causalidad, qué supuestos intervienen en esa deducción y cuánto de cultura, de historia personal o de hábito mental se filtra en nuestra forma de razonar.

Las distorsiones de causa —las noetiológicas propiamente dichas— no son errores de conocimiento, sino de razonamiento. Estos errores de razonamiento no deben entenderse como simples defectos lógicos que desaparecerían con más información. Muy a menudo, se trata de configuraciones mentales estables porque resuelven una dificultad práctica: permiten localizar rápidamente una causa, asignar

responsabilidades claras y habilitar una intervención inmediata. Desde esta perspectiva, podría decirse —siguiendo a Žižek— que estas distorsiones funcionan como dispositivos de simplificación que hacen soportable la complejidad del cuerpo vivo. Pensar rápido no siempre es pensar menos: a veces es pensar de un modo que permita seguir funcionando sin quedar paralizado por la incertidumbre.

Más precisamente, me refiero a errores en la forma en que atribuimos causalidad a lo que nos sucede. Pueden aparecer en cualquier persona: pacientes, comunicadores, publicistas, terapeutas, osteópatas, médicos o investigadores. Son invisibles porque están normalizadas, pero tienen consecuencias clínicas importantes. 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*).

Aunque Nesse habla en el contexto de la psiquiatría y la psicología, esta tendencia atraviesa todo el campo de la salud. Consiste en suponer que cualquier malestar es producto de un defecto interno —biológico o psicológico— sin considerar que el contexto también puede ser parte constitutiva de la enfermedad.

A menudo se dejan en segundo plano las condiciones externas, sociales, laborales o vinculares, pese a que el cuerpo responde activamente al mundo. Así, reacciones comprensibles ante ciertas circunstancias —la tristeza tras una pérdida, la ansiedad ante la precariedad, el insomnio en un entorno tóxico— pueden interpretarse como trastornos intrapsíquicos.

Este desplazamiento del contexto hacia lo biológico no puede atribuirse simplemente a un error individual ni a una mala praxis, sino que refleja una forma de razonamiento que se consolidó históricamente en la interacción entre el método médico, las

instituciones sanitarias y la cultura contemporánea. Aunque buena parte de la medicina actual ha incorporado modelos biopsicosociales e intenta integrar el entorno como factor etiológico, la inercia de las prácticas estandarizadas y de la lógica causal simplificada sigue favoreciendo explicaciones centradas en el individuo.

Esta invisibilización del contexto como agente causante del sufrimiento favorece procesos de medicalización de la vida y una creciente dependencia de intervenciones farmacológicas, fenómenos analizados críticamente por Ivan Illich y que retomaremos más adelante.

Confundir síntomas con enfermedades

El enfoque clínico moderno, sin proponérselo, nos deja como herencia un supuesto filosófico: dado que el diagnóstico diferencial identifica la enfermedad a partir de los síntomas, parece que lo que define la enfermedad son los síntomas. Pero esa correspondencia, que en el ámbito clínico funciona como un recurso metodológico, tiende a volverse ontológica en el sentido común: terminamos suponiendo que la enfermedad *es* ese conjunto de manifestaciones y que, por tanto, si los síntomas desaparecen, la enfermedad también. Las resonancias del modelo biomédico, que en su complejidad rara vez se explicitan fuera del ámbito especializado, nos predisponen a equiparar enfermedad con sintomatología.

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

La consecuencia más visible es el tratamiento sintomático. Se tiende a pensar que la gripe es fiebre, dolor corporal y tos, y eso conduce a intentar suprimir esas manifestaciones. Si no hay síntomas, no hay enfermedad.

Parece lógico: si la fiebre y la tos me indican una gripe, desactivando la fiebre y la tos, ya no hay más gripe. Pero esas manifestaciones suelen ser parte de la respuesta adaptativa del organismo. Anularlas no es curar, sino interferir con ese proceso.

El principio autopoiético[24] (el que suele expresarse diciendo que el cuerpo tiene capacidad de autocuración) implica que muchos síntomas son intentos del cuerpo de recuperar la salud. Casi todo síntoma es la expresión de un mecanismo de protección, compensación o reparación. A veces, este mecanismo es autónomo (fiebre, contractura muscular, diarrea) y, otras veces, es una señal del sistema nervioso autónomo dirigida a la conciencia para inducir una conducta (dolor, miedo, ansiedad). En esos casos, aliviar el síntoma sería justamente lo contrario de lo necesario para volver a la salud. El cuerpo está intentando hacer algo para curarse y, al aplacar el síntoma, lo obstaculizamos.

Entre los límites que la razón instrumental consigna a buena parte de la investigación farmacológica, se observa cierta tendencia a formular preguntas demasiado estrechas, en tanto que su campo de reflexión está limitado por una lógica que excluye sistemáticamente el contexto, la génesis y el sentido funcional del síntoma. Se pregunta cómo calmar el dolor, cómo reducir la distensión intestinal, cómo silenciar la tos nocturna.

A veces, la pregunta intenta ir más lejos y buscar la causa. Pero incluso entonces, lo que suele llamarse "causa" es solo una pieza de una cadena causal más extensa, que se detiene justo antes del punto en el que la pregunta se vuelve más incómoda o inabarcable.

Tomemos el caso de las úlceras gástricas, que durante décadas se atribuían 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, reproducible en el laboratorio y permitía una respuesta terapéutica directa, sin necesidad de extender el análisis a los condicionantes biográficos o sociales. Pero esa explicación se limita a la causa *proximal,* no a la *distal*; no a la causa de la disfunción, sino a la del síntoma. La presencia de esta bacteria no explica nada si no nos preguntamos por qué ese ecosistema digestivo permitió su acción.

[24] 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 distingue 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 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 la vida cotidiana, de relaciones, de desigualdades, de memorias no procesadas. Es humano, demasiado humano.

Lo interesante es que si uno deja de pensar por un rato 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?

Tal vez ayude una comparación doméstica: pensar el síntoma como un disyuntor eléctrico que se activa una y otra vez, dejando a toda la casa en la sombra. 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 en la razón instrumental (y, por extensión, en buena parte de la ciencia farmacológica) 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 a lo largo de todo el cableado hogareño. Ni el diagnóstico ni el tratamiento deberían centrarse en el disyuntor, que es solo el síntoma y, por defecto, debemos suponer que *está funcionando bien*.

En esta instrumentalización, una 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 ante una estrategia que olvida que esos síntomas forman parte de un sistema de alerta que la evolución perfeccionó durante millones de años.

Hace unos días estaba en el supermercado, en la sección donde venden medicamentos sin receta. Cerca de mí, dos mujeres hablaban sobre qué comprarle a una amiga que, según decían, tenía fiebre, dolor abdominal y diarrea. Pensaban que se trataba de un virus gastrointestinal —por lo que oí, no había visto a ningún médico— y querían llevarle un antipirético, un antiinflamatorio y un antidiarreico.

Me conmovió su buena intención, pero también me alarmó. Todos esos síntomas que ellas querían suprimir son, en realidad, parte de la estrategia de defensa del cuerpo: la fiebre ayuda a frenar la multiplicación de los microbios; la inflamación atrae leucocitos al sitio

del conflicto; la diarrea expulsa agentes patógenos y desechos. Al eliminar la fiebre, el cuerpo pierde su medio de control térmico; al reducir la inflamación, se interrumpe el flujo de células que combaten la infección; al frenar la diarrea, se impide que el organismo se limpie.

No dije nada. Cualquiera que intente explicar estas cosas fuera de una consulta médica corre el riesgo de parecer pedante o loco. Me hubiera ganado dos enemigos.

Pero aquellas mujeres no eran ignorantes ni imprudentes. Eran fieles representantes de lo que hacemos todos: nos aparece el síntoma x, nos tomamos un medicamento anti-x.

Para justificar esas intervenciones, hay quienes sostienen que el cuerpo "exagera" sus respuestas. Que si hacen falta veinte mil fibroblastos para reparar un ligamento, el cuerpo envía setecientos mil "por las dudas". Por supuesto, quienes expresan esa idea no son ni médicos ni fisiólogos, porque cualquiera que haya hojeado un libro de texto de fisiología sabe que el cuerpo no funciona así, que el organismo regula todos sus procesos con gran precisión y no despilfarra recursos.

Confundir signos con causas

A modo de fábula clínica, situémonos a principios del siglo XX, en una remota región de África donde la fiebre verde era una amenaza mortal[25]. Quien la contraía tenía menos de 48 horas para 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 por todo África. La única estrategia posible consistía en almacenarla en puntos clave y enviarla rápidamente a los puestos médicos emplazados donde aparecía 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 se transmitía por una especie de mosquito específica: *Aedes*

[25] Este es un ejemplo ficticio ensamblado a partir de distintas historias reales.

congolensis. Estos mosquitos eran indistinguibles a simple vista de los demás. 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 con claridad ciertos colores.

Y esto derivó en una consecuencia. Una especie de sapo, llamada poripus, se caracterizaba por ser violeta, y la diferencia con el entorno los hacía tan visibles que ningún mosquito se les acercaba. 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, por tanto, podían indicar un brote de fiebre verde en camino.

De ese hallazgo nació un protocolo sencillo: si en una zona aparecían sapos violetas, había que solicitar quinina al centro de distribución, que tardaría dos días en llegar. 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 e indicaciones. Pensemos que los doctores no luchaban solo contra la fiebre verde sino también contra la malaria, el cólera, las migraciones forzadas, el ébola, la meningitis, la desnutrición, la tuberculosis y las milicias rebeldes.

Pero un día sucedió algo. A uno de los puestos llegó desde Escocia un nuevo administrador, Sir Andrew Whaldrobe, 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 a los sapos violetas.

El resultado fue catastrófico. Sin sapos violetas, los *Aedes congolensis* se reprodujeron a mansalva. 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 disponibles. Pero su error fue uno universal: confundir signos con

causas. Y existen sistemas epistémicos especialmente vulnerables a él.

El modelo biomédico, por ejemplo, evalúa la salud según parámetros fisiológicos dentro de un rango normal. Cuando un valor se aleja de ese rango —ya sea el colesterol, la serotonina o la densidad ósea —, se interpreta como "anormal" y se actúa para corregirlo.

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 tan común que incluso tiene un nombre: *cum hoc ergo propter hoc*. Es una falacia que se comete al inferir que dos o más eventos están causalmente conectados solo porque se presentan juntos. O, dicho con más precisión, consiste en inferir la existencia de una relación causal entre dos o más eventos a partir de la observación de una correlación estadística entre ellos. Suele resumirse en 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. Aún más, no puede descartarse que la relación observada carezca por completo de fundamento causal y que 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.

El empirismo ingenuo acepta explícitamente que correlación no implica causalidad, pero opera como si implicara suficiente fundamento para intervenir. Basta con que dos fenómenos aparezcan juntos de manera reiterada para que uno sea tratado como causa del otro. En clínica, esto se traduce en intervenciones que no buscan explicar, sino reproducir efectos observados. La causalidad deja de ser una exigencia y se convierte en un lujo teórico.

El error de Sir Whaldrobe no es tan inusual. De vez en cuando aparece un estudio que encuentra una correlación entre dos variables. Los investigadores suelen advertir que la correlación no implica causalidad, y pueden sugerir realizar otra indagación para

determinar si existe 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 producirse un efecto paradójico: en el imaginario colectivo la correlación, a fuerza de repetirse, comienza a solidificarse como si fuera causalidad. El inconsciente colectivo no soporta las correlaciones sin explicación. 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": la correlación se transforma en causalidad por saturación de la co-referencialidad. Aquello que precede o acompaña a un fenómeno es tratado como su causa, aun cuando no se haya reconstruido ningún proceso que los vincule. No se trata de una causalidad comprendida, sino asumida por repetición[26]. Este tipo de inferencia es el suelo común de muchas distorsiones clínicas aparentemente distintas.

Llegados a ese estadio, afirmar 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 realizan 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

[26] La causalidad de facto constituye un caso especial del efecto Woozle, que ocurre cuando una afirmación hipótesis débilmente fundada —o incluso infundada— se repite tantas veces en la literatura científica o medios de comunicación que termina siendo aceptada como un hecho comprobado. El cambio es gradual y casi imperceptible. Al principio se dice: "las pruebas sugieren", más tarde: "las pruebas indican" y finalmente: "las pruebas demuestran". Lo que empezó como una conjetura prudente termina convertido en certeza indiscutida.

causa: si los pacientes con gripe tienen muchos leucocitos, entonces los leucocitos deben causar la gripe (efecto sapos violeta).

Y entonces, como tratamiento, intentan 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, en los que puede observarse una tendencia a intervenir sobre los signos sin investigar a fondo el motivo por el que el cuerpo activa esos mecanismos. Esto no implica que la medicina no contemple las causas, sino que, en ciertos contextos —sobre todo en la automedicación o en protocolos rápidos—, puede predominar una lógica correctiva que responde más al signo que al proceso fisiológico que lo genera. Cuando detectamos niveles elevados de colesterol, los reducimos. Cuando hay presión alta, la bajamos. Cuando hay demasiada adrenalina, dopamina o cortisol, intervenimos para corregir sus niveles. Todo esto sin preguntarnos primero por qué el cuerpo está implementando esos mecanismos.

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 enorme cantidad de casos de cáncer o de depresión. Y quizás piensen lo mismo de nosotros: que también

confundimos signos con causas.

Quisiera mostrar que el escenario es un poco más complejo. 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 dicho medio. Es decir, el entorno afecta al medio interno y el organismo responde a los cambios en ese medio, sin una 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 ha ido modificando a lo largo de su historia y está condicionado por factores lejanos. La misma patada provocará distintas reacciones en un perro que creció en una familia que lo quería y en otro 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 se activan cuando 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 dispositivos para que la presión vuelva a subir.

La mayoría de los medicamentos actuales actúa sensibilizando o desensibilizando algunos de los millones de sensores del cuerpo. Un betabloqueante, por ejemplo, bloquea los receptores β-adrenérgicos para reducir la respuesta a la adrenalina; un antihistamínico impide que los receptores H_1 respondan a la histamina; un triptano estimula receptores 5-$HT_1B/_1D$ de serotonina para inducir vasoconstricción y aliviar la migraña; un ansiolítico benzodiacepínico potencia los

receptores GABA_A y amplifica la inhibición neuronal; un opioide activa receptores μ-opioides para bloquear la transmisión del dolor; y un bloqueante de angiotensina II evita que sus receptores AT_1 desencadenen vasoconstricción.

En otras palabras, casi toda la farmacología moderna se basa en intervenir en los sensores del cuerpo, ya sea activándolos o inhibiéndolos, lo cual confirma que el organismo se entiende hoy, en buena medida, como una red de receptores más que como un conjunto de causas.

Ya veremos que esta lógica tiene sus complicaciones, pero por ahora quiero destacar la siguiente idea. El cuerpo tiene un medio interno altamente controlado y regulado. La mayoría de los fármacos actúa modulando receptores fisiológicos con el fin de modificar las respuestas del cuerpo. Esto ha demostrado ser enormemente útil en situaciones agudas o críticas. Sin embargo, en contextos de automedicación o de tratamientos sintomáticos sin una evaluación clínica adecuada, puede ocurrir que se interfiera con respuestas adaptativas sin comprender plenamente su función. Es en estos casos donde cobra valor una mirada que priorice el análisis del "para qué" de la respuesta corporal antes de intentar suprimirla. La propuesta farmacológica consiste en forzar los mecanismos corporales para que hagan lo que la mente de la persona que se automedica quiere, y no lo que el propio cuerpo desea o necesita. La estrategia farmacológica (más que nada, la de venta libre) se basa en interferir con los mecanismos de regulación (bajo la suposición de que estos no funcionan correctamente). 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 en el medio interno.

Imaginemos un sistema informático con problemas. Va lento o se congela al intentar abrir una hoja de cálculo. Un técnico con un enfoque determinado intentaría resolver el problema mediante el teclado, uno de los canales habituales con los que el procesador interactúa con el entorno. Un técnico con un enfoque distinto podría abrir la carcasa y modificar algún sistema de control interno. Ambos

enfoques son válidos, pero adecuados a situaciones distintas.

En términos metafóricos, podríamos decir que la osteopatía actúa a través de interfaces sensoriales del organismo —como si se interactuara con un sistema informático desde el teclado—, mientras que ciertos medicamentos actúan directamente sobre los circuitos internos del sistema. Ambas estrategias son coherentes dentro de sus marcos: una busca estimular respuestas desde la periferia y la otra, intervenir más directamente en los mecanismos internos. La clave está en discernir en qué contexto resulta más adecuada cada vía de intervención.

En el signo (en el sentido clínico que le doy 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 puede reflejar una visión excesivamente mecanicista del cuerpo, que olvida que los fenómenos fisiológicos no son meras disfunciones sino respuestas vivas.

Confundir riesgos con enfermedades

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

Como han señalado voces dentro de la propia comunidad médica, esto implica que muchas personas asintomáticas reciben tratamientos con el objetivo de reducir el riesgo estadístico de eventos futuros. Si bien este abordaje puede tener beneficios poblacionales, también implica enfrentar un dilema clínico: tratar a alguien que no

siente ni padece aún una enfermedad real, asumiendo riesgos concretos a cambio de prevenir eventos hipotéticos.

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 desarrolle otra afección. 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 familiar, casi automática, a buscar una intervención ante cualquier malestar y a que dicha intervención sea farmacológica.

La medicación facilitada no es un problema médico, sino 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 estas 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 equivale a 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 un patrimonio exclusivo de quienes se automedican. También los médicos y los osteópatas pueden adoptar enfoques sintomáticos, no por falta de criterio, sino por las presiones del sistema de salud, las expectativas del paciente o la necesidad de resultados inmediatos. El paciente consulta por dolor de espalda; el médico le indica un antiinflamatorio; el osteópata realiza una manipulación vertebral. 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 puede persistir, recrudecer, cambiar de forma o incluso dejar de manifestarse sin que la causa subyacente haya sido resuelta. En muchos casos, el síntoma era una respuesta del cuerpo ante una situación de desequilibrio, y su desaparición sin análisis puede dejar sin resolver el problema original.

La medicación facilitada, entonces, no es solamente una respuesta apresurada: es el resultado de una cadena de errores epistemológicos que tienden a producir una práctica clínica más enfocada en el control del síntoma que en su interpretación, lo cual puede limitar la posibilidad de comprender procesos fisiológicos más amplios. Se confunden el síntoma con la enfermedad, el signo con la causa, la incomodidad con la patología. Y desde esa confusión, la medicación no aparece como una herramienta estratégica, sino como una respuesta refleja. En lugar de entender el síntoma como una oportunidad para pensar, se lo convierte en una interrupción molesta a ser cancelada cuanto antes.

Desde esta perspectiva, la medicación facilitada no puede entenderse solo como una mala decisión informada, sino como una respuesta cultural eficaz frente a la complejidad. Suprime el síntoma, restaura la continuidad de la vida cotidiana y ofrece una sensación inmediata de control. Como diría Žižek, el problema no es que no sepamos que esta estrategia es incompleta, sino que funciona suficientemente bien como para evitar un trabajo más profundo de interpretación. El alivio rápido no resuelve el proceso, pero permite no pensarlo. Y esa posibilidad de no pensar es precisamente lo que vuelve tan persistente esta distorsión.

Distorsiones de efectos

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

La persona contemporánea está saturada de aparatos y sustancias de alta tecnología (entre ellos, medicamentos), cuyo funcionamiento no comprende del todo. En esta sección analizo 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 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 alivia el dolor también impide la reparación del 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: actúan sobre sensores biológicos, y todo sensor desencadena múltiples respuestas. El mecanismo de acción es siempre el mismo: activar o inhibir un proceso corporal[27]. Nada más. No añaden efectos propios. De hecho, los equipos de diseño de fármacos buscan fármacos que actúen sobre un único proceso orgánico. No hay muchas chances de crear una droga mejor que la actual, con el mismo efecto primario pero sin los efectos secundarios. Los efectos secundarios suelen ser consecuencia directa del efecto primario.

Hay un aspecto adicional que considerar. Los fármacos administrados por vía oral producen 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 propósito. Los antiinflamatorios no discriminan el lugar de acción: ejercen su efecto de forma sistémica y, por eso, pueden aliviar el dolor localizado mientras interfieren en procesos inflamatorios que cumplen funciones protectoras en otras áreas del cuerpo. Esta es una observación habitual en farmacología clínica, y una de las razones por las que su uso debe ser evaluado caso por caso.

Para subrayar la importancia de entender que los efectos adversos no son contingentes, analicemos un par de casos relacionados con metotrexato, una droga utilizada en el tratamiento del cáncer y de

[27] Salvo los antibióticos, antimicóticos, la mayoría de sustancias tópicas (pomadas, cremas, aerosoles) y algunos otros.

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 otras. Todos estos figuran en los prospectos entre los efectos adversos del metotrexato. Por supuesto, uno puede hacer un análisis de costos-beneficios 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 del ácido fólico. En consecuencia, todo proceso metabólico que requiera ácido fólico se ve dificultado.

¿Por qué es importante este razonamiento? Porque alguien podría objetar: si bien es cierto que llamar "efecto primario" a la resolución de 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. Llamarlos secundarios implica pensarlos como contingentes, es decir, como algo que podría evitarse de alguna manera. Por ejemplo, para evitar los efectos secundarios, a veces se indica tomarlo junto con ácido fólico. Una pastilla de metotrexato y otra de ácido fólico. El razonamiento implícito suele ser el siguiente: los efectos secundarios del metotrexato se deben a la disminución del ácido fólico; ergo, tomar ácido fólico al mismo tiempo disminuirá los 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 equivale, en términos funcionales, a reducir la dosis efectiva del metotrexato. 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[28]. 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 poco probables, podían resultar serios y, al final, decidió soportarlos con tal de curarse del cáncer. El médico le hizo entonces la prescripción de metotrexato acompañado de ácido fólico. Cuando el tratamiento no funcionó, el médico le explicó a Lucía algo real: que a veces no funciona, que no es 100 % efectivo y que hay personas en las que, por razones aún en investigación, el fármaco no produce efecto. No obstante, aunque es cierto que el caso clínico podría explicarse por la variabilidad individual en la respuesta al tratamiento, no se puede descartar que la forma en que se combinó la terapia haya influido en su eficacia.

Expliquemos esto. La estrategia clínica propuesta por la ciencia médica es la siguiente: como el cáncer necesita ácido fólico y el metotrexato lo bloquea, administrar el metotrexato podría ralentizar lo suficiente el desarrollo del tumor como para que el sistema inmune logre eliminarlo. Genial. 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 %. Esto puede contribuir a explicar por qué, en algunos entornos clínicos, la efectividad observada del metotrexato resulta menor que la esperada.

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 agotado 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 estos eran "raros". Entonces se llevó únicamente el metotrexato, pensando que, si notaba algo extraño, volvería a la farmacia para buscar el ácido fólico. Pero los efectos secundarios fueron tan intensos que empezó con problemas cognitivos y terminó internado. No llegó a volver a la farmacia: enseguida empezó a hablar disparates y a creer que estaba en la playa.

[28] Este caso y el siguiente son ilustrativos. No un juicio sobre la práctica médica, sino ejemplos para entender cómo una pequeña variación en el razonamiento farmacológico puede cambiar los resultados.

¿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 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. Es posible que, al observar una eficacia limitada en algunos pacientes, el profesional haya optado por ajustar la dosis para lograr una mejor respuesta clínica. Este tipo de ajustes no necesariamente indica error, sino la dificultad de encontrar el equilibrio adecuado entre eficacia y tolerancia, especialmente en terapias de estrecho margen terapéutico. 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, como en el caso de Lucía, lo recetaba siempre junto con ácido fólico. Entonces, fue aumentando la dosis de metotrexato hasta lograr una mayor eficacia.

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 convirtió en una sobredosis brutal.

Por eso insisto en que es importante comprender 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. Esto no se debe a una limitación técnica o ética, sino que refleja una realidad fisiológica bien documentada: la reparación y la inflamación forman parte del mismo circuito adaptativo.

La idea de que los efectos adversos son evitables en todos los casos refleja una comprensión incompleta de cómo actúan los fármacos en el cuerpo. Comprender que estos efectos son parte inherente del mismo mecanismo que produce el beneficio terapéutico puede ayudarnos a tomar decisiones más informadas y razonadas sobre su uso.

Creer que los efectos secundarios son sí/no

Otra creencia bastante extendida entre la población general es que los efectos secundarios ocurren como en una lotería. Que uno puede padecerlos o no, y que la probabilidad de padecerlos es muy baja. Esta percepción, aunque tranquilizadora, no se ajusta a lo que sabemos desde la farmacología y la estadística clínica. La respuesta a un medicamento, tanto en su efecto terapéutico como en sus efectos adversos, se distribuye normalmente, es decir, siguiendo una curva de Gauss. En esa distribución, lo menos frecuente es no tener ningún efecto; también es poco frecuente tener efectos graves. Lo más común es experimentar algún grado de respuesta terapéutica y, en paralelo, algún efecto adverso leve o subclínico.

Desde esta perspectiva, la mayoría de las personas que toman un medicamento experimenta alguna alteración biológica, aunque no siempre lo nota. Esto no significa que los fármacos sean dañinos por definición, sino que, al igual que cualquier intervención fisiológica, producen cambios con un margen variable de tolerancia. Que un efecto adverso no sea evidente no implica que no esté ocurriendo; simplemente, no alcanza el umbral clínico para ser diagnosticado como patología.

Si el efecto adverso del que hablamos es el dolor muscular, la situación no es tan grave: es muy probable que muchas personas noten apenas una molestia pasajera. Pero si el efecto al que nos referimos es una ligera confusión mental, la cosa cambia: significa que es muy probable que algunas personas experimenten una dificultad cognitiva apenas perceptible. Lo más probable es que sus allegados no lo noten. El problema es que eso puede coincidir 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, por acidez, por insomnio, por diarrea, por

estreñimiento, por tos o por rinitis alérgica? La respuesta es 50 %.[29]

Al sumar ambos grupos, vemos que el 75 % de los conductores que hoy circulan han tomado algún fármaco.

¿En cuántos de esos medicamentos el prospecto advierte que no se debe conducir durante 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 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, otros consumieron drogas recreativas y otros presentan alguna disminución de las capacidades cognitivas desde el nacimiento. No es extraño que una de las principales causas de muerte en el mundo sean los accidentes de tránsito[30].

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 actúa sobre las glándulas sebáceas y se utiliza para tratar el acné grave. Aunque se desconoce el mecanismo exacto de acción, se sabe que inhibe el funcionamiento de estas glándulas. Sin embargo, el tratamiento con isotretinoína se asocia con efectos adversos de distintos grados de probabilidad: teratogenicidad, depresión, suicidio, efectos mucocutáneos e irritabilidad intestinal.

[29] 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.

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

El mecanismo de acción no está demostrado empíricamente, pero diversos estudios sugieren que la isotretinoína induce apoptosis (muerte celular programada) en diversas células del organismo. Esta muerte celular puede producirse en las células de las glándulas meibomianas, en las células hipotalámicas, en 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 % desarrolló 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 se observaba con claridad hasta seis meses después de finalizar el tratamiento. Debido a investigaciones como estas, la isotretinoína figura entre el top 10 de la base de datos de la Food and Drug Administration (FDA) de las 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 tratarse de una causa distinta de la propia isotretinoína. Sí, en los estudios se registraron más suicidios en el grupo tratado con isotretinoína, pero quizás fue mala

suerte.[31]

La explicación que suelen dar muchos laboratorios y asociaciones de dermatología es que la depresión probablemente se deba al acné y no al 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 se registró un número significativamente mayor de suicidios.

La palabra "significativamente" es clave en estadística. Obviamente, las diferencias entre los grupos pueden deberse al azar, pero existen métodos para determinar si una diferencia es estadísticamente significativa, es decir, si probablemente no se debe al azar.

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

[31] Antes que se me acuse de incoherente, porque antes esgrimí el criterio de "correlación no implica causalidad" pero aquí parezco habérmelo olvidado, aclaremos esto: el estudio estaba diseñado para demostrar causalidad efectiva de la droga (hay métodos estadísticos para mostrar algo más que correlación). En todo caso, podríamos decir esto: el estudio mostró que en el grupo que consumió isotretinoína hubo mejores resultados para el acné y más suicidios. Si aceptamos la eficacia del fármaco, debemos aceptar el dato sobre suicidios. Si queremos aplicar la idea de que correlación no implica causalidad, debemos desestimar las dos cosas: que la isotretinoína provoca suicidios y que la isotretinoína es buena para el acné.

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 me resulta importante de lo que dice Melnik 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 excesivamente meticulosa. Están porque no puede evitar incluirlos. Es decir, porque se han registrado con la frecuencia y la 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", "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 sea posible. 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:

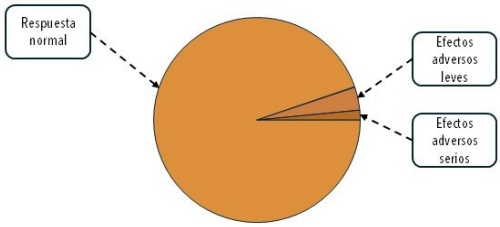
Raros: depresión, exacerbación de la depresión, tendencias agresivas.

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

Se informa que esos casos son raros o muy raros. Y esto nos tranquiliza un poco, porque lo más probable es que no los

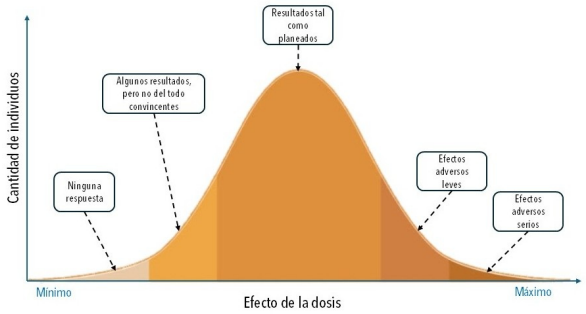
experimentemos. Lo que no se dice es que *casi todos* los que lo toman sufren *algún grado* de neurotoxicidad. En algunos (esos casos "raros"), las consecuencias son tan intensas que afectan su vida diaria, hasta el punto de llevarlos al suicidio. En otros, es tan leve que ni se percibe. Pero en *todos* hay un efecto.

Vamos a analizar esto con más 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)

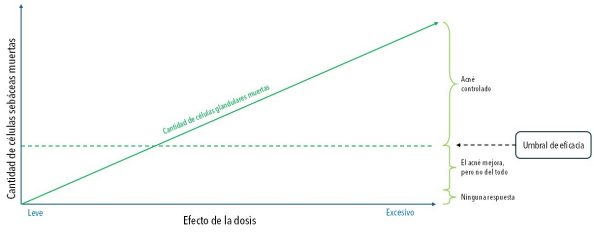
En realidad, una representación más exacta es una curva de Gauss, donde el eje x representa la virulencia del efecto de la dosis y el eje y la proporción de individuos afectados. De esta manera, hacia el extremo izquierdo de la distribución tendremos unos pocos casos en los que no hubo ninguna respuesta (ni la deseada ni efectos secundarios), y hacia el extremo derecho, unos pocos casos en los que la droga produce el efecto deseado, pero con 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 tolerables. De esta manera:



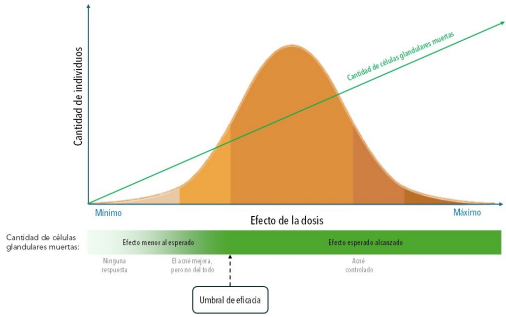
En esta curva, la proporción es aproximadamente la misma que en el gráfico de torta. Los casos más extremos (Ninguna Respuesta y Efectos Adversos Serios) representan, en promedio, el 1 % cada uno (es decir, casos "muy raros"). El caso central (Resultados Tal Como Planeados) representa un número de casos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

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

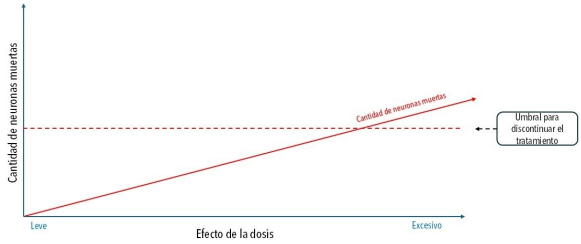
Ahora, el éxito del tratamiento (olvidémonos por un momento de los efectos adversos) depende de cuántas células de glándulas sebáceas mueren, y esto lo podríamos representar así:



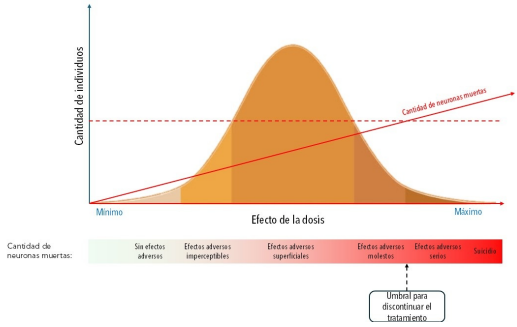
Dado que los ejes x coinciden, podemos combinar perfectamente este gráfico con nuestra campana de Gauss:



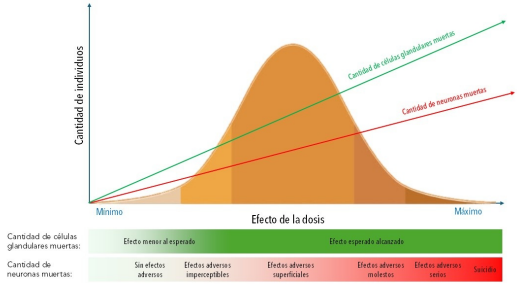
Ahora sí, pensemos en los efectos adversos. Estos serán peores cuanto más neuronas se mueran, y podemos representarlos de manera similar. Si se mueren más de cierta cantidad de neuronas, tendremos una mayor probabilidad de depresión. Si se mueren muchas más, la probabilidad de suicidio aumenta.



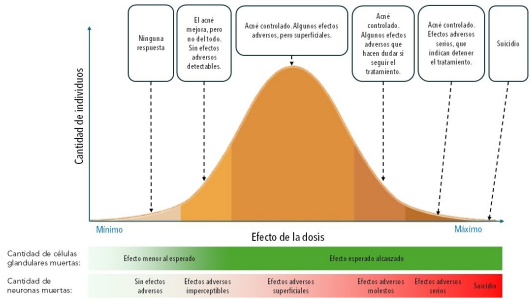
Obviamente, este gráfico también encaja perfectamente con la curva de Gauss, de manera que podemos juntarlos:



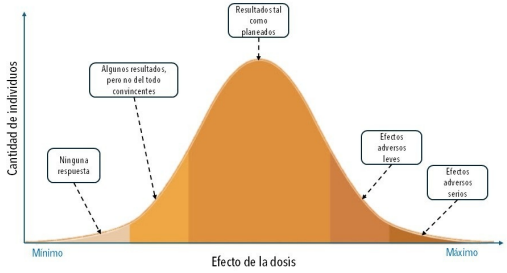
Y ahora podemos graficar el total de los efectos de la droga, es decir, los efectos deseados junto con los efectos adversos:



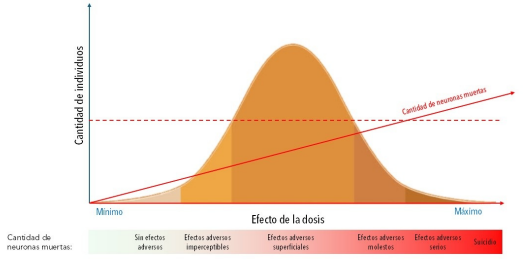
Ahora, lo que podemos hacer es unificar las descripciones. Para cada una de las cinco secciones de la curva, elaboramos una descripción que combine la que teníamos para el resultado esperado con la que teníamos para los efectos adversos. Nos queda así:



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 respecto a la primera versión que pusimos, que era principalmente intuitiva. Me refiero a esta:

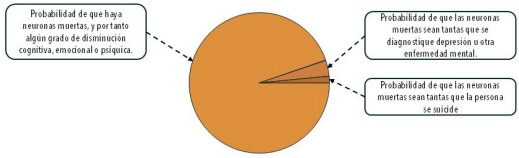


Sin embargo, quiero que prestemos atención a un detalle que no se representa en este gráfico porque lo descartamos a mitad de camino. Recordemos esta curva de efectos adversos:

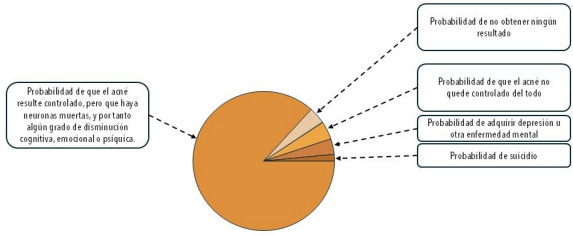


Vemos que, en las secciones más a la derecha, el número de neuronas muertas es tan elevado que la persona comienza a sufrir depresión (o alguna otra condición psíquica). Esto se aplica a un porcentaje mínimo (inferior al 1 %) de las personas que consumieron la droga.

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, de memoria o emocional. Quizás no tantas como 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 basada en la comprensión de la fisiología y en el razonamiento lógico. Todavía no se entiende por completo por qué la isotretinoína produce efectos secundarios. Ni siquiera se entiende bien por qué produce los efectos primarios (lo que se conoce como el mecanismo de acción).

Esta lógica se aplica a otros medicamentos. Ocurre 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 salga 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 provoca una úlcera. Pero incluso en los casos en que no llega a haber úlcera, también. Siempre que se toma un AINE, se reduce la mucosa gástrica.

Creer que los efectos secundarios son insignificantes

Una idea común 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 farmacología, se considera que un efecto adverso que ocurre en menos del 1 % de los pacientes se clasifica como "muy raro" según los criterios internacionales de farmacovigilancia (por ejemplo, los utilizados por la EMA o la FDA). Pero lo "muy raro" a nivel individual puede sumar cifras significativas cuando se aplica a millones de personas.

Los medicamentos con mecanismos de acción más potentes —es decir, aquellos que modifican con fuerza una vía fisiológica— suelen tener mayor potencial tanto para beneficios como para efectos adversos. Esto no es un fallo del sistema, sino una consecuencia inherente a la intervención en procesos complejos y finamente regulados.

Esa afirmación merece una segunda lectura. ¿Será cierta? Si eso fuera así, los medicamentos que mejor anulan los síntomas también serían los que provocan los peores efectos adversos. Y, en efecto, muchas veces eso es lo que sucede. El ketorolac es más eficaz para aliviar 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 actúa como antiinflamatorio, y sus efectos secundarios se deben a su acción antiinflamatoria. Cuanto más potente sea una droga como antiinflamatoria, mayor será su capacidad para aliviar el dolor y también para generar efectos adversos.

Creer que hay sustancias buenas

En lugar de pensar en términos de sustancias "buenas" o "malas", puede ser más útil y más alineado con la fisiología preguntarnos qué hace esa sustancia, en qué contexto, y bajo qué condiciones. Esta es, de hecho, la lógica que subyace a la farmacodinámica moderna.

¿El tío Mario dice que una sustancia es buena para la tos? ¿Qué significa eso? ¿La elimina? ¿La intensifica? ¿La atenúa? Ninguna de esas cosas es buena o mala en sí: depende del proceso fisiológico en juego. ¿La vecina de un amigo dice que tales semillas son buenas para el hígado? ¿De qué manera? ¿Lo hacen trabajar menos? ¿Lo hacen trabajar más? ¿La señora de la cola de la panadería dice que tal producto es bueno para el sistema inmunitario? ¿En qué sentido? ¿Lo baja? ¿Lo sube?

Para escapar de esa ambigüedad, a veces se recurre a una fórmula que parece conciliadora, pero no es más que un *argumento ad hoc*: se afirma 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 cerrado[32] 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, determinar si está fuera del rango óptimo y, en función de ello, aplicar un corrector. Ninguno de estos pasos puede ser realizado por una sustancia inerte. Una sustancia puede influir en el pH, aumentándolo o reduciéndolo, pero no posee la capacidad de determinar cuál es el valor adecuado en una situación específica. 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?

En el marco de la alostasis, entendemos que el valor óptimo de un parámetro fisiológico no es fijo, sino dinámico y depende del contexto. Esta flexibilidad se basa en sistemas de predicción neuroendocrina que no pueden replicarse mediante compuestos químicos simples.

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

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 de overclocking

[32] 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)

conlleva cierto riesgo de que se queme. Además de ese riesgo, tiene una consecuencia inmediata, con un 100 % de probabilidad: invalida la garantía.

Conclusión

Las distorsiones noetiológicas que hemos explorado no son simples malentendidos individuales. Emergen de una manera de pensar sobre la salud que ha demostrado una enorme eficacia en contextos como la microbiología o la farmacología, pero que muestra límites cuando se traslada sin ajustes al escenario complejo y subjetivo del malestar cotidiano.

La mayoría de las distorsiones aquí descritas no se originan directamente en los departamentos de investigación. La literatura médica especializada ha documentado, por ejemplo, que ciertos antiinflamatorios, si bien útiles para aliviar síntomas, pueden interferir con fases específicas del proceso reparativo. Este conocimiento está disponible entre profesionales de la salud, pero muchas veces no llega al público en general, ya sea por limitaciones en los canales de divulgación, por simplificaciones en la comunicación o por presiones del entorno asistencial. Lo que circula suelen ser ideas antiguas, arraigadas en la población general, reforzadas por publicidad, consejos bienintencionados y hábitos culturales que confunden rapidez con eficacia y silencio sintomático con salud.

Así, la automedicación se vuelve rutinaria. La búsqueda 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. La polifarmacia y la iatrogenia, que durante mucho tiempo se pensaron como fenómenos marginales, se han vuelto desafíos frecuentes en muchos sistemas de salud modernos, especialmente en contextos de atención fragmentada, sobrecarga asistencial o presión por soluciones rápidas.

¿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.

Una de las propuestas que puede colaborar en ese proceso de transformación es el modelo osteopático, no tanto por su abordaje manual como por la filosofía clínica que lo sustenta, centrada en la función, la autorregulación y la interpretación fisiológica del síntoma.

Donde el diagnóstico diferencial tiende a identificar la enfermedad con la sintomatología, el diagnóstico etiológico se pregunta: ¿cuál es el propósito del cuerpo con este síntoma? ¿Qué trata de reparar, compensar, proteger? El principio de autocuración no se incluye por una intención decorativa, sino por una clave interpretativa: si hay síntomas, es porque hay un proceso en marcha. Inhibir un síntoma sin comprender previamente su función puede impedirnos comprender el sentido fisiológico del proceso. No se trata de evitar el alivio, sino de integrar su uso en un análisis más amplio de las causas subyacentes.

Mientras algunas perspectivas tienden a considerar los efectos adversos como eventos desafortunados o residuales, el enfoque osteopático —en sintonía con la farmacología clínica y la fisiología sistémica— invita a pensar cada intervención como parte de una red de compensaciones, donde todo beneficio conlleva un costo potencial que conviene considerar.

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 mediante la experiencia y la práctica. En el próximo capítulo, nos sumergiremos en ejemplos reales. Casos que ilustran cómo ciertos tratamientos enfocados exclusivamente en el alivio sintomático, si no se acompañan de una búsqueda etiológica, pueden interferir con los mecanismos de adaptación y reparación del organismo.

4 La medicación facilitada

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

La medicina ha desarrollado recursos extraordinarios para aliviar el sufrimiento, y sería insensato negarlo. Sin embargo, el uso de tales herramientas plantea cuestiones relevantes cuando su aplicación se torna automática o generalizada, sin un análisis contextual del caso particular.

Adorno y Horkheimer observaron que la sociedad moderna prefiere soluciones rápidas antes que procesos de comprensión. Sterling advierte que, con ese gesto, a veces se interrumpe un proceso fisiológico que no es patológico, sino adaptativo.

Este capítulo y el siguiente no persiguen una impugnación categórica del recurso farmacológico, ni se inscriben en una lógica de oposición binaria entre la intervención química y el respeto por los procesos orgánicos. Su propósito es más modesto y, a la vez, más estructural: interrogar el estatuto epistémico, simbólico y cultural que ha adquirido la medicación en el imaginario contemporáneo y reintroducir, en el vínculo entre malestar y respuesta, una distancia crítica que permita discernir antes de actuar.

Aclaraciones previas

Aclaración postural

Vivimos en un mundo polarizado. En el discurso público sobre la medicina, esa polarización se ha cristalizado en un enfrentamiento entre dos posiciones maniqueas: quienes defienden a ultranza a la industria farmacéutica (llamémoslos *pro-pharma*) y quienes la condenan por completo (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, presentado como un avance incontestable del progreso científico.

Algunas personas podrían pensar que este capítulo se alinea con la crítica anti-pharma. No es así. En todo caso, adopto más bien una postura antimaniquea. No estoy en contra de tomar medicación, sino a favor de aprender cuándo sirve. La ciencia médica explica, para cada fármaco, sus indicaciones (para qué sirve), sus efectos adversos, su posología y su pronóstico. Desgraciadamente, la persona corriente cree que conoce esa información, pero, en general, está equivocada. El prospecto del medicamento no solo ofrece una versión necesariamente simplificada de todos esos datos, sino que, además, nadie los lee. Mi posición es "tomemos medicamentos si hace falta, pero tengamos cuidado". No llegué a esta posición por investigar la publicidad encubierta ni por indignarme ante 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 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 se agota en lo político ni en lo económico: tiene también una raíz epistemológica. 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 comprenderlos. Contra esa reacción automatizada —tan propia del

sentido común contemporáneo— que, ante cualquier malestar, pregunta: "¿Qué puedo tomar?".

Mi meta es explorar esa pregunta.

Para ello, analizaremos algunos medicamentos de uso común. Veremos qué hacen exactamente, cómo actúan en el cuerpo, por qué a veces funcionan y por qué, muchas otras veces, retrasan o interfieren la curación. Aplicaremos las distorsiones noetiológicas que discutimos en el capítulo anterior a casos concretos, como antiinflamatorios, antigripales y antihistamínicos, entre otros.

Buena parte de los medicamentos de uso doméstico no actúan sobre la causa del proceso, sino sobre sus manifestaciones, es decir, sobre el esfuerzo del cuerpo por curarse. El consenso sobre este punto trasciende la división entre defensores y críticos de la industria. El Dr. Paul Offit —un defensor emblemático de la industria farmacéutica— advierte también 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 debe detenerse.

Por eso, este capítulo no propone una posición "anti" ni "pro", sino una tercera vía: la del análisis fisiológico previo a la intervención. Este capítulo no ofrece una lista de medicamentos buenos y malos porque ningún medicamento es bueno o malo, sino que nos invita a preguntarnos, cada vez que tengamos la tendencia a medicarnos, si esa es la estrategia correcta.

Aclaración operativa

Vamos a dividir este tema en dos capítulos: síntomas y signos.

Los signos son mediciones: hechos objetivos, aspectos que pueden registrarse con instrumentos u observarse a simple vista. Cuando el médico te toma la presión o mide tu glucosa, busca signos. Observa algo que tu cuerpo hace, lo sientas o no.

Los síntomas, en cambio, son lo que se siente: dolor, fiebre,

cansancio, náusea. Son la parte visible del malestar desde dentro, la forma en que el cuerpo llama tu atención y te empuja a actuar, a descansar o a pedir ayuda.

Esta diferencia, que parece menor, revela dos modos distintos de regulación en el cuerpo: uno ordinario y otro extraordinario.

El modelo homeostático, ampliamente difundido en la medicina contemporánea, concibe al organismo como un sistema que tiende al equilibrio mediante mecanismos automáticos de corrección. La función de estos sistemas es mantener constantes ciertas variables fisiológicas —temperatura, pH, concentración de glucosa, etc.— mediante la acción de sensores y respuestas locales. Esto es lo que llamamos regulación ordinaria. Este modelo ha resultado de gran utilidad para el análisis de funciones básicas y la formulación de intervenciones farmacológicas orientadas a la restitución de valores considerados normales. En este marco, los signos cumplen una función central, pues son indicadores cuantificables de desviaciones respecto del estado de equilibrio esperado.

El segundo tipo de regulación es distinto. Es extraordinaria. No se activa ante la alteración consumada, sino ante su anticipación. No responde, sino que prevé. Su dinámica es predictiva, orientada no a conservar el equilibrio, sino a quebrarlo temporalmente para posibilitar una nueva adaptación. A este tipo de regulación se la llama *alostasis*[33].

En este nivel, el control no se apoya en sensores periféricos, sino en redes integrativas —frecuentemente corticales— capaces de reorganizar el metabolismo, la circulación o la inmunidad conforme a las exigencias del entorno. El cuerpo abandona su equilibrio de reposo y entra en un modo funcional no ordinario y transitorio que puede provocar alarmas o desactivar algunas funciones no vitales. Las alarmas y disfunciones pueden resultar molestas y, en ese caso, se las llama síntomas: manifestaciones perceptibles de esa reconfiguración fisiológica.

Idealmente, este estado excepcional tiene un propósito y una duración limitados. Persiste mientras se resuelve la causa que lo originó: eliminar una infección, cicatrizar un tejido o garantizar la

[33] El concepto de alostasis nace en 1988 de la mano de Peter Sterling y Joseph Eyer, y ha ido desplazando lentamente a la homeostasis en los estudios y textos de fisiología.

supervivencia ante una amenaza externa. Pero cuando el modo extraordinario se mantiene en el tiempo, la molestia causada por las alarmas y las disfunciones lleva a la persona a buscar una intervención de alivio, en general, empezando por alguna acción privada y, en última instancia, buscando ayuda médica.

En ese punto, los síntomas dejan de ser meras expresiones funcionales y se convierten en motivos de consulta. Los signos, por su parte, representan la inscripción objetiva de esas mismas dinámicas en el registro ordinario de la fisiología: son, en cierto modo, regulaciones homeostáticas alteradas o "cooptadas" por una regulación alostática.

La crítica planteada por autores como Peter Sterling consiste precisamente en señalar que muchas intervenciones clínicas contemporáneas se fundamentan en el modelo homeostático, incluso en contextos donde resulta más pertinente una lectura alostática. Esto conduce a confusiones epistemológicas y a intervenciones iatrogénicas: se suprimen manifestaciones funcionales del cuerpo como si fueran fallas de sistema, sin comprender que pueden responder a un cálculo anticipatorio orientado a la supervivencia o a la reparación tisular.

Para clarificar este punto, puede proponerse una formulación lógica:

— El cuerpo detecta (o anticipa) una condición X.

—Para adaptarse, genera una respuesta fisiológica Y.

—Algunas sustancias actúan interfiriendo con X (la percepción del problema), mientras que otras bloquean directamente Y (la respuesta adaptativa).

Por ejemplo, el cuerpo detecta si se ingirió glucosa, lo que provoca la liberación de insulina. Los edulcorantes artificiales engañan al sistema de detección de glucosa, lo que provoca respuestas metabólicas inadecuadas en ausencia de un aporte calórico real. La semaglutida (Ozempic) hace que el cuerpo reaccione como si hubiera entrado comida, aunque no haya entrado (lo cual produce saciedad y libera insulina). Un antiinflamatorio hace que el cuerpo reaccione como si no hubiera habido infección ni daño, independientemente de si en realidad hubo o no. Un analgésico hace que el cuerpo reaccione como si no hubiera daño tisular, ya sea que haya o no.

Otros sabotean las respuestas del cuerpo. Si el cerebro calcula cuánto colesterol va a necesitar próximamente y ordena producir esa

cantidad, las estatinas sabotean esa producción. Si el organismo detecta algo malo en el intestino y decide generar diarrea para eliminarlo, un antidiarreico sabotea esa respuesta e interrumpe la evacuación de agentes potencialmente nocivos. Si el sistema inmune estima que hay una infección y dispone subir la temperatura corporal para que los virus o bacterias no se puedan reproducir, un antifebril sabotea esa defensa. Si el cuerpo calcula que necesita más presión arterial y, para subirla, activa el SRAA, el losartán sabotea esa respuesta. Si el cuerpo activa una respuesta de tos para limpiar el tracto respiratorio, un antitusivo sabotea esa respuesta de limpieza. Un ISRS sabotea el sistema de regulación de la serotonina sin considerar las razones por las que esos niveles se habían ajustado. Un mucolítico sabotea el sistema de regulación de la viscosidad de la mucosa pulmonar.

La cuestión no reside en negar la utilidad de estas sustancias en contextos específicos, sino en reconocer los supuestos epistemológicos que guían su aplicación. En la medida en que se asuma, como corresponde a la razón instrumental y al modelo homeostático, que toda desviación respecto de la norma fisiológica constituye una patología y que el equilibrio debe restaurarse de inmediato mediante medios externos, se pierde la posibilidad de interpretar el síntoma como un fenómeno con sentido. Por el contrario, si se incorpora la lógica alostática, el síntoma puede entenderse como una respuesta coherente ante una perturbación anticipada, cuya supresión indiscriminada puede generar nuevos desequilibrios.

En este capítulo hablaremos de los síntomas, que son los que uno tiende a querer suprimir mediante la automedicación. En el próximo capítulo hablaremos de signos: las variaciones medibles que, aun siendo menos perceptibles para el sujeto, se han convertido en objeto privilegiado de la intervención médica moderna.

Síntomas y automedicación

Inflamación y antiinflamatorios

Una lesión o una infección no se resuelve por sí sola. 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.

En el discurso sanitario contemporáneo —incluyendo la publicidad, los medios y ciertos mensajes simplificados— se ha extendido la idea de que toda inflamación debe eliminarse. Este enfoque, si bien comprensible desde el deseo de aliviar el malestar, puede llevar a una interpretación errónea de la función fisiológica de la inflamación: verla como algo negativo, algo que debe eliminarse.

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 hacia la zona. La mala noticia es que la inflamación es dolorosa. La buena noticia es que favorece la curación." (Offit, *Overkill*).

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 eludir el sistema y apagar la alarma sin necesidad de atender al evento causante.

Los corticoides y los AINEs son potentes antiinflamatorios[34]. 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, el dolor.

Pero eso no quiere decir que curen. Suprimir la inflamación es impedir el flujo de recursos necesarios 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.

[34] 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.

Resulta francamente remarcable que esta terapia aún sobreviva".

Parte del malentendido se debe a la confusión entre inflamación e infección. Mucha gente los usa como sinónimos cuando son conceptos completamente opuestos.

Pensémoslo de este modo. Cuando hay un proceso infeccioso, a menudo también hay inflamación. Pero son dos cosas distintas. La infección es el ataque: la intrusión del patógeno. La inflamación es la defensa: la respuesta del cuerpo contra el patógeno. Por defecto, uno asume que un antiinflamatorio 'cura' porque elimina la infección, pero no es así. Lo que elimina la infección es la inflamación.

Conviene recordar que cuando tomamos un antiinflamatorio durante una infección, no estamos atacando al invasor, sino deteniendo al ejército propio que intenta expulsarlo.

A veces, atenuar la inflamación es clínicamente necesario, por ejemplo, en ciertas exacerbaciones autoinmunes, en edema cerebral o en indicaciones reumatológicas. Pero esos son casos en los que hay inflamación sin infección, es decir, en los que el sistema de defensa funciona mal y se dispara por nada. Esos casos, por supuesto, solo puede determinarlos un médico. No son representativos del caso doméstico en el que uno siente dolor y va al botiquín de la casa a ver qué se puede tomar.

Los corticoides y los AINEs son, como dijimos en capítulos anteriores, una intervención que desactiva un sistema de advertencia, defensa y reparación, pero no interviene en la causa. Y desconectar la alarma sin fijarse en por qué se activó no es una buena idea.

La insistencia en apagar la alarma no se debe únicamente a una mala comprensión de la fisiología. Hay algo más. El dolor molesta, claro, pero lo verdaderamente insoportable no es eso. Lo que incomoda de verdad es que el dolor viene con exigencias: pide que uno pare, que descanse, que afloje el ritmo, que cambie ciertas costumbres, que admita que no todo se puede seguir haciendo como antes. El antiinflamatorio permite evitar todo eso. Permite seguir adelante sin preguntas, sin negociaciones, sin tener que revisar nada. En términos zizekianos, podría decirse que el síntoma no se vuelve intolerable por el daño que causa en el cuerpo, sino por el desorden que introduce en la vida. La pastilla ofrece una salida discreta y eficaz. Silencia la señal y restaura la apariencia de normalidad sin exigir la transformación que el

cuerpo estaba reclamando.

Entonces, ya el hecho de que exista algo llamado antiinflamatorio es un tanto extraño. Es como algo que se llame antidigestivo, anticicatrizante, antisoldadura de hueso, anticuración. Pero veamos un efecto adverso: las afecciones gástricas. Los AINEs ejercen su efecto inhibiendo enzimas como la COX-1 y la COX-2, responsables de la biosíntesis de prostaglandinas. Estas prostaglandinas cumplen varias funciones esenciales, entre ellas activar procesos inflamatorios cuando se requiere reparación y mantener la mucosa gástrica, que protege al estómago del ácido clorhídrico. En realidad, la mucosa gástrica es un proceso de inflamación continuo. El ácido estomacal ataca constantemente 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 *úlcera gástrica*. Para evitar esta catástrofe, a veces se usa junto con otro medicamento: un inhibidor de la bomba de protones, como el omeprazol, que disminuye la producción de ácido gástrico. Pero esto también trae problemas: una menor acidez implica un mayor riesgo de infecciones intestinales y una 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 la infección estomacal 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 mediante el desarrollo de AINEs que inhiban únicamente la COX-2, responsable de la inflamación en los 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 también cumple una función biológica esencial. El dolor orienta la conducta; indica que una articulación necesita descanso, que un ligamento se está reparando o que un músculo ha alcanzado su límite. En ese sentido, el dolor no es solo un castigo del cuerpo, sino también una guía adaptativa. Aliviarlo puede ser necesario —nadie propone sufrir innecesariamente—, pero conviene entender qué está señalando antes de decidir cómo intervenir.

Pensemos en el caso de medicación más habitual del mundo: nos duele la cabeza; tomamos un ibuprofeno.

Olvidémonos por ahora de la migraña y del 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 se debía a inflamación. Quizá comimos algo, quizá dormimos en una posición inadecuada o estuvimos expuestos a alguna toxina o a una situación estresante. Sea lo que sea lo que haya sucedido, el cuerpo reaccionó generando inflamación. Esa inflamación tiene como objetivo algún tipo de reparación o defensa. Al eliminar la inflamación, estamos quitando la respuesta del cuerpo.

En muchos casos, el descanso, el sueño y la inmovilización prudente son, de hecho, las herramientas más potentes y menos invasivas para la recuperación. Numerosos estudios muestran que el sueño de calidad favorece procesos clave como la síntesis proteica, la modulación inmunológica y la reparación tisular. El cuerpo repara mejor cuando no está siendo exigido.

Pero vamos un poco más allá para mostrar que el problema no es la medicación en sí misma, sino la tendencia cultural a intervenir automáticamente 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 confeccionada en una fábrica. Lo artificial es buscar una forma de apagar el dolor. El dolor es el mecanismo que la naturaleza utiliza para advertirnos de que algo anda mal. Lo natural no es recurrir a una planta en lugar de un fármaco. Lo natural es respetar la señal.

Por ejemplo, una de las sugerencias más difundidas para el dolor musculoesquelético tras 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 dificultan la llegada de la sangre a la zona y, así, disminuyen la inflamación. Pero si dificultan la inflamación, también dificultan la reparación. El viejo protocolo RICE, como tratamiento para la inflamación, presenta las mismas limitaciones que venimos denunciando, aun sin recurrir a fármacos. Incluso el Dr. Mirkin terminó comprendiendo esto.

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.

¿Significa esto que no hay que usar antiinflamatorios?

No se trata de prohibir ni de condenar su uso, sino de comprender sus efectos fisiológicos para tomar una decisión informada.

La ciencia médica sabe que los AINEs no curan. Paul Offit lo dice sin ambigüedades: «Cualquier cosa que disminuya el flujo sanguíneo (como 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 ibuprofeno ni diclofenac?

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

1) Son antiinflamatorios y la inflamación es necesaria para la curación, por lo que los AINEs prolongan los tiempos de reparación tisular.

2) Una de las razones del dolor es advertirte de los movimientos que no deberías realizar, ya que pueden poner en riesgo la zona afectada. Sacar el dolor implica eliminar un mecanismo de retroalimentación, lo que aumenta la probabilidad de que realices movimientos o esfuerzos nocivos que dificultan la reparación.

3) Si el dolor no te deja trabajar, significa que algo de lo que haces 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 al día, la cura va a tardar mucho más. La situación incluso puede empeorar.

4) Los AINEs presentan 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.

Ese tipo de conducta desconoce cómo funcionan los procesos fisiológicos de reparación. En un partido de fútbol, como en cualquier actividad física que roza los límites de las posibilidades corporales, hay estructuras anatómicas que se cansan, se gastan y se dañan. Microlesiones que el cuerpo repara en un par de días. Esa reparación se produce gracias a microinflamaciones. Esas microinflamaciones, desgraciada o afortunadamente, duelen. Tomar un antiinflamatorio impide ese proceso de reparación. Es, si se quiere, autosabotaje.

Gripe y antigripales

En el lenguaje cotidiano, solemos hablar de "antigripales" como si fueran fármacos diseñados para eliminar la gripe. Pero en términos médicos, el nombre es algo engañoso. Estos preparados no combaten el virus de la influenza. En realidad, su acción se centra en mitigar algunos de los síntomas de la respuesta inmune del cuerpo, como fiebre, tos, congestión y producción de moco.

La mayoría de los productos antigripales incluye una combinación de principios activos: un analgésico-antipirético (como paracetamol o ibuprofeno), un descongestivo (como fenilefrina), un mucolítico (como acetilcisteína), un antitusivo (como dextrometorfano) y un antihistamínico (como clorfenamina). Es decir, actúan sobre la fiebre, la inflamación, la congestión, la tos o la producción de moco, que son justamente las herramientas del cuerpo para curarse.

Desde un punto de vista fisiológico, esos mecanismos son adaptativos: la fiebre inhibe la replicación viral, la tos expulsa las secreciones y el moco atrapa partículas infecciosas. Suprimirlos sin necesidad puede, en muchos casos, retrasar la resolución del proceso.

Esto no significa que aliviar los síntomas sea un error. En pacientes con dolor intenso, fiebre alta o dificultades respiratorias, la intervención puede ser beneficiosa, siempre que se realice bajo indicación médica. Pero el punto crítico es el siguiente: ¿estamos decidiendo aliviar el síntoma por necesidad o como reflejo automático? ¿Comprendemos qué función cumple ese síntoma o simplemente queremos que desaparezca?

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. Son, literalmente, la manera en que el cuerpo combate la gripe. Tomar un antigripal no "ataca el virus", sino que interfiere con la forma en que el cuerpo lo enfrenta. Es como si, en medio de una batalla contra un invasor, uno decidiera mandar a dormir al ejército propio porque hace demasiado ruido.

Ahora bien, ¿significa eso que uno debería enfrentarse a la gripe sin más armas que una manta, un té y una actitud estoica? No necesariamente. La mayoría de las personas sanas la supera sin necesidad de medicación, pero hay grupos de personas para quienes la

gripe no es un simple fastidio invernal. Niños pequeños, adultos mayores, embarazadas, personas inmunodeprimidas o con enfermedades crónicas pueden desarrollar complicaciones serias, incluso mortales. Entonces… ¿esos sí pueden comprarse un antigripal de venta libre? Bueno, mi respuesta es casi anticlimática: si cualquier persona, en cualquier grupo de riesgo, cree haberse agarrado gripe, la indicación es consultar con un profesional de la salud. En esos casos, los médicos disponen de antivirales y medidas de soporte que sí marcan la diferencia.

Para el resto de nosotros, sin factores de riesgo, el dilema suele ser más emocional que médico. Vamos a la farmacia porque no soportamos sentirnos mal. Y, por supuesto, nadie quiere sentirse mal: la fiebre agota, la tos irrita, la nariz tapada desespera. Pero el problema es que los medicamentos que prometen "cortar" esos síntomas a menudo interrumpen procesos que el cuerpo necesita para curarse.

¿Significa esto que algunas de las personas que mueren de gripe son las que toman antipiréticos, antiinflamatorios y antitusivos? No es tan simple. Si bien la lógica parecería indicar que la probabilidad de fallecer por gripe aumenta al tomar esos medicamentos, dado que todos debilitan la respuesta inmune, no existe comprobación empírica de esa afirmación. Algunos estudios han explorado si reducir la fiebre o la inflamación podría afectar la eficacia de la respuesta inmune, pero los resultados no son concluyentes. Actualmente, las guías clínicas suelen sugerir que estos medicamentos se usen solo cuando el malestar sea significativo y no de forma automática ante el primer estornudo.

No diría que lo ideal es "no tomar nada". Pero sí diría —con bastante confianza fisiológica— que lo único que cura la gripe es el sistema inmune. Y cada vez que tomamos algo para que "se nos pase más rápido", lo que realmente hacemos es pedirle al cuerpo que baje la guardia justo cuando más lo necesita. Es comprensible: nadie quiere pasar una semana febril en cama. Pero a veces, sentirse mal es precisamente la manera en que el cuerpo está haciendo algo bien.

Como le oí decir a Antonio Arcos una vez que andaba con tos y dolor de garganta: "Voy a hacerme el tiempo para estar enfermo, porque mi cuerpo lo está necesitando".

Fiebre y antipiréticos

La fiebre no es un mal funcionamiento del organismo. Al contrario, es una de las respuestas adaptativas más antiguas y eficaces que la biología ha desarrollado frente a la infección. Aumentar la temperatura corporal ayuda a frenar la multiplicación de muchos virus y bacterias y, al mismo tiempo, potencia la actividad de ciertas células inmunes, que trabajan de manera más eficiente en un entorno térmico elevado. Esto no es una novedad: la medicina moderna lo reconoce desde hace décadas. La fiebre no es el enemigo; es parte de la solución.

El cirujano Marty Makary dice: "Varios estudios han sugerido que el tratamiento de la fiebre puede prolongar la enfermedad. Esto se debe a que la fiebre es la respuesta natural del organismo para combatir una infección. En un estudio de Johns Hopkins sobre niños con varicela, se observó que la enfermedad duraba más en quienes recibían medicación antipirética que en quienes no la recibían." (Makary, *Blind Spots*)

Por su parte, Paul Offit —uno de los más destacados defensores de la farmacología basada en evidencia— escribe: «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*).

Incluso el *National Institute of Health* de Estados Unidos lo reconoce con claridad institucional: los dos supuestos más comunes —que la fiebre es peligrosa y que reducirla mejora la recuperación— no tienen respaldo empírico.

Vaya aquí una anécdota interesante, aunque "anécdota" quizá no sea la palabra justa, porque rara vez una anécdota incluye cuatro siglos de explotación, moralismo, racismo y violencia.

Durante muchos siglos antes de que los antibióticos

cambiaran para siempre el destino de las enfermedades, la sífilis era una de las peores amenazas para la salud pública en Europa. Su llegada desde América —a través de los propios circuitos de la conquista— no fue solamente el traslado de un agente biológico, sino también la instauración de un nuevo régimen de problematización del cuerpo. La primera gran epidemia europea estalló en Nápoles en 1495. Desde entonces, durante más de cuatrocientos años, esa enfermedad acompañó a la vida cotidiana del continente como una sombra persistente.

Entre los siglos XVI y XIX, la sífilis fue extraordinariamente común, aunque casi nunca se registró de forma sistemática. La ausencia de estadísticas no puede atribuirse a un mero déficit administrativo: el estigma, el pudor y la vergüenza configuraban un régimen de invisibilidad que formaba parte del propio dispositivo de control. Incluso con ese silencio, sabemos que hacia fines del siglo XVIII más de una quinta parte de los jóvenes londinenses había recibido tratamiento. No se sabía cuál era el agente causante, pero sí que se transmitía por contacto sexual y, en muchos casos, de madre a hijo. Esa asociación con el sexo, especialmente con la prostitución, la convirtió en un símbolo de vergüenza y castigo moral.

Los síntomas varían según la etapa de la infección. Suele comenzar con una úlcera indolora (chancro) en el lugar donde entró la bacteria, seguida de erupción cutánea, fiebre, fatiga, dolor de garganta, ganglios inflamados e incluso pérdida de cabello. Si no se trata, puede llegar a causar daños graves a largo plazo en el corazón, el cerebro, la médula espinal y otros órganos. William Osler la llamó "la gran imitadora": podía presentarse bajo tantas formas que el diagnóstico se volvía un laberinto.

Pero la sífilis no era solo una enfermedad. También era una herramienta de disciplina social. En las primeras décadas del siglo XX, el cine antivenéreo mostraba historias simples y crueles: la prostituta que contagia; el hombre irresponsable que se casa a pesar de las advertencias del médico; la esposa fiel que paga el precio de la infidelidad del marido; el bebé infectado por su nodriza. Había una distribución perfecta de culpables e inocentes, y la connotación de que los culpables debían sentir vergüenza y someterse al tratamiento. La enfermedad funcionaba como tecnología disciplinaria, haciendo del

cuerpo un lugar donde se materializaban las normas que regulaban la sexualidad.

De este modo, la sífilis operó simultáneamente como una infección, como un problema de salud pública y como un símbolo cultural que organizaba la relación entre deseo, culpa y castigo. Su historia revela algo más que el recorrido de una bacteria: muestra cómo una sociedad puede convertir una enfermedad en un escenario donde se representan sus propias angustias y prohibiciones, y cómo los cuerpos pueden ser leídos como textos que expresan las tensiones más profundas de una época.

Pero la sífilis no caminaba sola en esa Europa que buscaba controlar cuerpos y territorios. A su lado circulaba la malaria, otra enfermedad que no se prestaba tan fácilmente al melodrama moral, pero que cumplía una función más profunda en la economía global del poder. Aquí ya no estamos ante el cuerpo culpable, sino ante el cuerpo explotable. Si la sífilis era un efecto adverso de la profanación, la malaria era un efecto adverso de la conquista. Ambas recorrieron caminos distintos (aunque igualmente espantosos) y terminarían entrelazándose de manera inesperada.

Si bien la biología explica los mecanismos inmediatos de transmisión de la malaria —la picadura del mosquito—, su difusión histórica se relaciona con dinámicas más amplias: el comercio internacional, la expansión colonial y las estructuras de poder global. La enfermedad no viaja sola: viaja con los seres humanos, sus decisiones y sus jerarquías. Allí donde se impuso la colonización —económica, militar, cultural—, la malaria se convirtió no solo en un enemigo biológico, sino también en un testigo silencioso del orden violento que la transportaba.

La malaria es una de las enfermedades más antiguas de la humanidad. Mucho antes de que Europa supiera siquiera cómo nombrarla, los médicos tradicionales chinos la trataban con ajenjo chino (*Artemisia annua)* y los pueblos andinos usaban la corteza de cinchona. Ese conocimiento, cuya legitimidad reposaba en generaciones de experiencia empírica, fue recogido por los jesuitas, transcrito en sus catálogos y devuelto a Europa, donde se lo celebró como un descubrimiento propio. Ese saber ancestral garantizaba cierto equilibrio entre la vida y la enfermedad en Asia, Europa y América.

No era la salud perfecta, pero era una forma de convivencia con el mal que surgía de una relación prolongada con la tierra y los cuerpos.

Ese equilibrio se fracturó con la organización sistemática del tráfico de esclavos. La expansión de la malaria en Europa y las Américas no fue un episodio fortuito, sino el resultado de los mismos circuitos que movilizaron millones de cuerpos africanos hacia las plantaciones. El parásito viajó en los barcos negreros, en el aire viciado de las bodegas húmedas donde los cuerpos se apilaban como si no valieran nada. La biología se volvió política: la enfermedad se extendió con la violencia de un orden que convertía seres humanos en mercancía. Así como la colonización de las Américas vino a llevarse el oro y tuvo que llevarse también la sífilis, la colonización de África vino a llevarse esclavos, y tuvo que llevarse también la malaria.

En 1820, en medio de las epidemias que el propio orden colonial había intensificado, dos químicos franceses, Pierre Joseph Pelletier y Joseph Bienaimé Caventou, analizaron la corteza de la cinchona y extrajeron el ingrediente activo, la quinina. Europa celebró el hallazgo bajo la retórica del progreso científico, omitiendo que esa molécula había sido utilizada durante siglos por los pueblos andinos y que su apropiación fue posible gracias a un sistema que convertía los saberes indígenas en materia prima epistémica para la ciencia metropolitana.

En 1880, el médico militar francés Louis Alphonse Laveran, titular de la Cátedra de Enfermedades Militares y Epidemias en la École de Val-de-Grâce, viajó a Argelia y allí descubrió que la malaria era causada por un protozoario, el Plasmodium. La investigación fue posible gracias a que las colonias servían, casi sin disimulo, como laboratorios donde se estudiaban enfermedades a costa de poblaciones sometidas. Por este descubrimiento, Laveran recibió el Premio Nobel en 1907.

En 1881, un médico cubano, Carlos Finlay, tuvo la intuición de que la malaria se transmitía por los mosquitos. Más precisamente, por el *Aedes aegypti*, introducido en América desde África a bordo de los barcos de esclavos. El Nobel correspondiente fue para Sir Ronald Ross, un médico militar británico que confirmó la teoría en sus investigaciones en la India.

El tratamiento más reciente, las artemisininas, proviene

nuevamente de la *Artemisia annua*, la misma planta que la medicina tradicional china había utilizado durante dos milenios. Por su extracción y su validación científica, la doctora Tu Youyou recibió el Premio Nobel en 2015. Un premio merecido, pero también un recordatorio de que la frontera entre "ciencia moderna" y "sabiduría ancestral" a veces es apenas un cambio de etiquetas.

Por todo esto, la historia de la malaria no es solo la historia del Plasmodium. También es la historia de otros parásitos más grandes, más elegantes y más difíciles de combatir. Los que se alimentaron del oro americano, del trabajo forzado en África y de las ideas tomadas de pueblos que nunca recibieron reconocimiento alguno.

William Osler decía que quien entendiera la sífilis entendería todas las infecciones. Parafraseándolo con cierta ironía, podríamos decir que quien entienda la malaria entenderá todas las parasitosis, incluidas algunas que no son microscópicas sino macroeconómicas, pero en las que también algunos siguen prestando sus cuerpos para sostener la prosperidad ajena.

La historia de la malaria y la sífilis convergió a comienzos del siglo XX, cuando Europa empezaba a entrever las grietas de su propio proyecto civilizatorio —las sexuales, las económicas, las morales. Las dos eran enfermedades temidas, pero también eran, de algún modo, expresiones de un orden social dispuesto a tolerar el sufrimiento de los cuerpos mientras sirvieran a la estabilidad del sistema. La quinina moderaba el impacto de la malaria; la sífilis, en cambio, avanzaba con una lentitud devastadora, borrando progresivamente la vida mental de los pacientes.

La sífilis era, por así decirlo, la enfermedad oficial de la hipocresía europea. Una dolencia fría, sin fiebre, sigilosa, que avanzaba sin estridencias, y cuyo primer síntoma —una úlcera sin dolor— parecía diseñado para una sociedad que prefería no ver lo que estaba delante de sus narices. La bacteria no necesitaba apresurarse. Su destrucción progresiva —de la médula, de los nervios, de la memoria— era también la destrucción lenta de una subjetividad domesticada por la culpa. Su destrucción era gradual, corrosiva, casi íntimamente cruel. La sífilis tenía la estética de lo clandestino: lo que no se debe ver, lo que causa vergüenza, lo que se esconde. Era la enfermedad del pecador, pero también la del sistema que necesitaba pecadores para mantener su

arquitectura moral.

La malaria, en cambio, era todo lo contrario. Era una enfermedad caliente, ruidosa, brutal. Producía fiebre, temblores, escalofríos y sudor. Su fiebre venía y se iba con la regularidad de una jornada obrera. A diferencia de la sífilis, no tenía ningún interés en la vida interior del paciente. La malaria tenía la estética del látigo: espeluznante, abrasadora, implacable.

En ese escenario, en 1917, al Dr. Julius Wagner-Jauregg, psiquiatra vienés, que atendía a pacientes con psicosis provocada por la sífilis, se le ocurrió que inducir fiebre en ellos podría curar su sífilis. También se le ocurrió cómo inducir esa fiebre: administrar malaria. Luego, por supuesto, podía curar la malaria con quinina. Un ejemplo casi caricaturesco de extirpar los pecados del individuo infligiéndole sufrimiento. O de la purificación con fuego.

Inventó así la llamada piroterapia, que, en su caso, logró curar un cuarto de los casos de sífilis. Puede sonar poco, pero en un territorio gobernado por el cero absoluto, un 25% es casi un milagro. Tanto que en 1927 le otorgaron el Premio Nobel.

Apenas un año después, Arthur Fleming descubrió la penicilina, y poco a poco el tratamiento de base para la sífilis pasó a estar conformado por antibióticos, de manera que la piroterapia pasó de ser un método revolucionario a un recuerdo extravagante, el símbolo de una época en la que Europa intentaba desesperadamente curar sus propias contradicciones internas —sexuales, económicas, coloniales— con remedios que eran casi tan violentos como los sistemas que habían generado el problema.

La aceptación de la penicilina como tratamiento recorre una rama narrativa con su propia dosis de espanto. El Servicio de Salud Pública de EE. UU. (United States Public Health Service), bajo la dirección de John Charles Cutler (conocido como el Mengele estadounidense), emprendió investigaciones sobre la sífilis que no solo prescindieron deliberadamente del consentimiento de los sujetos involucrados, sino que se les negó el tratamiento e incluso se promovió su contagio. Tanto en Guatemala como en el célebre experimento Tuskegee, la población utilizada —indígena, mestiza o afroamericana — fue sometida a procedimientos que evidenciaron la dimensión coercitiva y racista de ciertas prácticas científicas en el marco del

imperialismo estadounidense.

El experimento Tuskegee comenzó en 1932 y se extendió durante cuarenta años. Su propósito declarado era observar la evolución natural de la sífilis y se reclutó a cientos de hombres afroamericanos pobres bajo el pretexto de que recibirían tratamiento médico gratuito. No se les dijo que estaban enfermos. No se les ofreció cura, ni siquiera cuando la penicilina ya estaba disponible. Fueron observados como se observa a los ratones de laboratorio.

Pero antes de que el horror alcance su punto culminante, conviene atender una anécdota que ilumina la dimensión intelectual del asunto. El Dr. Wagner-Jauregg fue, sucesivamente, compañero y rival de Sigmund Freud. Nacieron y murieron con un año de diferencia, estudiaron en las mismas aulas, aspiraron a los mismos cargos y caminaron por los mismos pasillos universitarios. Finalmente, se convirtieron en médicos brillantes que contribuyeron a la comprensión de las enfermedades psiquiátricas, pero sus mundos eran muy distintos: Freud exploraba el territorio íntimo del sujeto, el inconsciente que resiste a la violencia de las estructuras; Wagner-Jauregg buscaba una cura orgánica, una intervención sobre el cuerpo por encima del sujeto. Para Wallace Mendelson (2022), esa divergencia refleja dos paradigmas irreconciliables: una psicoterapia orientada al sujeto frente a una psiquiatría que concibe al paciente como objeto de corrección fisiológica.

El desenlace político de estas posiciones reforzó esa lectura. Para los detractores del psicoanálisis, la piroterapia fue inicialmente interpretada como prueba de la superioridad de un enfoque biológico sobre la palabra y la subjetividad. Pero esa victoria, si lo fue, duró poco. Wagner-Jauregg eligió alinearse con el nazismo, con su retórica de "higiene racial", su desprecio por el otro y su maquinaria de exterminio. Freud, que era judío, debió huir en 1938, mientras su obra era atacada como "ciencia judía". Los defensores del psicoanálisis no olvidan este giro final: para ellos, esos destinos opuestos evidencian las consecuencias éticas de dos formas de entender lo humano.

Y hoy, cuando se revisa esa historia, el balance es elocuente. Wagner-Jauregg queda reducido a una nota al pie, manchada por su alineación con el nazismo. Freud —a pesar de las críticas, las controversias y los excesos interpretativos— sigue ocupando el centro

del debate intelectual.

Vaya uno a saber por qué, la ilustración de que la fiebre es una herramienta útil en la lucha contra le enfermedad nos llevó a un encadenamiento de hechos que representan dos diferentes modos de entender la salud y la enfermedad (uno que toma al paciente como sujeto y otro como objeto), y eso a su vez nos llevó sin querer a una historia negra, que empieza en la esclavitud sexual de los indígenas americanos y la esclavitud laboral de los aborígenes africanos y termina en el exterminio de judíos, negros y latinos por parte de grandes potencias mundiales.

La cuestión es: la fiebre sirve para combatir enfermedades. Entonces, ¿por qué seguimos tomando antipiréticos cada vez que aparece la mínima temperatura? En parte, porque sentirse mal es desagradable. Y en parte, porque los médicos —gente razonable, no conspiradores— a veces optan por aliviar el sufrimiento inmediato, aunque sepan que ese alivio no acelera la curación. No prescriben un antipirético para "curar la infección", sino para que el paciente sufra un poco menos mientras su sistema inmune hace el trabajo sucio, aunque esto signifique que la recuperación se demore un poco más.

El problema aparece después, cuando el paciente se queda con la idea de que el medicamento lo curó. La próxima vez que tenga fiebre, repetirá el gesto sin consultar a nadie. Es un error perfectamente humano: asociar la causa del alivio con la de la curación. Pero desde el punto de vista fisiológico, el antipirético no curó nada. Si acaso, estorbó un poco.

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 razonablemente supone 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

La tos productiva suele aparecer cuando el cuerpo está finalizando un proceso infeccioso en el que el sistema inmunitario ha combatido virus o bacterias. Lo que queda son residuos de ese proceso: células muertas, detritos y partículas que deben eliminarse. Para ello, el organismo cuenta con un sistema de limpieza basado en el moco que recubre las vías respiratorias, el cual es transportado hacia el exterior gracias al movimiento coordinado de los cilios.

La eficacia de ese sistema depende, entre otras cosas, de la viscosidad del moco, que el cuerpo regula de manera dinámica. Si el moco es demasiado espeso, cuesta movilizarlo; si es demasiado fluido, pierde su capacidad de atrapar partículas. La fisiología, como suele suceder, ajusta ese equilibrio de forma eficiente.

Pensemos ahora en los mucolíticos como la N-acetilcisteína o la bromhexina. Muchas personas piensan que estos medicamentos "diluyen" el moco, como si fuera un poco de agua caliente sobre una salsa demasiado espesa. Pero no: no diluyen nada. Lo que hacen es interferir en los mecanismos que el cuerpo utiliza para regular la densidad del moco, lo que obliga al sistema a reducir su viscosidad.

El problema aparece cuando se usan de forma rutinaria, ante cualquier tos, sin evidencia de un trastorno funcional del sistema de limpieza mucociliar. En esos casos, el mucolítico puede alterar un equilibrio que el cuerpo ajusta con notable precisión: la relación entre la defensa (mantener una capa protectora) y la excreción (eliminar las secreciones). Si se favorece en exceso la expulsión, las mucosas quedan más vulnerables a nuevas infecciones, lo cual coincide con los efectos adversos reportados, como irritación de la garganta o infecciones respiratorias.

Un mucolítico, entonces, también desactiva un mecanismo de defensa.

Aquí también el efecto secundario es el efecto primario. Por más avances y descubrimientos científicos que ocurran, no puede haber un mucolítico sin esos efectos adversos. Un mucolítico obliga al cuerpo a excretar más moco. Muchas infecciones se producen precisamente

cuando el cuerpo elimina más moco del que debería.

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

Al metabolizar el paracetamol, el cuerpo produce una sustancia hepatotóxica llamada *NAPQI*, que es desactivada por 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 puede provocar 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 está implicado en la fluidez del moco porque regula los enlaces disulfuro entre las proteínas que lo componen. La NAC rompe esos enlaces —por eso afloja el moco— y, a la vez, restituye glutatión —por eso salva el hígado ante una sobredosis de paracetamol.

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 al mismo tiempo? ¿Se anulan? ¿Se equilibran? ¿Es como una especie de duelo molecular en el que ninguno gana y no hay efecto sobre el moco? ¿Sería, acaso, como mezclar somníferos con café?

Tranquilos, no 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.

Tampoco hay pruebas concluyentes de que el paracetamol, a dosis terapéuticas, tenga efecto alguno sobre la densidad del moco. Mi inferencia se basa en una extrapolación que, si bien plausible desde la lógica de conexiones bioquímicas, carece de 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; 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 curiosa: una droga y su propio antídoto comparten espacio en la misma cápsula gelatinosa.

Y ahora, un dato curioso. Cuando alguien tiene dolor de cabeza, se toma una pastilla, pero cuando 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 eficacia persuasiva considerable.

A primera vista, podría parecer algo funcional: el jarabe baja por la garganta y la lubrica. Uno piensa que la tos ocurre porque la superficie de la garganta se vuelve áspera y se resuelve al aplicar un líquido viscoso. Curioso, ¿no? Uno cree que el efecto es físico (hidrodinámico, más precisamente), pero no: también en el jarabe para la tos el efecto es químico.

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 les impone cierto resultado. No hay ningún baño resbaloso en la garganta ni lubricación local. El principio activo podría estar en cápsulas o en polvo y haría exactamente lo mismo. La forma "jarabe" añade al principio activo un componente simbólico: el efecto placebo.

Que este medicamento produzca un efecto placebo no es, desde luego, un inconveniente en sí. 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 intuitiva pero fisiológicamente inexacta, en la que se perpetúa la ilusión de que el cuerpo puede ser intervenido mediante gestos directos, casi tan sencillos como aceitar las bisagras de una puerta que chirría, sin la complicación de andar pensando en las dependencias fisiológicas ni en la complejidad de las reacciones moleculares. Una manera de pensar en la que las causas son locales, las soluciones son inmediatas y el cuerpo es un objeto mudo que no responde ni guarda memoria.

Congestión nasal y descongestivos

Los descongestivos nasales (como la efedrina o la fenilefrina) actúan al activar receptores adrenérgicos α, lo que produce vasoconstricción local de la mucosa nasal y reduce la congestión. En otras palabras, reproducen parcialmente el efecto de la adrenalina. No es casualidad que la efedrina haya sido usada, hasta su prohibición por la Agencia Mundial Antidopaje, como estimulante del rendimiento físico: el mecanismo es el mismo, aunque la dosis y el propósito sean distintos. Por eso, sus efectos secundarios —taquicardia, insomnio, inquietud— son similares a los del estado de alerta, ya que actúan sobre los mismos canales fisiológicos. En personas ya sometidas a estrés o con activación simpática sostenida, el beneficio puede ser menor y los efectos adversos más notorios.

Más allá de los efectos secundarios, la lógica de fondo es

similar a la de los mucolíticos: el cuerpo regula la cantidad y la viscosidad del moco mediante cálculos precisos. Disminuir la congestión nasal mediante fármacos adrenérgicos implica intervenir en un mecanismo de regulación fisiológica fina, desmontando una de sus barreras protectoras. En ciertas condiciones, como cuadros leves o procesos autorresolutivos, esta intervención puede no ser necesaria y, ocasionalmente, resultar contraproducente. En otras, como las infecciones severas o la rinitis obstructiva, puede resultar útil o incluso necesaria. El punto es discernir en qué contexto se emplea.

Voy a contar una anécdota aburrida pero ilustrativa. Tuve en algún momento un virus respiratorio leve, con apenas una línea de fiebre durante una sola noche. Lo que me quedó después fue una tos productiva, esa que ayuda a eliminar del cuerpo los virus que quedaban y todos los residuos de las batallas leucovirósicas. De casos similares es que proviene 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 pasaría cuando terminara de sacar todos esos desechos que habían recubierto 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.

Curiosamente, si hubiera seguido sus consejos, probablemente habría inhibido precisamente el reflejo que ayudaba a mi cuerpo a eliminar esos residuos. Muchos fármacos comunes —como los supresores de la tos o los mucolíticos mal indicados— pueden suprimir mecanismos fisiológicos que no son el problema, sino parte de la solución.

Este tipo de intervenciones, cuando se vuelven automáticas, revela un fenómeno que no es nuevo en la historia cultural: la tendencia a reprimir las manifestaciones visibles del cuerpo, sobre todo aquellas asociadas a lo excretorio o lo impredecible.

En el vasto repertorio de gestos humanos 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 y 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 convierten en fallas del discurso corporal, en errores de estilo fisiológico. El individuo bien educado debe aprender a no molestar a los demás 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 reformarlo hacia una 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 genera 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, lo cual no significa renunciar a la cortesía, sino reconciliar los reflejos fisiológicos con la comprensión médica actual, que reconoce su valor en la limpieza de las vías respiratorias.

Alergias y antihistamínicos

Las alergias suelen entenderse como errores del cuerpo, como si el sistema inmunitario desplegara una reacción exagerada ante sustancias inofensivas, pero la inmunología contemporánea ha superado ese modelo y ha adoptado otros que no omiten la inteligencia adaptativa del cuerpo. 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 lograr esta fiabilidad, estamos dispuestos a tolerar 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 a cambio 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 la '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 de una defensa excesiva". (Nesse, 2006)

Desde esta perspectiva, lo que llamamos "reacción alérgica" no es tanto una equivocación como una estrategia de tolerancia al error. El sistema IgE, encargado de coordinar muchas respuestas alérgicas, se activa ante sustancias que podrían —en teoría— ser dañinas: proteínas complejas del polen, partículas de polvo y ciertos alimentos. La mayoría de las veces son inofensivas, pero la evolución prefirió un sistema hipersensible a uno indiferente.

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

Pero… ¿Cómo sabemos que realmente se trata de una falsa alarma? Muchos alérgenos son efectivamente inofensivos, pero el contexto actual puede introducir nuevas variables ambientales que el sistema inmunitario no reconoce bien. ¿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 contenía residuos de algún compuesto carcinógeno fabricado por una industria ubicada a 12 kilómetros de distancia? ¿Estamos tan seguros como para tomar un antihistamínico, apagar el sistema IgE y permitir que la sustancia entre en 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 una menor incidencia de cáncer. Y si bien la comprobación empírica no es concluyente, sí tiene sentido. Si hay sustancias cancerígenas en el aire, ¿quién está mejor 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 años 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 un antivirus informático. Lo instalamos para protegernos de amenazas, pero a veces se vuelve demasiado estricto: impide instalar ciertos programas, analiza archivos inofensivos y ralentiza el sistema. Si se manifiesta en exceso, puede 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 se debía justamente a que 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 de inmediato, pero en cuanto un virus trate de entrar, no va a encontrar 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 nunca es una opción automática. Si lo suspendemos, es después de evaluar todas las opciones, por un período corto, lo más breve 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, reducir la actividad de una defensa biológica nunca debería ser una opción automática.

Esto no quiere decir que los antihistamínicos estén mal en todos los casos. Hay situaciones en las que 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 está claro que no es lo mismo aplicarle un antihistamínico a alguien que sufre un shock anafiláctico que tomar uno todos los días del otoño al levantarnos, para que no se nos congestione la nariz. Usar medicamentos con criterio no es lo mismo que usarlos por reflejo.

La inmunología moderna ha avanzado justo en esa dirección: no eliminar la respuesta alérgica, sino entender qué la dispara y cómo calibrarla. La inmunoterapia —exposición controlada a dosis crecientes del alérgeno— busca que el sistema inmunitario aprenda a distinguir entre lo peligroso y lo inocuo, reduciendo el umbral de activación sin anular la defensa. Es una forma elegante de decirle al cuerpo: "Esto no es una amenaza; no gastes energía en combatirlo".

En resumen, las alergias no son simplemente fallas, ni los antihistamínicos son enemigos del cuerpo. Son parte de una conversación continua entre biología, entorno y cultura. Lo importante es saber cuándo conviene dejar que el cuerpo hable y cuándo, con ayuda médica, conviene invitarlo a bajar un poco la voz.

Diarrea y antidiarreicos

La diarrea es una de esas experiencias que nadie desea tener. Es escandalosa y urgente, y nos impide salir de casa. Y como ocurre con cualquier urgencia incómoda, lo primero que se busca es desactivarla. Para eso existen medicamentos disponibles para aliviar la diarrea, algunos de venta libre. Sí, supongo que ya adivinaste: detener la diarrea sin evaluar su causa puede neutralizar una defensa fisiológica diseñada

para eliminar agentes infecciosos.

La diarrea es una respuesta robusta y adaptativa del organismo ante ciertos peligros. Una respuesta organizada del cuerpo para evacuar rápidamente una sustancia considerada peligrosa. Puede ser una toxina, una bacteria, un virus, lo que sea. Lo importante es que, ante la sospecha de peligro, el sistema digestivo activa su defensa más arrasadora: una especie de barrido por inundación. Si hay un patógeno en el intestino, la respuesta más eficaz es la diarrea.

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

Pero en infecciones entéricas, bloquear la motilidad intestinal puede retrasar la eliminación del agente y prolongar el cuadro; por ello, su uso requiere discernimiento clínico.

Randolph Nesse lo explica con precisión: "Es comprensible que la gente quiera acabar con la diarrea, pero si el alivio proviene 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 causa diarrea grave. A algunos se les administró un antidiarreico. Resultado: "Los que fueron tratados con fármacos para detener la diarrea permanecieron febriles y tóxicos durante el doble de tiempo que los que no lo fueron." Alguien podría agregar: sí, pero no se cagaron encima. Hay que decirlo todo.

La diarrea, al igual que el vómito o la fiebre, forma parte de las respuestas defensivas del organismo orientadas a eliminar amenazas potenciales. Cuando aparece, no hay que preguntarse solo cómo detenerla, sino, sobre todo, qué está tratando de sacar el cuerpo y si, acaso, la mejor estrategia es permitir que la diarrea siga su curso.

¿Puede haber diarrea por causas no defensivas? Sí, claro que hay. No estoy sugiriendo que *toda* diarrea sea útil o que *nunca* deba tratarse. Algunas no se originan en un proceso defensivo, sino en disfunciones estructurales o metabólicas, como intolerancias, colitis inflamatoria o síndromes de malabsorción. En esos casos, el tratamiento farmacológico puede ser necesario y beneficioso. La clave está en distinguir cuándo la diarrea es un reflejo adaptativo que ayuda al cuerpo y cuándo es una manifestación patológica que lo agota.

Desde la medicina clínica, esa distinción requiere contexto: edad, estado de hidratación, presencia de fiebre, características de las

heces, duración del cuadro. Por eso, los médicos suelen ser cada vez más prudentes al indicar antidiarreicos: los prescriben cuando el equilibrio entre riesgo y beneficio lo justifica, no por rutina.

La automedicación, en cambio, suele omitir ese análisis. Cuando se toma un antidiarreico sin diagnóstico, se corre el riesgo de retener el agente causal, alterar la microbiota intestinal o enmascarar signos de una infección que debería tratarse de otro modo.

La mejor estrategia no es soportar la diarrea heroicamente ni suprimirla sin más, sino consultar a 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 arruinan una buena comida como el ardor estomacal. Esa sensación de fuego interno que empieza en el abdomen, sube por el pecho y te recuerda —demasiado tarde— que aquella tercera porción de lasaña fue una mala idea. Le decimos "acidez" o "reflujo", como si fuera una enfermedad en sí misma, pero en realidad es un síntoma. Y, como casi todos los síntomas, tiene su 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 en el pecho. Cualquiera se da cuenta de que el estómago produce más ácido para 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 o no se va a digerir o va a tardar muchísimo más. Después de todo, un antiácido reduce la eficacia digestiva del estómago al neutralizar el ácido necesario para descomponer los alimentos; es un antidigestivo. Y aun así, uno se lo toma.

Pero eso no es todo. El ácido estomacal tiene otras funciones además de descomponer todo lo 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: buena parte de los alimentos transporta microorganismos inofensivos o potencialmente patógenos; por eso, el ácido gástrico cumple también una función de barrera inmunológica. De nuevo, Offit lo dice con claridad: "Los lactantes tratados con medicamentos que reducen la producción de ácido gástrico corren un mayor riesgo de infecciones bacterianas intestinales." Es decir, al tomar un antiácido, no solo digeriremos más lentamente, sino que también corremos el riesgo de contraer una infección.

¿Significa esto que nunca hay que tomar antiácidos? No necesariamente. Hay casos en los que el ácido ataca tejidos propios, como en una úlcera activa. Como con todos los demás medicamentos, lo que hay que evitar es el automatismo. ¿Te pegaste el atracón de tu vida? Tendrás que decidir qué hacer, pero deberías tener en cuenta lo siguiente: tomar un antiácido puede aliviar momentáneamente el ardor, pero a costa de entorpecer la digestión.

Conclusión

Ahora bien, si muchos de los fármacos que tomamos atenúan las defensas… ¿Cómo es que, a veces, de todas maneras, 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 sintomática, no gracias a ella. Y lo puede hacer porque ningún fármaco es 100 % eficaz. Ningún antiinflamatorio suprime por completo la respuesta inmune. Todavía persisten glóbulos blancos, prostaglandinas, fibroblastos, citoquinas y otros mecanismos activos que pueden encargarse de resolver el problema. La recuperación depende, en última instancia, de los mecanismos fisiológicos del cuerpo. Los fármacos, según su uso, pueden apoyar o entorpecer, pero

la cura es, más que nada, un proceso interno[35].

Pero cuando la medicación es más potente —cuando realmente logra suprimir por completo la inflamación, la fiebre o el dolor—, entonces la aniquilación de gérmenes o la reparación de tejidos se dificulta. 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 betametasona puede aliviar un dolor. Pero aliviar no es curar: el medicamento adormece la percepción del problema, no el problema en sí. Si la recuperación ocurre, es porque el cuerpo sigue haciendo su trabajo detrás de escena, con sus enzimas, su metabolismo y su paciencia. Y muchas veces lo hace a pesar del medicamento que le dificulta la tarea. En los casos en que no lo logra, no suele dudarse de la droga, sino que se atribuye la falla al cuerpo. Como si curarse fuera su obligación, aunque lo hayamos desarmado.

¿Entonces qué deberíamos hacer? No se trata de renunciar a toda medicación ni de volver al estoicismo biológico. Se trata de cambiar la pregunta. En lugar de "¿qué puedo tomar para que se me pase?", podríamos empezar a preguntar: "¿qué está intentando hacer mi cuerpo y cómo puedo ayudarlo a hacerlo mejor?".

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. Cuando lo dejamos hacer su trabajo, muchas veces cura.

La medicación —incluso la más sofisticada— no reemplaza esa sabiduría. Puede ayudar, puede calmar, puede estabilizar situaciones

[35] Me refiero aquí a condiciones y enfermedades cotidianas, esas que intentamos paliar sin ir al médico. Es claro que existen cuestiones más graves que superan la capacidad de autocuración y requieren tratamiento profesional, quizás incluso internación o cirugía.

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 convierte 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 tenemos 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.

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 la fisiología lleva millones de años perfeccionando mecanismos de autorregulación que aún no comprendemos del todo, y que acompañarlos a hacer lo que intentan —en vez de interrumpirlos— es muchas veces más eficaz que reprimirlos.

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 de uso frecuente sin necesidad de prescripción médica, lo que facilita su acceso, pero también reduce los filtros clínicos necesarios para un uso adecuado. Son los casos más típicos de la medicación facilitada: antiinflamatorios, antipiréticos, antitusivos, mucolíticos, antiácidos, antigripales. 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 sabe lo que hace. Es cierto. Aun así, vamos a incluirlos por tres razones.

La primera es que, en muchos casos, los tomamos 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, pero no tomó el segundo. También hay quienes interrumpen un antibiótico a mitad del tratamiento porque ya se sienten mejor. Y no son infrecuentes los casos en los que una persona, bajo tratamiento con ansiolíticos, ajusta por su cuenta la dosis según el contexto emocional del momento, como dificultades para dormir o tensiones cotidianas, sin supervisión profesional.

La tercera razón surgió cuando compartí esta primera parte con amigos médicos, quienes me señalaron que muchos de esos errores de razonamiento no ocurren solo en la automedicación, sino que también son frecuentes entre los profesionales. Incluso médicos bien formados pueden verse atrapados en automatismos clínicos comprensibles dentro del ritmo y las exigencias del ejercicio médico actual y replicar, sin saberlo, las mismas confusiones que señalamos antes: confundir síntomas con enfermedades, considerar los efectos secundarios como intrascendentes y la tendencia a la medicación fácil. Muchas veces, incluso, es el paciente quien exige una medicación y el médico la prescribe a regañadientes.

Según estos colegas, los casos más frecuentes de prescripciones poco fundamentadas 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 por 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 desafío no siempre radica en la calidad de la indicación médica, sino en las múltiples formas en que el mensaje puede ser interpretado, reelaborado o simplificado por el paciente, especialmente en un entorno saturado de información parcial. 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 empezar a pensar la salud no solo como una selección de intervenciones farmacológicas, sino como un proceso integral que incluye acompañamiento orgánico, interpretación funcional y una 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 publicidad de yogures, en

carteles de análisis clínicos y en alarmas sanitarias que lo señalaban como el enemigo silencioso en nuestro plato. Pero el colesterol no es un intruso, sino una molécula fisiológicamente indispensable cuya presencia cumple funciones estructurales, hormonales y metabólicas esenciales.

Forma parte de todas las membranas celulares, a las que aporta estabilidad y flexibilidad, regulando su permeabilidad y funcionamiento. Es precursor de hormonas esteroideas —incluidas las sexuales y las relacionadas con el estrés—, de la vitamina D y de las sales biliares que permiten absorber grasas. Además, es especialmente abundante en el sistema nervioso, donde participa en la transmisión sináptica y en la formación de nuevas conexiones neuronales.

Es tan importante que el cuerpo no espera recibirlo desde fuera: lo fabrica. Solo una fracción menor del colesterol circulante proviene de los alimentos. Cuando la ingesta disminuye, la producción aumenta; cuando la ingesta aumenta, la síntesis hepática se reduce. Se trata de un mecanismo de autorregulación fino y dinámico, característico de la homeostasis metabólica.

En la mayoría de las personas sanas, la dieta no incrementa de forma sustancial el colesterol sanguíneo porque existe un mecanismo compensatorio robusto (aunque en ciertas condiciones genéticas esta regulación puede alterarse). Por más hígado y huevos que uno coma, nunca alcanzan a cubrir 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 su 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 e inmunológicas. Cuando el colesterol se eleva, rara vez lo hace de forma azarosa: suele reflejar una demanda fisiológica específica o un contexto inflamatorio determinado.

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

La hipótesis lipídica

A pesar de estas funciones esenciales, desde mediados del siglo XX se consolidó la llamada hipótesis lipídica, que vincula el colesterol con el riesgo cardiovascular. Basada en estudios epidemiológicos influyentes, esta hipótesis tuvo un impacto duradero en las recomendaciones de salud pública, aunque con el tiempo también fue objeto de revisión y crítica.

Los orígenes de la hipótesis lipídica 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 poblaciones 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 han ganado amplia aceptación y han moldeado el pensamiento nutricional durante décadas.

La aceptación inicial de la hipótesis no se debió a una verificación concluyente, sino a su utilidad para organizar datos dispersos en un marco coherente y prescriptivo. Su eficacia normativa en el plano de la salud pública, más que su poder explicativo en sentido estricto, le otorgó una legitimidad que la convirtió en doctrina. Esta situación ilustra bien lo que Thomas Kuhn describió como una fase de "ciencia normal", en la que una comunidad científica adhiere mayoritariamente a un paradigma, pese a la existencia de anomalías empíricas que podrían ponerlo en cuestión.

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, el ejercicio, la presión arterial, el tabaquismo y el colesterol se basan en sus observaciones estadísticas.

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

1. Una dieta rica en grasas saturadas eleva el colesterol sanguíneo.
2. Niveles elevados de colesterol se asocian con mayor formación de placas ateroscleróticas[36].
3. La placa puede obstruir arterias y provocar eventos cardiovasculares.

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 también se recomendó reducir la ingesta de colesterol alimentario, pero esa recomendación fue abandonada al reconocerse que el cuerpo produce la mayor parte del colesterol y que la dieta no influye en la cantidad circulante en sangre.

Parte del atractivo de la hipótesis lipídica radica en que ofrece una imagen intuitiva: tendemos a imaginar el colesterol como el sarro que se acumula en las cañerías de las casas. Es una analogía intuitiva, pero demasiado simplificada respecto de lo que realmente afirman la fisiología y la patología sobre el colesterol y la aterosclerosis.[37]

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

[36] Este paso es complicado. La creencia ordinaria 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.

[37] Existen hipótesis incorrectas que son más aceptadas cuando se expresan con 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.

mayor colesterol, menor riesgo de muerte por cualquier causa.

Otros estudios han señalado que niveles bajos de colesterol pueden asociarse con un mayor riesgo de ictus hemorrágico, ciertos tipos de cáncer, infecciones o deterioro cognitivo. Sin embargo, la idea de que "reducir el colesterol es siempre bueno" persiste como norma generalizada, desplazando el análisis contextual y transformando un dato fisiológico en objetivo terapéutico en sí mismo.

En ciencia, la presencia de resultados heterogéneos no invalida automáticamente una hipótesis, pero sí obliga a revisarla, matizarla o redefinir su alcance. Distinguir entre correlación y causalidad resulta crucial, especialmente en sistemas biológicos complejos donde múltiples variables interactúan. El colesterol elevado puede actuar como marcador en ciertos contextos inflamatorios o metabólicos, sin constituir necesariamente una causa directa y aislada.

Sin embargo, en el discurso cotidiano, estas complejidades suelen simplificarse. El colesterol deja de ser una variable fisiológica y pasa a convertirse en enemigo abstracto. Se lo clasifica en "bueno" y "malo", se fijan umbrales rígidos y se establecen objetivos terapéuticos que no siempre consideran el contexto individual. Como ironiza Robert Lustig, la división simplista entre colesterol "bueno" y "malo" pertenece más al imaginario pedagógico del siglo XX que a la fisiología actual.

La discusión contemporánea muestra, en definitiva, cómo una hipótesis útil en el plano epidemiológico puede transformarse, en el plano cultural, en una causalidad directa y universal que la literatura biomédica no sostiene de manera absoluta. El problema no es estudiar el colesterol ni medirlo, sino convertirlo en enemigo aislado y descontextualizado.

Distorsiones noetiológicas

La discusión contemporánea sobre la hipótesis lipídica ilustra con claridad cómo una hipótesis epidemiológica compleja puede transformarse, en el discurso cotidiano, en una causalidad directa y universal. Cuando ese desplazamiento ocurre, emergen varias de las

distorsiones noetiológicas ya analizadas.

En primer lugar, Confundir Signos Con Causas. Que niveles elevados de colesterol aparezcan con mayor frecuencia en personas con enfermedad cardiovascular no implica, por sí mismo, que el colesterol sea la causa directa y aislada de la lesión vascular. Correlación no equivale a causalidad. Por tanto, no podemos deducir que el colesterol *cause* patologías cardiovasculares[38]. El colesterol elevado puede, en algunos contextos, reflejar procesos inflamatorios o metabólicos previos. La relación es más compleja que una causalidad lineal y la ciencia contemporánea lo reconoce así. 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 posibilidad —ampliamente discutida en fisiología— ilustra la importancia de no asumir una causalidad lineal en los sistemas biológicos.

Aun cuando surgen datos que invitan a matizar el modelo, su permanencia se explica por factores conceptuales, institucionales y epidemiológicos que suelen influir en la adaptación de las guías clínicas. Un ejemplo paradigmático es aplicarlo a la población femenina. Diversos autores críticos han señalado que, en mujeres, la relación entre el colesterol total y los eventos cardiovasculares es más débil o estadísticamente inestable. Una revisión sistemática de los principales estudios revela que, en las mujeres, la correlación entre el colesterol sérico y el riesgo de infarto es, en el mejor de los casos, estadísticamente insignificante. En lugar de reconsiderar la hipótesis, la comunidad científica incorporó lo que se denomina una *hipótesis auxiliar*: se postuló que los estrógenos protegían a las mujeres de los efectos dañinos del colesterol.

En epistemología se describe como 'hipótesis auxiliar' a los ajustes conceptuales que se introducen para intentar explicar inconsistencias. No se trata de un fallo moral, sino de un mecanismo habitual cuando un campo intenta integrar evidencia heterogénea. Pero incluso esa hipótesis sobre los estrógenos perdió sustento empírico en

[38] Existen sectores e instituciones que interpretan esos datos como indicios de un rol causal del colesterol en ciertos mecanismos ateroscleróticos, pero es un caso más de causalidad fijada de facto, legitimada por mera antigüedad de la hipótesis.

los ensayos clínicos en varones sometidos a terapia hormonal sustitutiva: los resultados no mostraron diferencias significativas en la incidencia de eventos cardiovasculares.

A esto se suma otro factor, más estructural: las guías clínicas operan en un entorno en el que intervienen factores económicos, institucionales y regulatorios, lo cual es ampliamente reconocido en medicina basada en la evidencia. La hipótesis lipídica no solo es convincente, sino que también resulta 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 las estatinas supera los 16 mil millones de dólares anuales y, como sucede en toda área con alto volumen de investigación y terapias ampliamente utilizadas, existen debates legítimos sobre sesgos de publicación o conflictos de interés, que se analizan críticamente dentro de la propia comunidad científica.

Numerosas investigaciones han señalado cómo ciertos estudios fueron diseñados para favorecer resultados específicos, cómo las revistas científicas dependen económicamente de los laboratorios y cómo las guías clínicas pueden verse influidas por vínculos con la industria, pero no me interesa profundizar en ello ahora. Quien desee profundizar en ese tema encontrará valiosos aportes de 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. Toda evidencia biomédica se interpreta en el marco de modelos teóricos que organizan los datos. Esto es propio de cualquier ciencia compleja y no implica relativismo, sino el reconocimiento del carácter necesariamente contextual de la práctica clínica. Por eso, para pensar con criterio, hace falta algo más que leer papers: revisar los supuestos, examinar las causas y no confundir lo que se observa con lo que sucede.

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 cardiovascular[39]. Era, podríamos decir, una hipótesis atractiva desde el punto de vista pedagógico: clara, lineal, fácil de transmitir y aplicar en políticas públicas: 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 heterogéneos y que los ensayos clínicos no siempre permitieran aislar el efecto dietario del resto de factores.

En ese contexto, se produjo un giro progresivo desde un enfoque dietético-preventivo hacia uno más centrado en el control de biomarcadores mediante intervenciones farmacológicas. Es decir: se pasó de un enfoque predominantemente dietario (sugerir a los pacientes que el cuerpo se cuida comiendo de forma distinta) a uno que incorpora biomarcadores y terapias farmacológicas (regular los parámetros metabólicos mediante intervenciones farmacológicas externas). Este giro no es, en sí mismo, problemático, pero puede desplazar el foco del autocuidado hacia una estrategia exclusivamente biométrica.

La cultura popular reconoce esta tensión. Un ejemplo humorístico —de la serie Resident Alien— muestra a una señora que ordena en un restaurante un pastel y un helado. La camarera (que solía ser enfermera) la reconoce, recuerda que toma medicación para la diabetes, la hipertensión y el colesterol, y le dice: "¿No se da cuenta de que, si no comiera todo eso, no tendría que tomar las pastillas?". A lo que la señora responde: "¿No se da cuenta de que tomo las pastillas para poder comer todo eso?". Ese es justamente el problema.

El nuevo blanco ya no era la grasa en el plato, sino una variable medible y operable: el nivel de colesterol en sangre. Si el colesterol alto se asociaba con un mayor riesgo, entonces reducirlo debía reducir ese riesgo. Suena lógico, pero no nos olvidemos de que es el mismo

[39] Ya lo dije, pero voy a repetirlo: el colesterol no es una grasa saturada. La propuesta de Ancel Keys no era ingerir menos colesterol, sino menos grasas saturadas.

razonamiento de Sir Wahldrobe: si un número alto de sapos violetas representaba un riesgo de brote de fiebre verde, exterminar sapos violetas debía reducir el riesgo.

Y así, lo que era una correlación pasó a ser tratada como causalidad y luego como indicación terapéutica automática. El colesterol pasó a ser interpretado casi exclusivamente como una cifra problemática, dejando en segundo plano su papel fisiológico clave en múltiples funciones celulares (estructura de las membranas, síntesis hormonal, regulación inmune, funcionamiento neuronal, etc.). Así nació y se difundió el uso de una intervención farmacológica concreta: las estatinas.

En algunos contextos, esto favoreció un modo de razonamiento casi automático: biomarcador elevado = intervención farmacológica, un atajo cognitivo frecuente cuando se trabaja bajo presión asistencial. En la práctica cotidiana, el énfasis suele recostarse en el manejo del marcador, lo que, dadas las limitaciones de tiempo en la práctica cotidiana, puede reducir las oportunidades para explorar causas subyacentes (a quien se le encuentra colesterol elevado en un análisis de sangre, es frecuente que se indique tratamiento farmacológico sin haberse puesto a investigar por qué está alto).

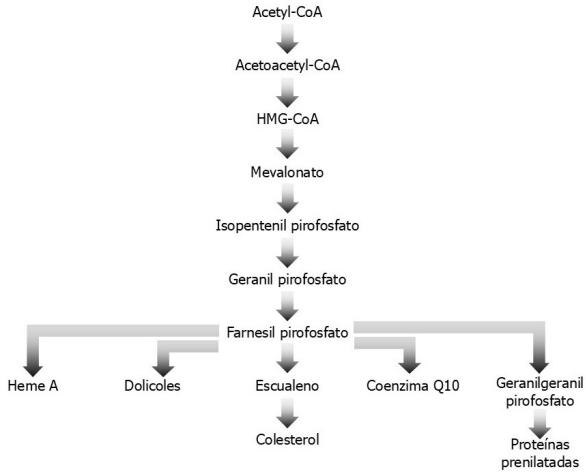
Efectos adversos de reducir el colesterol

Las estatinas actúan inhibiendo la enzima HMG-CoA reductasa, un paso temprano en la vía del mevalonato, responsable de la síntesis de colesterol endógeno. Esta vía no produce únicamente colesterol, sino también otras moléculas relevantes para la función celular.

Como cualquier fármaco activo, las estatinas tienen efectos adversos conocidos y documentados. La frecuencia real de síntomas como mialgias, debilidad muscular, fatiga o alteraciones cognitivas es objeto de debate científico, en parte porque muchos de estos síntomas son inespecíficos y frecuentes en la población general. En casos extremos, puede presentarse rabdomiólisis, una destrucción muscular grave que puede evolucionar a insuficiencia renal.

Y, sin embargo, en la práctica clínica, atribuir síntomas inespecíficos a un fármaco puede resultar complejo, ya que dichos síntomas también pueden presentarse en cuadros no relacionados con la medicación. 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, la identificación es difícil incluso para clínicos expertos, porque estos síntomas son comunes a diversas condiciones no relacionadas con fármacos.

Estos efectos, si bien no son deseados, no son azarosos. Muchos de ellos se relacionan con la reducción de otros productos de la vía del mevalonato



Si bien no existe, que yo sepa, ninguna comprobación empírica de que las estatinas disminuyan los niveles de estas otras sustancias, dado que el mecanismo de acción declarado es la anulación de la cadena del mevalonato, sería esperable que los niveles de todos sus productos desciendan en la misma proporción que los de colesterol. Entre ellos se encuentra la coenzima Q10, indispensable para la producción de energía en las mitocondrias. Cualquier déficit de Q10 afecta, sobre todo, a los tejidos que más energía consumen: los músculos y el cerebro. El heme A, por su parte, es vital para el transporte de oxígeno y la respiración celular. Los dolicoles se están

estudiando por su implicación en enfermedades neurodegenerativas, como el Alzheimer, aunque su papel exacto todavía no está claro. Las proteínas prenilatadas regulan el crecimiento celular y su ausencia se ha asociado con alteraciones en la señalización intracelular y con 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 con coenzima Q10 junto con la prescripción de estatinas para compensar el déficit que se genera al bloquear su producción endógena. Pero esa estrategia no está exenta de debate, ya que aún se investiga cómo se regula de forma natural la proporción entre colesterol y CoQ10. El cuerpo no produce colesterol y Q10 por separado. Lo hace de forma acoplada, en una proporción que parece 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 equilibrio entre colesterol y Q10, que el cuerpo parece considerar importante. Algunos sostendrán que el hecho de que se produzcan juntos es casual, pero ello implica ignorar que los procesos corporales están altamente regulados. Separar artificialmente esa producción —inhibiendo una y reforzando la otra— podría generar nuevos desequilibrios, cuya fisiología aún no hemos descifrado.

Ética de la intervención

En personas con enfermedad cardiovascular establecida (por ejemplo, antecedentes de infarto), las estatinas pueden ser útiles: en promedio, reducen modestamente el riesgo de nuevos eventos. Pero esa eficacia, aunque real, suele presentarse de manera 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 % del riesgo de infarto. Puede sonar alentador hasta que se pone en contexto: la probabilidad inicial de infarto era del 1,3 % y bajó al 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 incluso 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 antecedentes, la reducción del colesterol no garantiza una disminución 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*)

Más allá del riesgo cardiovascular, otro argumento para justificar la reducción del colesterol es la prevención del 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 émbolo 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 patogénico primario— habilita la intervención farmacológica destinada a reducir dicho marcador.

Pero esa es solo la 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 desgarra —por un defecto estructural o por falta de consolidación tisular— y la sangre se derrama, causando un daño cerebral extenso. Y en esos casos, el colesterol cumple una función que rara vez se menciona: participa en la reparación y el refuerzo de las paredes arteriales. Donde hay microlesiones, el colesterol actúa 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: incrementar el riesgo de hemorragia cerebral debido a la falta de integridad estructural. El colesterol elevado, en cambio, podría representar un intento del cuerpo de 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

Una ética mínima de la intervención empieza con una inversión simple: antes de preguntar cómo bajarlo, preguntarse por qué subió. Esa pregunta no niega que existan casos donde reducir el colesterol sea prudente; lo que niega es que esa decisión deba ser reflejo.

Los consensos médicos actuales reconocen, de hecho, que ante una cifra elevada de colesterol, el primer paso no debe ser necesariamente farmacológico, sino evaluativo. ¿Hay un proceso inflamatorio en curso? ¿Un esfuerzo del cuerpo para reparar tejidos, producir hormonas y sostener la 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 es incorrecta por muchos motivos.

Primero, quien compartía la propuesta no era homeópata (la propia lógica de la homeopatía se basa en tratamientos individualizados, no en fórmulas genéricas, y además está más orientada al terreno de la persona que a la condición). Segundo, la propuesta no deja de ser farmacológica, aun siendo homeopática (que sea farmacológica no es malo, pero quien proponía la fórmula homeopática lo hacía porque "era menos farmacológica"). Tercero, es una receta genérica: bajar el colesterol a todo el mundo sin mirar cada caso; el mismo enfoque que intento criticar. Cuarto, no pregunta por el sentido del colesterol en cada cuerpo, que puede ser parte de un intento de reparación, no el problema en sí. Quinto, cambia la herramienta, pero mantiene la misma obsesión por la cifra del laboratorio, como si el número fuera la enfermedad. Sexto, perpetúa la idea de que toda intervención debe ser medicamentosa. Y séptimo, 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.

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 la 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 sanguíneos. 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. Estas propuestas forman parte de un debate científico abierto, con distintos niveles de evidencia y grados de aceptación. (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 de reparar el tejido dañado. De allí la presencia de colesterol en las placas ateroscleróticas: no porque haya causado el problema, sino porque desempeña 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 refacción.

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 de investigación. 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 la presencia de bomberos. A partir de este hallazgo, la comisión llega a una conclusión tan lógica como insensata: la causa de los incendios debe 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 causalista: la idea de que la mera presencia de colesterol en contextos patológicos lo convierte en un agente etiológico.

Hay estudios observacionales que encuentran asociaciones entre colesterol muy bajo y una mayor incidencia de ciertos cánceres, pero la mayoría de los análisis actuales interpretan esto como un fenómeno de causalidad inversa —el cáncer en etapas iniciales puede modificar el metabolismo lipídico— más que como un efecto del tratamiento con estatinas.

¿Qué significa esto? 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.

Supongamos un caso teórico. Un día sucede algo de ese tenor: 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, las células dendríticas y 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 reduce el colesterol y, por tanto, interfiere con la estrategia de protección.

¿Absurdo también? Quizás. Pero recordemos que uno de los efectos adversos reportados de las estatinas es el aumento del riesgo de cáncer. ¿Será posible que las estatinas no sean cancerígenas en sí mismas, sino que, en aquellos pacientes en los que el cuerpo había aumentado el colesterol para combatir alguna insurgencia cancerosa, al impedir esa respuesta, las estatinas los dejaran más vulnerables? Esta hipótesis es extravagante, pero, además de tener coherencia lógica interna, cuenta con una correlación empírica indirecta: muchos estudios han encontrado que valores de colesterol demasiado bajos se asocian con una 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

El objetivo no es cuestionar las estatinas, sino analizar cómo se

las interpreta y se utilizan en la vida cotidiana. Cuando un médico las prescribe, suele apoyarse en guías clínicas y en evidencia acumulada que orientan su decisión. Sin embargo, entre la intención clínica y el modo en que el paciente incorpora esa indicación a su vida cotidiana puede abrirse una brecha significativa. Lo que se cuestiona no es la prescripción médica, sino la forma en que, a veces, el paciente la vive: como una indicación que debe ejecutar sin participar activamente en su comprensión. Lo que me interesa es fortalecer la participación del paciente en la toma de decisiones, independientemente del contexto en el que reciba la indicación.

Por ejemplo, no es adecuado tomarlas sin receta o con una prescripción vencida.

Tampoco lo es ignorar posibles 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 surgir con fluidez. Pequeños síntomas que se naturalizan —"es la edad", "dormí mal", "debo estar estresado"—, pero que podrían evitarse si se analizan.

Si algo de eso ocurre, lo correcto no es abandonar la medicación por cuenta propia, como suele hacer mucha gente, ni ignorar los fenómenos nuevos. Significa habitar la decisiónentender el objetivo, conocer el beneficio esperado (y su magnitud), reconocer posibles efectos adversos, y comunicar lo que ocurre. Si aparecen síntomas nuevos —dolor muscular, fatiga, alteraciones del sueño o de la claridad mental—, lo sensato no es ni ignorarlos ni cortar el fármaco en secreto. Lo sensato es preguntar, discutirlo con el médico, ajustar estrategia.

Que muchos pacientes abandonen el tratamiento sin avisar no es solo un problema de "adherencia". Puede ser un signo de desconexión: una terapia que no se integra al sujeto porque el sujeto no fue integrado a la terapia.

Mecanismos de la racionalidad instrumental

El caso del colesterol es especialmente ilustrativo de cómo

opera la racionalidad instrumental, porque su historia es encauzada por ella en muchos niveles y mediante muchos de sus mecanismos (empirismo ingenuo, causalidad de facto, confundir signos con causas, soluciones masivas).

La cronología puede resumirse así:

- Aumentan los eventos cardiovasculares. Este aumento genera alarma y dispara proyectos de investigación para encontrar la causa. Estos proyectos son de índole instrumental: priorizan variables medibles y dejan en segundo plano determinantes sociales (esto es coherente con el método cinetífico). Una eminencia (Ancel Keys) hace un estudio poblacional y encuentra una correlación: en los países en que se consumen más grasas saturadas, hay más incidencia de patologías cardiovasculares.

- A partir de esa correlación se formula una hipótesis: las grasas saturadas podrían desempeñar un papel causal. Se sugiere a la población reducir la ingesta de grasas saturadas. Se asume que la causa de las patologías cardiovasculares es la ingesta excesiva de grasas saturadas [Causalidad de Facto; además, la sugerencia previa de reducción refuerza la asunción de causalidad]

- Se implementan proyectos de investigación para determinar una variable indicadora de riesgo (un 'signo'), y se encuentra una correlación entre la cantidad de colesterol en sangre y la existencia de patologías cardiovasculares. Se adopta el monitoreo del colesterol sanguíneo para determinar si un paciente debe reducir su ingesta de grasas saturadas. [Solución Industrial de Monitoreo Masiva]

- La variable indicadora de riesgo se transforma en el blanco de la intervención. Se *hipotetiza* que la causa de las patologías cardiovasculares es el exceso de colesterol en sangre [Confundir Signos con Causas]. Con el tiempo, se *asume* que la causa de las patologías cardiovasculares es el exceso de colesterol en sangre [Causalidad de Facto].

- Se diseñan intervenciones que alteran el biomarcador. [Nota: Ley de Goodhart: «Cuando una medida se convierte en un objetivo, deja de ser una buena medida».] Se desarrollan drogas que disminuyen la cantidad de colesterol en sangre (estatinas). A todas las personas que superan cierto umbral de colesterol en sangre, se les prescriben estatinas. [Solución Industrial de Venta Masiva]

- Dado que la epidemia de eventos cardiovasculares continúa en aumento a pesar de las nuevas medidas, las instituciones oficiales bajan periódicamente el umbral de intervención.

Nada en esta secuencia nos llama demasiado la atención. Cada paso es comprensible dentro del método científico y de la organización sanitaria contemporánea. Sin embargo, recordemos ese ejercicio mental en que imaginamos un Universo B, en el que se detectaba un aumento de enfermedades infecciosas. Apliquemos esta misma cronología a ese escenario, reemplazando patologías cardiovasculares por enfermedades infecciosas (el problema), grasas saturadas por una sustancia X (el presunto culpable), colesterol por leucocitos (el signo de riesgo) y estatinas por corticoides (la medicación).

Esta sería la cronología para ese Universo B:

- Hay un aumento de enfermedades infecciosas. Este aumento genera alarma y dispara proyectos de investigación para encontrar la causa. Se encuentra una correlación. Se *asume* que la causa de las enfermedades infecciosas es la ingesta excesiva de cierta sustancia X.

- Se encuentra una correlación entre la cantidad de leucocitos en sangre y la existencia de enfermedades infecciosas. Se adopta el monitoreo de leucocitos sanguíneos para determinar si un paciente debe reducir su ingesta de la sustancia X.

- Se *hipotetiza* que la causa de las enfermedades infecciosas es el exceso de leucocitos en sangre. Con el tiempo, esta hipótesis se fija *de facto* como si hubiera sido comprobada.

- Se desarrollan drogas que disminuyen la cantidad de leucocitos en sangre (corticoides). A todas las personas que superan cierto umbral de leucocitos en sangre, se les prescriben corticoides.

Como estamos mejor informados de la relación entre leucocitos y enfermedades infecciosas, esta cronología nos parece más descabellada, y sobre todo nos inquieta ver los efectos que puede tener una instancia de confundir signos con causas (creer que la causa de las enfermedades infecciosas son los leucocitos) seguida de una solución masiva (corticoides a mansalva).

En la historia real del colesterol existe además un fenómeno adicional. A medida que la prevención cardiovascular adquirió centralidad en políticas públicas, los umbrales de intervención se fueron ajustando (hasta el día de la fecha, siempre hacia la baja). La

facturación de las compañías farmacéuticas aumenta en unos miles de millones de dólares cada vez que el umbral desciende. Esta correlación ha generado debates sobre posibles sesgos institucionales y conflictos de interés, y existen académicos malpensados que aseguran que si el umbral desciende es con un objetivo comercial.

Hipertensión y antihipertensivos

En la mayoría de los casos —alrededor del 90 %— no se logra identificar una causa específica de la hipertensión arterial, por lo que se la denomina "hipertensión esencial". Este término no implica que no exista una causa, sino que no ha sido determinada con las herramientas diagnósticas disponibles. En la práctica clínica, esto conduce a que el abordaje se centre en la reducción de riesgos a largo plazo, más que en la corrección de una causa puntual. Se actúa sobre una cifra —la presión arterial— considerada un factor de riesgo, aun sin saber con certeza si esa cifra es causa del problema, parte de su solución o una combinación de ambas.

Algunas personas me cuentan que son hipertensas, y cuando yo les pregunto si saben por qué, en algunos casos sí lo saben, y me dicen "es que tengo una estrangulación de la arteria renal izquierda por mi anterolistesis" o "tengo un tumor cerebral benigno", que son datos que suelen contribuir en la elección de su tratamiento, sea cual sea la causa por la que vinieron (que no suele ser hipertensión). Pero la gran mayoría me contesta que su hipertensión no tiene ninguna causa, que es "esencial". Eso es un malentendido, que creo que proviene de la ambigüedad de la palabra "esencial". Que no se haya identificado la causa no quiere decir que no exista. La cuestión es que algunas de las causas probables de la hipertensión son la estenosis de la arteria renal, el hipertiroidismo, la glomerulonefritis, la coartación aórtica, los tumores encefálicos, la esclerodermia y otras veinte o treinta condiciones conocidas. Cuando a un paciente se le diagnostica hipertensión esencial, tiene alguna de esas causas, pero no se sabe cuál

de ellas.

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 se encuentra un sensor de presión arterial. Está situado ahí por una cuestión estratégica: el riñón necesita recibir una cantidad determinada 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 evitarlo, el riñón tiene un sistema que garantiza el flujo suficiente de sangre: si, en la entrada al riñón, el sensor detecta una presión inferior a la esperada, dispara una cascada hormonal (el famoso sistema renina-angiotensina-aldosterona, o SRAA) que sube la tensión arterial. Como dice Antonio Arcos: "Está bien pensada la cosa".

Dijimos que al 90 % de los pacientes con hipertensión se les diagnostica hipertensión esencial. El abordaje clínico habitual consiste en reducir la presión arterial, con el propósito de disminuir riesgos graves a largo plazo. Hay distintos tipos de fármacos, pero muchos actúan sobre alguno de los eslabones del SRAA. Algunos inhiben la producción de renina; otros (como el enalapril o el lisinopril) inhiben la enzima ECA; y otros (como el losartán) bloquean los receptores de angiotensina II. Muchos tratamientos también incluyen diuréticos, porque la mejor manera de reducir la presión en un recipiente lleno es dejar salir algo de líquido.

Ahora bien, una proporción de los pacientes con hipertensión esencial podría presentar una estenosis renal no detectada (a menudo es indetectable), sobre todo en los casos en los que el tratamiento efectivo consiste en antagonistas del sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona. En esos casos, la subida 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 a él.

Esto se reconoce explícitamente en los prospectos, donde se

describen escenarios de riesgo en pacientes con enfermedad renovascular. En un fármaco conocido, el prospecto dice: "Efectos adversos: posible oliguria, azotemia progresiva y, rara vez, insuficiencia renal aguda y/o muerte". Estas advertencias existen para guiar el uso racional del medicamento y no como un juicio sobre su utilidad general.

El punto clave es que, en algunos casos, lo que se suprime con el medicamento no es el problema, sino la respuesta del organismo a ese problema. Y si ese contexto no se investiga adecuadamente, existe el riesgo de intervenir en un marcador fisiológico sin comprender el proceso que lo genera.

Consideremos el siguiente dato. Mucha gente cree que la hipertensión en adultos mayores es el resultado de años de estrés cotidiano. Según esta idea, el cuerpo reacciona al estrés diario —el trabajo, el tráfico, las deudas, los ruidos— liberando adrenalina. Esta hormona sube la presión. Si esto ocurre con frecuencia, dicen que las arterias se endurecen. Y una vez que se endurecen lo suficiente, la presión se mantiene alta para siempre, aunque ya no haya estrés.

Pero si esto fuera cierto, uno esperaría que el mecanismo de acción de la medicación prescripta fuera restaurar las propiedades mecánicas del tejido vascular: ya sea mediante la flexibilización de las paredes arteriales o mediante el aumento del calibre de los vasos.

Sin embargo, las terapias antihipertensivas de mayor uso no actúan de ese modo. La mayoría interviene sobre distintos pasos del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA). Esto implica que su eficacia depende de modificar procesos regulados a nivel renal y no de alterar directamente la rigidez vascular. En otras palabras, la historia del estrés acumulado como causa directa de hipertensión suena razonable, pero no encaja del todo con lo que realmente hacen los medicamentos.

Mi amigo Peter es hipertenso, pero dice que tiene la presión arterial 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 precede a la

hipertensión. El cuerpo intenta aumentar la presión arterial 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 aumentar la presión; lo que no se sabe es cuál de ellas se aplica a Peter. Que Peter tiene alguna de esas situaciones es indiscutible, pero ningún estudio ha podido determinar cuál.

Tampoco es que le hayan hecho tantos estudios. En la práctica, los recursos diagnósticos deben priorizar el riesgo, el costo, el beneficio y la probabilidad. No siempre es razonable solicitar estudios exhaustivos en ausencia de signos específicos. Peter tampoco insiste demasiado. Yo, en su situación, estaría como loco, persiguiendo a mi médico para que me haga más pruebas y averigüe 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 el cuerpo está funcionando mal. Por un lado, sabemos que la presión alta es dañina. Por otro lado, no encontramos nada que indique que haga falta presión arterial alta. Por tanto, el cuerpo está equivocado y nosotros tenemos razón. En este caso al menos, parece claro que sabemos más que el cuerpo. Sin embargo, ni siquiera sabemos por qué se produce la hipertensión esencial, así que claramente la decisión de bajarla se basa en la ignorancia y no en el conocimiento.

Y ojo: esto no es una apología para 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[40], 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, quizás utópica: poder dormir tranquilo sin dejar de buscar.

[40] Dormir tranquilo siempre que no lea este libro o algún otro texto de fisiología, porque entonces se daría cuenta de que tiene algún problema que no está abordando.

Quiero presentar un caso ilustrativo.

Una paciente de 80 años (llamémosla Eulalia) consultó por dolor lumbar, ciático y molestias en la rodilla, donde le diagnosticaron artrosis. Además, le encontraron quistes de Baker asintomáticos en ambas piernas. Según su relato, los dolores comenzaron gradualmente hace varios meses. No tiene antecedentes quirúrgicos.

Durante la anamnesis, me cuenta que toma enalapril. También describe dolores en la cresta ilíaca o en el pubis al despertar. Estas zonas coinciden con territorios inervados por los nervios iliohipogástrico e ilioinguinal, cuyas raíces están próximas al riñón y pueden irritarse ante ciertas disfunciones renales, como ptosis o congestión. A la palpación, hallo hiperactividad del psoas derecho, signos de congestión pélvica y telangiectasias en los muslos, todos hallazgos compatibles con una alteración del retorno venoso o de 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 se encontraron el ácido úrico y la creatinina elevados y un filtrado glomerular bajo.

Elaboro una hipótesis de trabajo: podría haber algún factor que dificulte el retorno venoso pélvico. Esta congestión dificultaría la perfusión renal, lo que activaría el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), cuyo objetivo es aumentar la presión arterial para preservar la función renal.

Le pregunto por qué toma enalapril. Eulalia me dice que se lo recetaron hace muchos años, no porque fuera hipertensa, sino como medida preventiva "por la edad". Años después, cuando le detectaron insuficiencia renal, una nefróloga le aconsejó continuar con el enalapril porque "protege el riñón".

Esta afirmación de que protege al riñón no es la primera vez que la escucho, pero siempre me resultó extraña, porque uno de los efectos secundarios del enalapril (y de muchos antihipertensivos) es la insuficiencia renal, 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 la presión arterial es baja y que tiene un mecanismo de protección que, justamente, sube la presión arterial. El

enalapril actúa bloqueando el sistema SRAA, como hace la mayoría de los fármacos para la presión arterial. Por tanto, lo que llaman "protección" consiste en impedir que el riñón utilice su propio mecanismo de defensa. Es como proteger un edificio del efecto nocivo de los rociadores antiincendio, implementando un sistema que recoge el agua de los rociadores contra incendios y la desvía a las canaletas antes de que llegue al suelo. Sí, se evita que el agua moje los muebles. Pero el agua estaba allí para apagar el fuego.

Al respecto, escuché a una nefróloga (en TikTok) decir: "¿Por qué tu médico te recetó losartán o enalapril si tu presión arterial está normal? 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. Estos medicamentos ayudan a reducir y controlar la proteinuria, es decir, la mayor eliminación de proteínas en la orina, lo que indica daño renal. Por lo tanto, aunque tu presión arterial esté normal, muchas veces podemos indicar estos medicamentos porque ayudarán a cuidar tus riñones y a mejorar tu proteinuria."

Esto es un claro ejemplo de confundir signos con causas. La proteinuria es, ante todo, un signo. En el marco de la medicina basada en la fisiología renal, una elevación de proteínas en la orina puede indicar un filtrado glomerular comprometido. Sin embargo, la reducción de dicho signo mediante una intervención no implica necesariamente que se haya resuelto la causa subyacente del fenómeno. De hecho, un mecanismo fisiológico básico permite inferir que si se reduce artificialmente la presión arterial, también se reducirá el volumen de filtrado renal y, con ello, la cantidad absoluta de proteínas que se eliminan por orina. Pero esto no equivale a una mejora funcional del riñón, sino a una disminución de su actividad. Es decir, menos proteína puede filtrarse no porque el filtro esté reparado, sino porque se está filtrando menos.

Pensémoslo con esta metáfora: el humo puede ser un signo de incendio. Si veo humo, sería razonable preocuparme y hacer algo para verificar si de verdad hay un incendio. Puedo, además, hacer algo para dispersar el humo, pero tengo que tener claro que lo importante no es reducir la cantidad de humo, sino analizar de dónde viene, porque lo más importante es evitar un incendio.

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. De hecho, no creo que la nefróloga de TikTok exprese la posición de la ciencia médica. Ya el hecho de que el mensaje provenga de una red social y no de un libro de texto debería hacernos dudar. Sin embargo, la idea de que los antihipertensivos protegen los riñones es algo que se repite, y los argumentos suelen ser parecidos a ese.

La analogía, aunque simplificada, permite ilustrar una dificultad frecuente en el razonamiento clínico contemporáneo: el tránsito desde la observación de una correlación estadística hasta la inferencia de una relación causal, sin que medie una explicación fisiológica sólida ni una validación experimental rigurosa. Decir que un medicamento "protege" un órgano porque disminuye un marcador asociado a su mal funcionamiento exige algo más que un dato correlacional: exige una teoría plausible, una hipótesis contrastada y una interpretación coherente con el conjunto de conocimientos fisiológicos disponibles.

Más aún, el enalapril está aprobado para tratar la hipertensión y la 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. Este desfasaje entre la indicación oficial, la recomendación clínica y el discurso popular puede facilitar confusiones: una intervención que modifica un signo (la proteinuria) no necesariamente resuelve su causa, y esa distinción es clave para evitar distorsiones en el razonamiento clínico.

En el caso de Eulalia, se me ocurre que el enalapril podía estar contribuyendo a la insuficiencia renal. El riñón intenta aumentar la presión arterial 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 para una visita de rutina. El médico le indica tomar enalapril, no porque sea hipertensa, sino por las dudas. La reducción artificial de la presión arterial

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 se detecta en un chequeo de rutina. Ante el hallazgo, Eulalia consulta a una nefróloga, quien le aconseja continuar con el enalapril.

Hasta aquí, la historia antes de llegar a mi consulta. El estado de su cuerpo en ese momento, según mi hipótesis, era el siguiente:

El riñón, obligado a trabajar con poca presión, se inflama o se irrita. Esta variación se detecta mediante interocepción. El sistema nervioso autónomo desencadena 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 se modificó el ángulo 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 (debido a la presión mecánica y, además, a que el retorno venoso está restringido). Además, el retorno venoso se ve limitado, lo que provoca congestión pélvica.

Considero como hipótesis que el enalapril pudo haber contribuido a parte del cuadro, especialmente en el contexto fisiológico que observé. Pero no puedo, por ley, contradecir al médico, así que le digo a Eulalia que hable con su doctor 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. Eulalia 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" y que el problema no era el enalapril, porque luego de un mes sin enalapril, el ácido úrico y la creatinina seguían altos. Admitió que

habían bajado un poco, pero lo atribuyó a una simple fluctuación. Le aconsejó volver al enalapril.

Sin embargo, a Eulalia no le gusta tomar medicamentos, por lo que buscó una segunda opinión. El nuevo nefrólogo escuchó con atención, revisó los datos y propuso una prueba sencilla: pasar un mes sin ningún antihipertensivo, ni siquiera 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. El cambio en la medicación coincidió con una mejoría significativa. Aunque no puede establecerse una relación causal con certeza, la correlación invita a considerar una reevaluación del enfoque terapéutico.

Vale decir, podría tratarse de un caso de patología iatrogénica, que empezó cuando un médico prescribió un antihipertensivo "por las dudas" o "por la edad" y terminó en insuficiencia renal*[41]. Este caso puede leerse desde dos lógicas distintas. Una lógica fragmentaria, en la que los diagnósticos aparecen como compartimentos estancos —ciatalgia, lumbalgia, artrosis de rodilla, insuficiencia renal— y cada uno se aborda con un tratamiento independiente. Y una lógica integradora, en la que se considera la fisiología del conjunto, se exploran causas sistémicas y se analiza si una intervención en un punto de la red (por ejemplo, la perfusión renal) puede desencadenar una cadena de efectos en otras partes del cuerpo.

Desde la osteopatía, buscamos reconstruir ese tipo de cadenas. No como alternativa a la medicina, sino como un modo complementario de pensar la clínica. No todas las enfermedades responden a este tipo de razonamiento, pero algunos cuadros —

[41] El prospecto del enalapril advierte que puede provocar insuficiencia renal, pero que esta es reversible si se la detecta y trata a tiempo. En el caso de Eulalia, la detectaron a tiempo. Lo que no hicieron fue tratarla. Ni siquiera interrumpieron el tratamiento con enalapril, bajo la consigna de que "protege los riñones". Eulalia tuvo la mala suerte de encontrar dos médicos con poco criterio causal (el clínico que prescribió el enalapril por las dudas y la nefróloga que dijo que el enalapril protege los riñones) y la suerte de encontrar uno con criterio, que pudo revertir la situación causada por los otros dos. Digo "suerte", pero no fue exactamente eso. Eulalia buscó y derrochó recursos en búsqueda de otra opinión. Eso —pensar, dudar, volver a preguntar— fue lo que la salvó.En medicina, como en casi todo, la obediencia ciega es peligrosa. Y no porque los médicos sean malos, sino porque son humanos: trabajan bajo presión, siguen rutinas, se repiten unos a otros. Pensemos esto: voy al médico, me manda a hacer unos estudios, los hago, vuelvo a sacar turno con el médico. Entre las dos visitas (salvo en casos críticos o urgentes) quizás trascurran dos meses, durante los cuales el médico vio a 1500 otras personas. La probabilidad de que se acuerde de mi caso es casi nula, aun releyendo sus notas. El paciente que no pregunta, que no se involucra, corre el riesgo de convertirse en una víctima bienintencionada del sistema.Por eso conviene recordar algo sencillo: tu cuerpo es tuyo. Participar no es una falta de respeto; es la única forma de evitar errores que nadie quiso cometer.

especialmente los que involucran múltiples síntomas aparentemente inconexos— se benefician de una mirada que no se limite a nombrar lo que aparece, sino que se pregunte por qué aparece.

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 padecer 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 distinta.

"El enfoque farmacológico, a pesar de su impresionante ingenio, presenta una tendencia inherente a la iatrogenia. Como cada hormona tiene múltiples efectos 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 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 disminuye 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 vinculado a la polifarmacia y la iatrogenia (Sterling, 1988).

Además, la literatura científica no es concluyente y algunos aspectos siguen debatiéndose. Según Peter Abramson, "ningún ensayo aleatorizado ha demostrado una reducción del riesgo de muerte general o cardiovascular al reducir la presión arterial sistólica por debajo de nuestro umbral de 140 mmHg". El cardiólogo Ancel Keys (sí, el mismo que propuso la hipótesis lipídica), al revisar los datos del estudio de Framingham, llegó a la conclusión de que no había

justificación para suponer una relación lineal entre la presión arterial y la mortalidad.

Pero si yuxtaponemos las formulaciones habituales sobre el rol del colesterol y de la hipertensión, se produce cierta interferencia gnoseológica. Veamos.

A mediados del siglo XX, se observó un incremento notable en los casos de enfermedades cardiovasculares. Este fenómeno motivó diversas investigaciones orientadas a identificar sus causas. Entre las múltiples hipótesis formuladas, dos adquirieron una posición preponderante. Una de ellas atribuía el origen del problema a la hipertensión arterial; la otra, al consumo de grasas saturadas. Lejos de complementarse, ambas explicaciones se desarrollaron como teorías rivales, cada una con sus propios defensores y estrategias de validación, y con un fuerte impulso por refutar a la otra.

Desde una perspectiva hemodinámica, se propuso que la presión arterial elevada constituía el factor causal principal, ya que podía dañar la pared de los vasos sanguíneos y favorecer tanto los infartos como los accidentes cerebrovasculares (ACV) hemorrágicos. No obstante, su relación con los ACV isquémicos resulta más ambigua. A corto plazo, una presión arterial más alta podría incluso tener efectos protectores, al mejorar la perfusión cerebral. Pero a largo plazo, los efectos deletéreos sobre el endotelio podrían predisponer a obstrucciones arteriales.

En contraposición, la hipótesis lipídica sostenía que el factor determinante era la acumulación de lípidos en la pared arterial. Esta acumulación sería consecuencia de una infiltración progresiva de lipoproteínas, particularmente las de baja densidad (LDL), que actuarían de forma análoga al sarro que se adhiere a las cañerías. Bajo esta concepción, los episodios cardiovasculares se entendían como manifestaciones de un trastorno metabólico, más que como resultado de alteraciones hemodinámicas.

Ambas hipótesis conducen a interpretaciones aparentemente opuestas. Por ejemplo, si se acepta el modelo lipídico, una presión arterial ligeramente elevada podría ser beneficiosa al mantener un flujo sanguíneo que impida la sedimentación de lípidos. En cambio, si se parte del modelo del daño endotelial, la presión elevada actúa como causa primaria de microlesiones en el tejido vascular, y el colesterol

sería utilizado secundariamente como material de reparación. En este último caso, niveles adecuados de colesterol no serían necesariamente patológicos, sino funcionales en el proceso regenerativo.

Paul Dudley White y Harold F. Dunning fueron los principales defensores de la hipótesis hemodinámica y de la medicación antihipertensiva, pero también los más críticos de lo que White denominó "la histeria del colesterol". Del otro lado, Ancel Keys, John Gofman —quien diferenció las lipoproteínas LDL y HDL — y Edward Ahrens Jr. —quien distinguió las grasas saturadas de las poliinsaturadas— consolidaron la hipótesis lipídica, interpretando las enfermedades cardiovasculares como trastornos metabólicos más que hemodinámicos. Ancel Keys llegó incluso a afirmar que la hipertensión no solo era inocua, sino que tratarla podía resultar perjudicial.

A modo de resumen, digamos que existen dos teorías contrapuestas sobre los problemas cardiovasculares. Son tan contrarias que no pueden ser ambas ciertas (aunque podrían ser ambas falsas). Una sostiene que reducir el colesterol es contraproducente. La otra afirma que tratar la hipertensión es perjudicial. Sea quien sea quien tenga razón, sabemos una cosa: si pudiéramos reunir a los principales investigadores que han estudiado el corazón durante los últimos ochenta años y les preguntáramos si es sensato tomar al mismo tiempo una pastilla para la presión y otra para el colesterol, todos, sin excepción, dirían que esa estrategia es perjudicial.

Uno esperaría que la ciencia médica hubiera resuelto esta disputa o, al menos, que los clínicos eligieran entre una u otra explicación y actuaran en consecuencia. Pero muchos médicos optan por un enfoque neutro, sin tomar partido por ninguno de los dos bandos, y tratan simultáneamente la hipertensión y el colesterol elevado. Sin embargo, esta solución no disuelve la contradicción, sino que la profundiza. Porque reducir en exceso la presión arterial puede aumentar el riesgo de hipoperfusión cerebral (sobre todo, pero no exclusivamente, en adultos mayores o pacientes frágiles) y, por tanto, de ACV isquémico; y reducir en exceso el colesterol, especialmente con estatinas potentes, puede incrementar el riesgo de hemorragia cerebral, aunque disminuya el de eventos isquémicos.

No se trata de desechar toda la farmacología ni de 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, muchos casos de depresión, ansiedad y trastornos afines se tratan con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como la fluoxetina, la sertralina o la paroxetina. Esta estandarización refleja la influencia que el modelo monoaminérgico ejerció durante mucho tiempo, y que propuso —como marco heurístico— que alterar la dinámica de la serotonina podía modificar el estado de ánimo y "curar" un trastorno tan complejo como la depresión. Hoy en día, muchos psiquiatras reconocen que la experiencia emocional involucra múltiples sistemas: circuitos de estrés, de aprendizaje, de trauma, de vínculos, de adversidad temprana y de factores socioeconómicos. Reducir toda esa complejidad a la química de un neurotransmisor es una simplificación histórica, no una descripción actual de la práctica clínica.

Lo relevante aquí no es evaluar la eficacia o ineficacia de los ISRS —que para algunos pacientes son esenciales—, sino observar cómo su expansión coincidió con un cambio más amplio y silencioso: la redefinición de los límites entre lo normal y lo patológico. Estados que hace décadas se concebían como variaciones de la sensibilidad humana —tristeza persistente, desánimo, insomnio por estrés, reacciones intensas ante entornos difíciles— hoy suelen caer bajo categorías diagnósticas en manuales clínicos, y el acceso más rápido y estandarizado a la ayuda termina siendo farmacológico. No porque sea "superior", sino porque se adapta mejor a un mundo con poco tiempo

clínico, mucha demanda, y una vida cotidiana que no siempre deja espacio para procesos largos.

En este escenario, la psiquiatría cumple una función delicada: definir cuándo un malestar emocional amerita un abordaje clínico. A diferencia del alienismo decimonónico, que marginalizaba al paciente, la psiquiatría contemporánea integra, estabiliza y habilita a muchas personas a continuar con su vida cotidiana. Para muchas de ellas, esto representa un alivio incuestionable. Pero a la vez produce un efecto secundario silencioso: instala la expectativa de que el bienestar psicológico se obtiene ajustando parámetros biológicos, como si el malestar fuese siempre una falla del sistema nervioso, y no a veces una respuesta razonable a una vida irrazonable.

Desde un punto de vista fisiológico, la ansiedad —en muchos contextos— puede cumplir una función adaptativa: señalar que algo en la vida del individuo ha dejado de ser sostenible. Puede ser dolorosa, agotadora, incluso desbordante, pero también puede ser útil. Es un sistema de alarma que nos avisa cuando algo anda mal y debe cambiar y nos mantiene en alerta para concentrar todos nuestros recursos en resolver una situación.

Este patrón lo observo con frecuencia en la práctica clínica. Personas que consultan por ataques de pánico, angustia o crisis de ansiedad y que, al relatar su historia, revelan situaciones vitales profundamente disfuncionales: entornos familiares hostiles, vínculos destructivos, condiciones laborales agobiantes. 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. La ansiedad en ellos no es tanto un desequilibrio neuroquímico como una sobredosis de realidad.

Lo interesante es que, luego de un tiempo, 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: también es 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 salir de una situación insufrible.

Pero no todos pueden —o desean— transitar ese camino. Otra vía es recurrir a una intervención farmacológica. Para algunas personas, un ISRS o un ansiolítico ofrece la estabilización necesaria para funcionar, decidir o simplemente descansar. 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.

Cuando se establece una incomodidad entre el mundo y yo, hay dos posibles salidas: modificar el mundo o adecuarme. Revolución o adaptación. En mi práctica veo ambas trayectorias. Personas cuya ansiedad disminuye cuando encuentran una salida vital concreta, y personas que atraviesan el proceso con apoyo farmacológico porque es lo que su situación y sus recursos les permiten. 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 a cambio de renunciar a 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 ocurre un trauma, una pérdida o 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. Los sistemas cognitivos y emocionales responden a la incoherencia activando procesos de reorganización neural y psicológica. 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 desfragmentarse, 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 mediante el cual el cuerpo y la mente intentan recuperar la 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 dejarlo congelado, incompleto.

Serotonina

Volvamos a la distorsión noetiológica de Confundir Signos Con Causas. En el discurso cotidiano, se ha instalado la idea de que la ansiedad "se debe" a un desequilibrio químico, en particular a niveles bajos de serotonina. Esa frase mezcla una observación parcial con una conclusión excesiva: confunde un correlato biológico (algo que puede acompañar un estado) con una causa única (lo que lo origina). La propia psiquiatría reconoce que la explicación de "desequilibrio químico" es una sobre-simplificación, aunque los fármacos sí producen efectos fisiológicos reales y clínicamente útiles en muchas personas.

Aquí se presentan varias malinterpretaciones de la fisiología.

Por ejemplo, la noción extendida de la serotonina como 'hormona de la felicidad'. 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 adoptáramos un concepto de felicidad rigurosamente estoico. Una de las funciones más relevantes de la serotonina en ciertos circuitos es amortiguar la reactividad emocional promovida 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 ante cualquier cosa que se parezca a un peligro.

La amígdala es ese amigo sobreprotector que se la pasa advirtiéndonos de posibles amenazas. Un gesto ambiguo, un sonido familiar en un contexto extraño, una ligera alteración en el entorno:

cualquier signo basta para activar la alarma[42]. 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 pueda 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 la amígdala y, con ella, el miedo, la ansiedad, el impulso compulsivo. Lo cual resulta muy útil en ciertas circunstancias.

En algunos pacientes, el aumento sostenido de la serotonina produce lo que se conoce como aplanamiento afectivo: una reducción no solo de las emociones negativas, sino también de las positivas. Menos ansiedad, sí, pero también menos entusiasmo, menos deseo, menos impulso vital. Para algunas personas, ese aplanamiento es una plataforma de estabilidad necesaria. Para otras, con el tiempo, puede vivirse 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 intensos que los originales. La respuesta adaptativa del organismo frente a la administración crónica de ISRSs constituye un indicio de que el asunto es más complejo que simplemente afirmar que el sistema neuroquímico se encuentra averiado; pareciera que el organismo responde a la intervención de acuerdo con principios de

[42] No es en realidad cualquier signo, sino estímulos asociados a algún evento catastrófico anterior.

retroalimentación, lo que muestra que la regulación no es estática, sino dinámica.

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 acostumbramiento y es un claro indicio de que el cuerpo intenta mantener cierto nivel por alguna razón.

Cuando la intervención farmacológica cesa, el organismo, ya ajustado a un contexto artificial, se encuentra transitoriamente incapacitado para sostener el equilibrio que antes regulaba de forma autónoma. 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.

Lo inquietante del auge de los psicotrópicos no es su uso clínico justificado, sino ciertas ideas que instalan en el imaginario social. Cada vez que alguien recibe una receta para calmar su ansiedad o aliviar 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 demás 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 de los psicotrópicos en sí, sino de su impacto en el imaginario colectivo.

En *Un Mundo Feliz*, Huxley imaginó una sociedad en la que 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; es legal y viene en varios sabores: clona, sertra y 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, desadaptativo. Gente sin lágrimas, sin preguntas, sin temblores. Si a primera vista esa descripción parece referirse a una situación deseable, me pregunto si habría que analizar un poco más, 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. 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, 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 que se esté afinando. 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.

Así como tememos la ansiedad o el llanto, también deberíamos temer 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 que aumenta la probabilidad de que un hueso se fracture en caso de 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 ni produce. Solo vuelve más probable un daño si se presenta 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 baja densidad ósea causa fracturas. Entonces, se trata la densidad ósea como si fuera la causa real, y se prescriben fármacos que aumentan dicha densidad.

Algunas de las drogas que "fortalecen" los huesos presentan efectos adversos que pueden alterar el equilibrio postural, la propiocepción o la coordinación motora fina. Es decir, debilitan el vínculo que el sujeto mantiene con el espacio, lo que puede incrementar 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 agrava el riesgo de primer orden (la caída).

Este tipo de desenlace —la reducción de un número sin mejora real del cuadro clínico— ha sido ampliamente debatido en medicina. No porque esté mal usar fármacos para fortalecer los huesos (de hecho, hay contextos clínicos en los que resultan muy útiles), sino porque concentrarse únicamente en modificar un biomarcador puede llevarnos a perder de vista el todo. Una intervención puede tener efectos beneficiosos en un aspecto y perjudiciales en otro. Por eso, como bien advierte la medicina basada en la fisiología y no solo en

estadísticas, toda intervención debería evaluarse no solo por lo que mejora en una hoja de resultados, sino también por cómo se inserta en la vida real de un organismo complejo.

Detrás de este enfoque centrado en el hueso subyace una metáfora cultural poderosa: la lógica del desgaste. Según esta idea, el cuerpo humano sería algo así como una máquina que, con el tiempo y el uso, empieza a fallar. Un electrodoméstico biológico cuyo destino es el deterioro.

La metáfora es intuitiva, pero profundamente errónea, porque el cuerpo no es un artefacto. No es un sistema pasivo que simplemente se vaya deteriorando. Aunque existen procesos de senescencia bien documentados, la metáfora del desgaste resulta insuficiente para describir un organismo activo en reparación continua. El cuerpo 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 electrodomésticos u otros dispositivos fabricados por humanos. El cuerpo humano no es un objeto manufacturado, sino una totalidad viva, un sistema de retroalimentación, 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 abordar.

Como metáfora cultural, la lógica del desgaste captura solo una parte del fenómeno; la fisiología del envejecimiento es más compleja y no se reduce a esa imagen mecánica (ya la misma palabra "desgaste" no se usa en la literatura médica debido a la ambigüedad

inevitable de su definición). 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 prefiere imaginar la vejez como un deterioro antes que como una transformación.

Uno de los mecanismos más sutiles mediante los cuales la medicina preventiva moderna transforma variaciones biológicas en diagnósticos es el uso de umbrales estadísticos. Estos umbrales no son arbitrarios —surgen de criterios epidemiológicos razonables—, pero pueden adquirir un significado clínico desproporcionado cuando se los separa de su contexto. En el caso de la osteoporosis, la definición misma de la enfermedad no se basa en un síntoma clínico ni en una alteración funcional, sino en 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 de ese promedio en más de 2,5 desviaciones estándar constituye "osteoporosis".

El resultado es que millones de mujeres sanas son diagnosticadas 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, preocupaciones, medicación. Así, lo que era una variabilidad esperable del envejecimiento se convierte en una patología que hay que tratar. El signo reemplaza al síntoma. La estadística semiológica suplanta a la fisiología individual. Lo que originalmente era una variación esperable del envejecimiento se convierte así en un diagnóstico médico, con toda la carga emocional, administrativa y terapéutica que eso implica.

El fenómeno ha sido señalado por investigadores como Ray Moynihan, quien ironiza: "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". Su observación, más que una crítica a la medicina, nos invita a reflexionar sobre cómo ciertos modelos de prevención han transformado umbrales de riesgo en realidades clínicas fijas.

Ante el 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 0,5 % sufrió una fractura de cadera. En el grupo que recibió medicación, fue el 0,2 %. Es decir, la diferencia absoluta es de un 0,3 %, pero se presenta como una reducción del 60 % 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 un 99,8 %. La diferencia es mínima, pero la industria la presenta como una victoria terapéutica".

Esto no significa que no debamos ocuparnos de los huesos. Todo lo contrario: sugiere que tal cuidado podría ser más eficaz si se enmarca en un modelo que privilegie el movimiento, la carga mecánica y el equilibrio corporal, en lugar de concentrarse exclusivamente en modificar un biomarcador. Cuidar los huesos exige entender qué los fortalece realmente, no solo desde la química, sino también 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 al caerse, 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[43].

Para cuidar los huesos, no basta con 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 y la glucemia en ayunas, se convierte en un factor 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 habitarse. Un signo, en cambio, es una lectura externa e 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 ósea normal en alguien frágil, sedentario y con historial de caídas.

La paradoja es que, en algunos pacientes, el intento de prevenir una fractura conduce a tratamientos cuyos efectos adversos son más probables, 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 mejorara ese porcentaje al 99,8 %, ¿vale la pena medicar al 100 % para beneficiar al 0,3 %? ¿Y a qué costo? Porque los medicamentos prescritos para la osteoporosis —bifosfonatos, denosumab, teriparatida— no son inocuos. Producen efectos gastrointestinales severos, osteonecrosis mandibular, fracturas atípicas, desequilibrios electrolíticos e incluso un aumento del riesgo de ciertos

[43] Recordemos aquí que los fármacos para la hipertensión aumentan la probabilidad de hipotensión.

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 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 tenían mayor riesgo 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 (solo en el sentido de impulsar la reacción sintomática). En un mar de fármacos antiinflamatorios, la vacuna es uno de los pocos proinflamatorios. 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 proceso de industrialización del sistema sanitario, la producción de vacunas dejó de responder exclusivamente a criterios estrictamente biomédicos y comenzó a incorporar consideraciones logísticas y económicas propias de la producción a gran escala. En este contexto, se introdujeron componentes adicionales que no formaban parte del planteamiento inmunológico original, tales como los

conservantes y los coadyuvantes, con el objetivo de mejorar la estabilidad, prolongar la vida útil y facilitar la distribución de las vacunas.

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 veneno[44]. Su función es matar bacterias y, en el proceso, puede dañar células humanas.

La defensa habitual de su uso se apoya en argumentos cuantitativos: se sostiene que las dosis empleadas son lo suficientemente bajas como para no representar un riesgo clínicamente significativo. No obstante, este razonamiento presupone que los efectos biológicos pueden evaluarse exclusivamente en términos de cantidad, sin atender a la especificidad funcional de los tejidos potencialmente afectados. Desde una perspectiva fisiológica más cuidadosa, resulta legítimo preguntarse si el impacto de una sustancia depende únicamente del número de células expuestas o también de la relevancia funcional de dichas células dentro de sistemas particularmente sensibles. 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[45]. En otras palabras: una vacuna que incluye un conservante no solo inmuniza contra un virus, sino que también puede provocar nuevas alergias.

Los coadyuvantes, por su parte, son sustancias que se adicionan para intensificar 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. Esta amplificación, como es lógico, implica una activación más intensa del sistema inmune.

[44] 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. Si no fuera un veneno, no sería un conservante. 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".

[45] Si bien la lógica indica eso, la evidencia sobre alergias inducidas por timerosal es muy limitada.

Sin embargo, esta amplificación no es selectiva. En lugar de limitarse a potenciar la respuesta contra el antígeno específico, los coadyuvantes tienden a inducir una activación inflamatoria generalizada. Este efecto inespecífico constituye una propiedad funcional buscada —al reforzar la intensidad de la respuesta inmunitaria—, pero, al mismo tiempo, introduce una complejidad agregada: la posibilidad de que otros órganos o sistemas, no directamente relacionados con el objetivo vacunal, también se vean involucrados en el proceso inflamatorio.

Esa es la razón por la cual, entre los efectos adversos listados para los coadyuvantes, figuran reacciones alérgicas, enfermedades autoinmunes o, en algunos casos, síndromes neurológicos como el de Guillain-Barré. No son efectos aleatorios: son consecuencias fisiológicas de forzar el sistema inmune.

Una paradoja adicional es que hay personas que toman un antiinflamatorio antes de aplicarse 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, también se anula la inmunización. Dar una vacuna y un ibuprofeno al mismo tiempo es, desde una perspectiva farmacológica, contradictorio.

La situación se agrava cuando se administran varias vacunas simultáneamente. Cada una trae su carga viral, su conservante, su coadyuvante. La posibilidad de "eventos combinados" —coeventos— aumenta exponencialmente. Por eso, si se decide vacunar, es sensato no administrar varias vacunas en una misma visita. El sistema inmune, como cualquier sistema complejo, necesita tiempo para integrar, responder y regular.

El riesgo de daño neurológico por inflamación inmune inespecífica no puede descartarse, 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 mayor sensibilidad. 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 y el tipo de formulación. Hay vacunas con menos coadyuvantes, o sin ciertos conservantes, o con estudios más extensos sobre su seguridad. Y esas distinciones 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, no ceder ante automatismos —ni la medicalización automática ni la desconfianza automática—: ambas distorsionan el razonamiento fisiológico.

Conclusión

La fascinación por la medicación no se explica solo por errores de razonamiento, sino también por un trasfondo cultural. Muchos de nuestros comportamientos en materia de salud están guiados por creencias mágicas más que por el pensamiento racional.

En el próximo capítulo exploraremos esta paradoja: cómo algunas de las prácticas más celebradas del progreso médico se entrelazan, a veces sin saberlo, con viejas narrativas de redención, castigo y 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

Paradójicamente, cuanto más técnico se vuelve el mundo, más aparecen formas de pensamiento mágico disfrazadas de ciencia. Adorno y Horkheimer llamaron a esto el retorno del mito en la Ilustración. En salud, esta paradoja se expresa en rituales, protocolos y creencias que prometen control total sobre lo incierto.

Este capítulo analiza cómo el discurso sanitario contemporáneo oscila entre tecnocracia y superstición, y cómo ambos extremos comparten una negación del proceso vivo. Frente a ello, la osteopatía propone una tercera vía: ni dogma biomédico ni misticismo afisiológico, sino escucha encarnada.

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, 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.

La modernidad no eliminó el pensamiento mágico; más bien lo desplazó. El mito no desapareció, se transformó. Allí donde la Ilustración prometía reemplazar la superstición por el conocimiento, a menudo ocurrió algo distinto: las viejas creencias regresaron, legitimadas por un lenguaje científico que ya no se examina a sí

mismo. El problema, entonces, no es la ausencia de ciencia, sino la conversión del saber científico en ritual tranquilizador: un conjunto de fórmulas que ya no buscan comprender, sino apaciguar la angustia frente a lo incierto.

En este capítulo examinaremos la hipótesis de que muchos aspectos del pensamiento sanitario contemporáneo no difieren sustancialmente de lo que se conoce como pensamiento mágico. Por el contrario, parecería que dichas formas de pensar han sido preservadas, reorganizadas y, en ciertos casos, sistematizadas bajo nuevas apariencias.

Para evaluar esta hipótesis, debemos comenzar por establecer con claridad las características del pensamiento mágico y contrastarlas con las del pensamiento racional, en el sentido que se le da en la práctica científica.

El pensamiento mágico puede caracterizarse por al menos tres procedimientos básicos:

1) La analogía no causal, que establece relaciones entre fenómenos basándose en similitudes superficiales, sin aportar mecanismos explicativos. Por ejemplo, se sostiene que lo amargo "limpia", que lo ácido enferma, que lo rojo "estimula", o que una planta que se asemeja a un órgano puede curarlo.

2) La hermenéutica animista, que interpreta los fenómenos como si fuesen signos intencionados que transmiten mensajes ocultos: un síntoma es visto como "un aviso" o una señal que debe ser descifrada, más que como el resultado de una cadena causal.

3) La correlación ingenua, que asume que la coincidencia temporal entre dos eventos implica una relación causal directa. Así, si alguien consume nueces y luego presenta una dolencia, se concluye que las nueces son la causa, sin considerar otros factores ni analizar la cadena causal implicada.

Estas estrategias no cumplen con los criterios básicos del razonamiento científico. En contraste, el pensamiento racional, tal como se practica en las ciencias empíricas, se basa en dos principios centrales:

1) La deducción, que permite aplicar leyes generales a casos particulares. Por ejemplo, si se ha establecido que la inflamación produce calor y se detecta calor en un tejido, es razonable considerar la

presencia de inflamación como hipótesis de investigación.

2) La etiología, entendida como la búsqueda de causas mediante mecanismos específicos. Esta actitud no se conforma con registrar regularidades empíricas, sino que exige una explicación que conecte causalmente los fenómenos: cómo se produce un determinado efecto, por medio de qué mecanismos, en qué condiciones, y a través de qué estructuras o procesos.

Nótese que entre sus diferencias no incluyo la comprobación empírica. Es que está presente en ambas. La idea de que una planta es buena para el corazón porque sus hojas tienen forma de corazón se basa en evidencia empírica sin una lógica causal.

Las ideas científicas, cuando se trasladan del ámbito académico al público en general, tienden a sufrir deformaciones. Este fenómeno no es exclusivo de la medicina, pero resulta especialmente significativo en este campo debido a su importancia práctica y social. En ese tránsito desde la academia hasta la nota del periódico del domingo, o desde el congreso de cardiología hasta 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. Como consecuencia, una proporción considerable de la población carece de los conocimientos necesarios para comprender los mecanismos fisiológicos o farmacológicos que intervienen en los tratamientos que utiliza cotidianamente.

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 del 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?", lo que demuestra 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 intención de profundizar ni comprender. No se contempla que un proceso industrial pueda alterar temporalmente las características del teflón, 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 pegue. A ese tipo de mentalidad es fácil hacerle creer que el ibuprofeno cura algo, que hay que comer poco colesterol o que el edulcorante adelgaza, cuando la realidad, muchas veces, es 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 la 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 la magia y la ciencia. Y hay que tener en cuenta que cuando uno habla de tecnología con sus amigos, no se refiere al ascensor ni al lavavajillas. Esas cosas ya dejaron de ser tecnología. En el uso común, "tecnología" designa fenómenos novedosos e inexplicables que no podemos comprender y 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 un fetiche.

El hombre preindustrial vivía rodeado de objetos y fenómenos que no podía entender, y sus intentos de darles 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 lo suficientemente avanzada es indistinguible de la magia. Y la verdad, muchos de esos aparatos y procesos que encontramos cotidianamente son tecnologías suficientemente avanzadas. 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.

Este escenario constituye un terreno propicio para el resurgimiento del pensamiento mágico, entendido no como creencia explícita en fuerzas sobrenaturales, sino como aceptación acrítica de relaciones causales no fundamentadas. Cuando no se comprende el mecanismo, se sustituye la explicación por la fe en la eficacia.

En el ámbito sanitario, este fenómeno se manifiesta en una creciente dependencia de soluciones rápidas: aplicaciones, sustancias, protocolos automáticos. La búsqueda de comprensión es reemplazada por la búsqueda de alivio inmediato. El sujeto ya no decide; delega. Y en ese proceso, la comodidad se impone a la autonomía cognitiva.

Ese pensamiento mágico también invade la terapéutica.

Veamos un ejemplo corriente. Dolor de rodilla. Se realiza una resonancia. Se pronuncia la palabra "artritis". El médico recomienda un tratamiento prudente: sesiones de kinesiología, quizá una interconsulta o estudios adicionales. Sin embargo, con el paso de los días, el dolor persiste. El paciente, insatisfecho, recibe una sugerencia informal: una

inyección de ácido hialurónico. El consejo no proviene del ámbito médico, sino de una conversación casual, quizá en una reunión social. El dato anecdótico se impone: un conocido lo hizo y, según se afirma, "le funcionó". La inferencia implícita es clara: si el dolor cesó tras la inyección, entonces la inyección fue la causa del alivio, y el alivio puede reproducirse en otros casos similares. Como si la rodilla doliera porque carece de una sustancia específica, del mismo modo en que una impresora deja de funcionar porque se quedó sin tinta.

Sin embargo, ese razonamiento no resiste un análisis fisiológico mínimamente riguroso. Como ha señalado el médico y divulgador Paul Offit, el origen del dolor en estos casos rara vez se debe a una simple "deficiencia de hialurónico". En la mayoría de los cuadros, el problema es estructural: una alteración mecánica en la articulación —como una desalineación— provoca un reparto anómalo de las cargas, lo que daña progresivamente las fibras de colágeno. Desde esta perspectiva, el dolor no proviene de la ausencia de una sustancia lubricante, sino del deterioro biomecánico inducido por una disfunción de la organización estructural. En consecuencia, el abordaje más pertinente no consiste en inyectar una sustancia, sino en intervenir sobre el patrón mecánico que origina el daño, ya sea mediante rehabilitación, reeducación postural o intervenciones manuales que promuevan una restauración funcional (Offit, *Overkill*).

No obstante, este tipo de intervenciones no suele ser la opción preferida de muchos pacientes. Requieren tiempo, participación activa y disposición a modificar hábitos o estilos de vida. En contraste, la aplicación de una sustancia parece ofrecer una solución inmediata y pasiva. De este modo, el procedimiento terapéutico adopta las características de un ritual mágico: se introduce algo externo en el cuerpo, con la expectativa de un efecto inmediato, sin comprender ni alterar el mecanismo subyacente.

Y esta tendencia no afecta únicamente a los pacientes. También los profesionales —incluidos los osteópatas— pueden verse influidos por esta expectativa de inmediatez. Se busca la maniobra precisa, el gesto técnico que, por sí solo, desencadene una recuperación completa. Pero tal expectativa, aunque seductora, no corresponde a la realidad clínica.

En este sentido, la célebre frase de Andrew Taylor Still, "*find*

it, fix it and leave it alone", puede inducir a error si se interpreta literalmente o de forma simplificada. Encontrar la disfunción ("*find it*") puede requerir un proceso clínico complejo, con distintos recorridos y montones de preguntas, sostenido a lo largo de varias sesiones. Corregirla ("*fix it*") no implica necesariamente un thrust milagroso ni un toque de varita mágica, sino una estrategia sostenida que respete los tiempos fisiológicos de adaptación y reparación. Ni el hallazgo ni la corrección son instantáneos.

Este análisis nos lleva a una observación más general: hay pacientes que buscan eliminar el dolor sin alterar las condiciones que lo producen. Desean alivio, pero no transformación. Rechazan el trabajo personal que podría derivarse del proceso terapéutico. No quieren implicarse en su salud, sino delegarla. Quieren magia. Desde esta óptica, el profesional de la salud se transforma, inadvertidamente, en un oficiante de una liturgia médica: se espera de él que realice una acción eficaz y breve, que alivie sin exigir, que resuelva sin involucrar.

Pero la salud no es algo que se recibe. Es algo que se cultiva. Es el resultado de un conjunto de procesos de autorregulación, profundamente dependientes de la participación activa del organismo y —en muchos casos— del propio sujeto. Ni los médicos ni los osteópatas ni la industria farmacéutica pueden "conferir" salud en sentido estricto. La recuperación es una función autónoma del cuerpo, y el rol del terapeuta consiste, más bien, en crear las condiciones para que esa función pueda desplegarse. Eso no es espiritualidad alternativa ni discurso new age: es fisiología básica.

Desde esta perspectiva, lo verdaderamente "mágico" —si se admite el uso figurado del término— no es la intervención externa, sino la capacidad inherente del organismo para buscar el equilibrio, incluso cuando ha sido perturbado por múltiples agresiones. Una capacidad que opera aun sin que el sujeto lo sepa y que constituye el núcleo fisiológico de todo proceso de sanación.

Este capítulo explorará esa deriva contemporánea hacia el pensamiento mágico, examinándola en cuatro dimensiones: la cosmovisión (cómo entendemos el cuerpo y la salud), la doctrina (qué lógica rige los tratamientos), los oficiantes (cómo actúan quienes ejercen la medicina y la terapéutica) y los protocolos (qué se hace en la práctica clínica). Sí, son las mismas dimensiones que usamos en el

capítulo 1 para equiparar osteopatía y medicina convencional.

Cosmovisión

Desde sus comienzos en el siglo XIX, la medicina moderna se ha presentado como una continuación del pensamiento racional de la Ilustración. No es solo una forma de hablar: ha adoptado con entusiasmo tres ideas centrales de la ciencia moderna. La primera es el reduccionismo, que busca explicar los procesos complejos descomponiéndolos en partes simples. La segunda es el positivismo, que solo acepta como verdadero aquello que puede comprobarse con los sentidos o con instrumentos. La tercera es el fisicalismo, que afirma que todo lo biológico puede explicarse mediante las leyes de la física y la química.

Este ideal, sin embargo, no siempre se corresponde con la práctica clínica cotidiana. A medida que la atención médica se ha vuelto más dependiente de tecnologías complejas, de sistemas burocráticos y de condicionamientos económicos, la aplicación efectiva del método científico se ha visto limitada. En muchos casos, lo que persiste es más el lenguaje científico que la lógica epistemológica que le dio origen, en parte por los condicionamientos operativos y económicos que limitan su aplicación plena. Esto lleva a que algunas prácticas médicas actuales funcionen más como rituales técnicos que como aplicaciones de un conocimiento científico consolidado.

Para entender este fenómeno, conviene detenerse brevemente en lo que se entiende por reduccionismo. El reduccionismo, en términos generales, es una estrategia explicativa que intenta dar cuenta de fenómenos complejos mediante leyes más básicas. En biología, esto se traduce en el intento de explicar los procesos vitales a partir de sus fundamentos moleculares o químicos.

Dentro del reduccionismo, suele distinguirse entre una forma metodológica y otra ontológica. El reduccionismo metodológico considera útil —y a veces necesario— analizar un sistema descomponiéndolo en sus partes constitutivas. Esta estrategia ha

permitido avances importantes en muchas áreas de la ciencia. Sin embargo, el reduccionismo ontológico da un paso más: sostiene que las propiedades de los sistemas complejos no son más que la suma de las propiedades de sus partes, negando así la existencia de propiedades emergentes o de niveles de organización autónomos.

Las críticas a esta posición no han provenido de márgenes irracionales, sino del propio campo científico. A lo largo del siglo XX, se consolidaron enfoques que, bajo el rótulo genérico de pensamiento sistémico, reivindicaron la primacía de las relaciones por encima de los elementos aislados. Autores como Ludwig von Bertalanffy, Ilya Prigogine y Humberto Maturana elaboraron modelos que comprendían los sistemas vivos como totalidades organizadas dinámicamente, dotadas de autoorganización y no reducibles a la física clásica. Este giro teórico permitió reformular nociones clave —como la autorregulación, el equilibrio no lineal o la emergencia de la conciencia — sin recurrir a explicaciones mecanicistas.

Pero el reduccionismo, cuando se vulgariza, tiende a convertirse en determinismo laplaciano. Como recordará el lector, Pierre-Simon Laplace imaginó una inteligencia —hoy diríamos un algoritmo omnisciente— que, conociendo la posición y la velocidad de todas las partículas del universo, podría predecir todo el pasado y todo el futuro. De ahí a suponer que uno podría anticipar, con suficiente información, si mi hija desayunará con mermelada o queso untable el 14 de abril de 2037, no hay más que un paso, quizás dos. Ese determinismo nos incomoda porque, si es cierto, no hay libre albedrío ni ética y podría pensarse que nada de lo que hagamos tiene sentido.

Para contrarrestar esa angustia metafísica, muchos recurren al prestigio opaco de la mecánica cuántica, no como un instrumento explicativo riguroso, sino como fuente de consuelo ontológico. El indeterminismo cuántico es entonces invocado no para explicar sistemas físicos, sino para restaurar una imagen del mundo en la que la acción humana aún pueda modificar el curso de los acontecimientos.

Pero explicar fenómenos impredecibles —como el libre albedrío, las emociones o cualquier proceso complejo— a partir de lo cuántico también es 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 vibración 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, en salirse del reduccionismo y aceptar la existencia de propiedades emergentes.

El rechazo de esta perspectiva a menudo se debe a una falsa dicotomía: se supone que quien no es reduccionista es anticientífico. Pero el holismo no es anticientífico. Muy por el contrario, buena parte de la física contemporánea —incluida la teoría de sistemas complejos y la termodinámica de no equilibrio— se basa en el estudio de fenómenos emergentes. Paradójicamente, incluso el paradigma clásico que el reduccionismo reivindica como origen —la física newtoniana— puede comprenderse como una propiedad emergente de niveles macroscópicos, irreductible al comportamiento cuántico de las partículas.

Incluso entre los epistemólogos más cientificistas 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», indivisibles y explicables por la emergencia.

Pero quizás lo más inquietante del reduccionismo no sea su efecto sobre la teoría, sino sobre la práctica. No es solo una epistemología; es una estética, una ética, una forma de mirar. Está tan arraigado que se filtra en nuestras decisiones cotidianas. Se traduce, por ejemplo, en una valorización de las sustancias por encima de los procesos. 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 de las del café molido, no porque tenga ingredientes diferentes, sino por su elaboración. O, si se me permite la comparación burda, sabemos que no es lo mismo la pizza recién hecha que la recalentada, o un muffin pasado por la licuadora, aunque los

ingredientes no cambien[46].

Lo mismo ocurre, con efectos más graves, cuando se pretende explicar estados psíquicos únicamente a través de las concentraciones de neurotransmisores, como si la dopamina o la serotonina fuesen entidades activas por sí mismas, en lugar de ser parte de una red compleja de interacciones neurobiológicas, afectivas y sociales.

Creemos que la medicina convencional está 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 cientificidad opera más bien como un dispositivo pedagógico que como un principio real de funcionamiento.

En la práctica, casi nunca se explica un tratamiento médico apelando a las leyes fundamentales de la física. Nadie habla de entropía, ni de potenciales químicos, ni del equilibrio de fases. El marco conceptual dominante no es el de la física teórica, sino el de la ingeniería de control desarrollada a mediados del siglo XX. El organismo se interpreta como un sistema de retroalimentación compuesto por sensores, comparadores y efectores, y los fármacos se introducen como dispositivos correctivos que buscan modificar un parámetro específico, sin necesariamente considerar la complejidad del sistema en su conjunto. Esto, creo, también forma parte de la instrumentalización de la razón.

Tampoco se trata realmente de biología. La biología nos enseña a preguntarnos para qué sirven los procesos, no solo cómo ocurren. Nos recuerda que la fiebre, el dolor o la inflamación no son errores, sino respuestas funcionales que ayudan al cuerpo a protegerse o repararse. No obstante, en su versión más estandarizada, la farmacología contemporánea tiende a intervenir en estos fenómenos sin evaluar su significado adaptativo.

Y tampoco es fisiología. La fisiología se ocupa de cómo el cuerpo mantiene su equilibrio. Se basa en la idea de que el cuerpo intenta organizarse, no en que hay que corregirlo por la fuerza. Pero lo que vemos es que muchas veces se hace justamente lo contrario. Se recurre con frecuencia a antiinflamatorios o antipiréticos sin evaluar si

[46] Recuerdo un chiste nerd: ¿Cuál es la fórmula química del agua bendita?

el fenómeno que se intenta suprimir puede desempeñar una función reguladora.

El modelo resultante no debe confundirse con un verdadero reduccionismo científico. Se trata más bien de un modelo reducido: un recorte operativo que maximiza la intervención técnica y minimiza la reflexión epistemológica. El criterio que prevalece no es siempre epistemológico, sino instrumental: se privilegia la eficiencia de la intervención, incluso cuando ello implique simplificaciones conceptuales significativas. Esta estrategia tiene ventajas prácticas innegables —como la rapidez diagnóstica y la facilidad para tomar decisiones—, pero también límites que deben reconocerse. Lo que predomina, como en la aplicación consuetudinaria de cualquier ciencia, no es un criterio teórico, sino uno pragmático vinculado a la eficiencia técnica y al rendimiento económico.

En consecuencia, el discurso biomédico actual debe ser comprendido no sólo como un sistema de conocimientos científicos, sino también como parte de una estructura institucional, económica y cultural más amplia. Su finalidad no es exclusivamente la elucidación teórica del funcionamiento corporal, sino el sostenimiento de un conjunto de prácticas institucionales, productivas y comerciales. Esta dimensión pragmática no necesariamente revoca su validez científica, pero sí invita a considerar sus condicionamientos.

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 ni a un valor de laboratorio. Se presenta como bastión racional frente a la oscuridad premoderna.

Sin embargo, el contraste entre esta retórica y su aplicación concreta resulta, en ocasiones, insoslayable. Recuerdo una vez en 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 un representante de 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.

¿Se imaginan al ingeniero de la NASA al que le preguntan por qué falló el sistema de propulsión y responde "mala suerte"? ¿O al geólogo al que unos reporteros le interrogan por las causas de algún terremoto y lo explica como "mala suerte"? ¿O que le preguntemos al electricista que nos cableó el consultorio por qué se quemó el calefactor y nos responda "mala suerte"? ¿O que, cuando le exijamos explicaciones al verdulero por las manzanas que llevamos ayer y ya se pudrieron, nos diga "mala suerte"?

El principal problema aquí es que, con esa respuesta, no aprendo nada. ¿Qué tendría que hacer yo para no volver a intoxicarme? ¿Conseguirme un llavero de pata de conejo?

Y si esto no bastara, aparece el otro gran tótem de la ambigüedad sanitaria: "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 un destino ineludible. La edad no es un factor fisiológico, sino un significante vacío que cubre un agujero epistémico.

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: son el trabajo alienado, el insomnio crónico, el cigarrillo y el sedentarismo. Al nombrar "la edad", el médico elimina toda posibilidad de reversibilidad; es decir, de 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.

"Mala suerte", "la edad", "el estrés" no funcionan como causas, sino como puntos de detención del pensamiento. No abren una

investigación; la cierran con elegancia. Son nombres que permiten sostener la autoridad del discurso sin exponerse a su límite. En lugar de reconocer la ignorancia —que sería el gesto verdaderamente científico—, el sistema produce una narración mínima que restaura el orden simbólico. El pensamiento mágico no aparece aquí como exceso de fantasía, sino como gestión eficaz del no-saber.

Así, algunos médicos contemporáneos, en su arrogancia epistémica, acaban por reproducir el núcleo mismo del pensamiento mágico que dicen combatir: sustituyen la causa por la figura del castigo, la biografía por el fatalismo, el análisis por el ritual. Se burlan de quienes hablan con los árboles… y luego le indican diclofenac a alguien que tiene una tendinitis por mala suerte.

En el marco de la medicina contemporánea, tal como ha sido institucionalmente configurada, se observa una tensión significativa entre el reconocimiento teórico del estrés como factor etiológico y su abordaje clínico eficaz. Es ampliamente aceptado, tanto por la literatura científica como por los profesionales de la salud, que los fenómenos relacionados con el estrés desempeñan un papel en la génesis y la evolución de diversas condiciones patológicas. Sin embargo, en la práctica clínica cotidiana, el estrés se emplea con frecuencia como recurso explicativo residual, ya sea ante diagnósticos inciertos o como respuesta abreviada a interrogantes etiológicos que exceden el saber disponible.

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?

La respuesta no está en el cuerpo, sino en las instituciones. Tratar el estrés de verdad significaría prevenirlo, y la prevención requiere cambiar las condiciones que lo producen: las jornadas interminables, la inseguridad, la presión económica, la soledad. Pero la medicina moderna, tal como fue concebida, no fue concebida para prevenir nada. Su dominio comienza cuando el daño ya está hecho.

Eso se remonta a principios del siglo pasado. El Informe Flexner, publicado en 1910, transformó la enseñanza de la medicina y, con ella, el sentido mismo de la profesión. La concepción de la educación médica, consolidada en el Informe Flexner, redefinió los

límites del campo clínico, orientando la formación de los médicos hacia el dominio experimental de la enfermedad y desplazando, en consecuencia, toda preocupación por el sistema sanitario en su conjunto o por la salud colectiva más allá del marco patológico.

El nuevo paradigma —basado en la emulación del modelo de laboratorio y en la primacía de la fisiopatología— estableció una frontera epistemológica entre el saber médico y las ciencias sociales, que hasta entonces habían coexistido, aunque de modo precario, en la idea de "salud pública".

A partir de entonces, la responsabilidad por la prevención y el bienestar poblacional se transfirió a organismos administrativos o sanitarios, mientras que la medicina académica se replegó sobre el individuo enfermo como su objeto exclusivo.

El resultado fue una división estructural del concepto mismo de salud: de un lado, la medicina científica, centrada en el diagnóstico y la intervención sobre el cuerpo patológico; del otro, la salud pública, convertida en una disciplina estadística y burocrática. La medicina perdió toda competencia en la prevención y, con ello, toda posibilidad de intervenir de manera eficaz en fenómenos como el estrés, cuya etiología radica en procesos sociales y no en una lesión mensurable. De allí la paradoja contemporánea: un sistema médico que invoca el estrés como explicación de innumerables males, pero carece de las herramientas —y de la legitimidad institucional— para abordarlo fuera del lenguaje ritual que lo designa. Esta situación no responde a una falla de los médicos individuales, sino a las restricciones impuestas por la manera en que el conocimiento médico fue históricamente delimitado y validado.

Volvamos ahora a este concepto: las teorías que introducen un cambio epistémico profundo no son, en general, asimiladas de inmediato por la conciencia colectiva. Su recepción suele implicar una operación de traducción regresiva, mediante la cual los nuevos conceptos se deforman para encajar en los marcos de pensamiento previos. En vez de transformar la mirada, se traduce la novedad al idioma de lo conocido hasta que parece menos peligrosa.

Este fenómeno de readaptación conceptual no es un accidente marginal, sino una constante en la historia del conocimiento. Cada vez que aparece una idea verdaderamente disruptiva, lo que hacemos no es

incorporarla, sino amortiguarla. La doblamos hasta que encaje en la vieja estantería conceptual. Por ello, las disciplinas que encarnan las antiguas formas de explicación son, con el tiempo, desplazadas o absorbidas por otras más acordes con la nueva matriz teórica. Así, la historia natural fue sustituida por la fisiología y la zoología; la alquimia se transformó en química; la frenología dio lugar a la psicología. Pero en cada caso, lo que cambió no fue solo el objeto de estudio, sino también la manera de pensar.

La medicina, sin embargo, constituye 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. El modelo cerebral propio de las neurociencias es tan complejo que la versión simplificada que circula entre los no neurocientíficos (incluidos eruditos, divulgadores científicos, periodistas e incluso algunos médicos) conserva la arquitectura del pensamiento humoral, aunque bajo otros nombres. Los fluidos antiguos han sido reemplazados por neurotransmisores como 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 desequilibrio cuantitativo entre sustancias, y todo tratamiento consiste en restablecer dicho equilibrio mediante psicofármacos que modulan, aumentan o inhiben su acción.

La ciencia se transforma, no 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 que, más bien, sirve 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 muchas veces se nos explica la intención farmacológica como mantener el equilibrio óptimo entre ellas, y como si todo medicamento se ocupara de subir o bajar la incidencia de alguna, sea ciclooxigenasa, levotiroxina, GABA, corticoides, ácido clorhídrico o alguna otra. No parece haber habido demasiado progreso en el conocimiento colectivo. Mucha gente sigue creyendo, como en la Edad Media, que la enfermedad se debe al exceso o a la carencia de alguna sustancia, y quiere curarse proveyéndola o limitándola. 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*, que, en este caso, fue facilitada y predispuesta por las creencias míticas.

En ese sentido, la cosmovisión homeostática 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 sostiene que el Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) se debe a una disminución de la serotonina. En consecuencia, el tratamiento consiste en fármacos inhibidores selectivos 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 la producción de serotonina.

3) La falta de serotonina provoca los síntomas conocidos.

Esta cadena de causalidad nunca se enuncia 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 (desequilibrio de sustancias), que es mucho más higiénica y se quita 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 animista[47].

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 vuelve aún más eficaces como dispositivos narrativos.

La farmacología, sin quererlo, 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 se debe a 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 alternativa de explicación: en lugar de identificar una cadena causal verificable, ofrece una estructura narrativa dotada de sentido interno y de 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.

En concordancia con las ideas de Horkheimer y Adorno, la mentalidad moderna, que se proclama heredera directa del empirismo

[47] 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).

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, ante 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 de un lenguaje científico.

En este punto, conviene subrayar lo esencial: la narrativa científica debería diferenciarse del mito no solo por el lenguaje que emplea, sino también por su actitud frente a lo desconocido. Mientras el pensamiento racional admite —y, de hecho, valora— la suspensión del juicio (decir "no sabemos"), la rutina clínica con frecuencia muestra una profunda incomodidad ante el vacío. La afirmación de no saber se sustituye por la elaboración de una historia cuyo propósito no es explicar, sino ocupar el espacio simbólico que deja la ignorancia.

La cosmovisión biomédica, entonces, no es ni fisicalista ni racionalista. 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 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, resulta urgente revisar esa cosmovisión. Necesitamos

avanzar hacia un modelo verdaderamente racional: uno que piense el 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, en la divulgación hacia el público general, la complejidad de la explicación científica se simplifica hasta convertirse en un relato mítico.

Doctrina

Lo que aquí llamamos *doctrina* es la lógica subyacente a la 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 respondiera a una racionalidad causal: se identifica un fenómeno, se buscan sus causas, se interviene sobre ellas. Pero en la práctica, gran parte de las actitudes cotidianas de salud responden a otra lógica: una lógica simbólica, interpretativa, más cercana al pensamiento hermenéutico que al pensamiento 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.

Ambas son válidas si se aplican correctamente. De hecho, deberían llegar al mismo resultado.

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 también 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 las 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 postura 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 todavía operaba 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 a partir de ordenaciones homólogas. Hoy esa batalla epistemológica sigue vigente, porque la nueva tecnociencia no busca entender, sino buscar signos. No es un proceso erróneo, pero requiere conocimientos enormes. Aplicado por profanos, puede transformarse en un ritual.

Recuperar el principio de causa y efecto implica reivindicar la racionalidad etiológica frente a un paradigma clínico cada vez más dominado por la correlación estadística y la taxonomía funcional.

Una teoría científica —en su formulación más elemental— exige la articulación de dos condiciones: coherencia lógica interna y validación empírica externa. No obstante, en el discurso contemporáneo —ya sea en ámbitos académicos o en la cultura general — parece haberse impuesto una noción reducida, según la cual sólo lo empíricamente comprobado merece crédito. Este enfoque ignora el papel fundamental de la lógica en la construcción del conocimiento.

Este desplazamiento no es accidental. La ciencia positivista fue

reduciendo gradualmente el conocimiento a aquello que podía verificarse empíricamente, de modo que, como señaló Max Horkheimer, "solo se admite como verdadero aquello que puede comprobarse por la experiencia". Esta absolutización de la verificación empírica transforma un procedimiento metodológico —indispensable y valioso— en el único criterio aceptable de verdad, expulsando del espacio racional toda reflexión que no pueda traducirse en medición u observación directa.

La expresión "eso no está demostrado científicamente" se utiliza a menudo para desacreditar afirmaciones que, si bien no han sido verificadas experimentalmente, derivan de premisas que sí lo han sido. Tal actitud deja de lado la posibilidad —y en muchos casos, la necesidad— de llegar a conclusiones razonables por vía de la deducción.

Saber que algo funciona no equivale a saber por qué funciona. Esta distinción, elemental desde el punto de vista lógico, suele borrarse en el razonamiento contemporáneo. El dato empírico confirma un efecto, pero no explica el proceso que lo produce. Cuando esta diferencia se pierde, la intervención puede ser eficaz a corto plazo, pero permanece ciega a sus consecuencias adaptativas, a sus efectos secundarios o a su impacto sobre la organización fisiológica global del organismo. Sin explicación causal, no hay verdadera comprensión clínica, aun cuando haya resultados aparentes.

Considérese el siguiente ejemplo:

Premisa A: La reparación tisular requiere inflamación.

Premisa B: El diclofenac reduce la inflamación.

Ambas premisas están bien respaldadas por la literatura biomédica. De ellas se sigue, por deducción lógica, que:

Conclusión C: El diclofenac reduce la reparación tisular.

Este tipo de inferencia se denomina *silogismo hipotético*. No requiere, en principio, verificación empírica adicional para ser considerada válida. Sin embargo, en la práctica, es común que se descarte la conclusión con el argumento: "Eso no está demostrado científicamente".

Aquí se revela la confusión contemporánea entre validez lógica y verificación empírica, una confusión que Horkheimer describió como síntoma de una razón empobrecida: se considera ilegítimo todo

aquello que no esté directamente medido, incluso cuando se sigue rigurosamente de premisas verificadas. Es el reino del "empirismo ingenuo", que no reconoce la deducción como vía legítima del conocimiento.

La situación se volvería más delicada si un estudio experimental mostrara que el diclofenac *no* afecta la reparación tisular. Si la conclusión es falsa, pero se deduce válidamente de las premisas, entonces al menos una de las premisas debe ser falsa. Esto se debe a que, en lógica deductiva, una conclusión falsa no puede derivarse de premisas verdaderas mediante un razonamiento válido. Es decir, quien afirme que el diclofenac no reduce la reparación debería, por fuerza, afirmar o bien que la inflamación no es necesaria para la reparación, o bien que el diclofenac no reduce la inflamación.

Entonces, vamos a denominar "empirismo ingenuo" a la forma de racionalidad que reduce la validez del conocimiento a aquello que ha sido verificado empíricamente de manera directa, desconociendo el papel constitutivo de la inferencia lógica, la deducción causal y la comprensión de procesos. En el ámbito clínico, esta postura conduce a privilegiar correlaciones estadísticas y resultados observables por encima de la inteligibilidad fisiológica, promoviendo un pensamiento orientado a la aplicación de lo que "funciona" sin reconstrucción causal. La hipótesis sostiene que este empobrecimiento del razonamiento no solo limita la comprensión de la enfermedad, sino que favorece distorsiones noetiológicas, prácticas sintomáticas y una concepción mágica —aunque tecnificada— del cuerpo y la salud.

En términos horkheimerianos, la razón se vuelve instrumental cuando se limita a constatar hechos y calcular medios. El empirismo ingenuo aparece cuando esta lógica instrumental se filtra al nivel del pensamiento clínico y cultural cotidiano. Es, por así decirlo, su versión de superficie. Allí donde la razón instrumental reduce la verdad a eficacia, el empirismo ingenuo reduce el pensamiento a constatación. Solo vale lo observable, solo importa lo medible, la deducción se vuelve sospechosa y la causalidad profunda se abandona. El proceso importa menos que el resultado, y la comprensión cede su lugar a la gestión de efectos.

Hay dos figuras que conviene distinguir con cuidado. Una teoría derivada de la lógica, pero que aún no tiene comprobación

científica, es una hipótesis. Una comprobación empírica que aún no cuenta con una explicación lógica es un hallazgo.

La medicina basada en la evidencia, al dar prioridad absoluta al dato verificable por encima de la comprensión causal, termina reforzando esa deriva. La promesa de una medicina racional se diluye en una cultura de correlaciones estadísticas: se busca lo frecuente, no lo 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. Es un modo de razonamiento que Horkheimer clasificaría sin vacilación como instrumental: la verdad ya no se define por la comprensión del proceso, sino por la eficacia de su resultado. La clínica deja de ser un espacio de pensamiento y se convierte en un sistema de gestión de correlaciones.

El empirismo ingenuo provoca causalidad de facto, que implica tratar como causa aquello que precede o acompaña a un fenómeno, sin reconstruir el proceso que los vincula. El empirismo ingenuo promueve este tipo de causalidad porque se apoya en secuencias observadas, no en mecanismos comprendidos. En la clínica, esto explica por qué se atribuyen enfermedades a cifras, síntomas o hábitos aislados, sin integrar el funcionamiento global del organismo. Esta forma de causalidad es el origen de muchas distorsiones noetiológicas.

El empirismo ingenuo convierte al cuerpo en una caja negra: se observan entradas y salidas, pero no se modela su funcionamiento interno. Esta lógica es incompatible con la osteopatía, que se basa precisamente en reconstruir relaciones estructurales, funcionales y dinámicas. Donde el empirismo ingenuo opera por inputs y outputs, la osteopatía piensa en sistemas, procesos y adaptaciones y el sentido de la intervención depende precisamente de reconstruir lo que sucede entre la causa y el efecto.

Al renunciar a la causalidad, el empirismo ingenuo facilita directamente las distorsiones noetiológicas. Si no se reconstruyen procesos, los signos se confunden con enfermedades, los valores de laboratorio con entidades patológicas, y los riesgos con diagnósticos. La medicina basada en la evidencia, cuando se apoya exclusivamente en correlaciones, consolida estas confusiones: trata lo que aparece medido, no lo que lo produce. En este sentido, el empirismo ingenuo no es un

error periférico, sino la matriz cognitiva que hace posibles estas distorsiones.

A esto se suma otra confusión menos visible: no toda hipótesis es comprobable. Algunas lo son solo parcialmente. Otras requieren instrumental que aún no existe. Otras simplemente no acceden a la investigación porque no hay esponsorización económica que las vuelva interesantes. El mapa de lo comprobado no coincide con el territorio de lo posible. Confundir ambos planos equivale a reducir la fisiología a aquello que resulta medible en condiciones comerciales.

Lo más preocupante es que este tipo de doctrina tiende a automatizarse. Horkheimer describió este proceso: cuando la razón se reduce a técnica, las decisiones dejan de ser pensadas y comienzan a ser administradas. Lo que antes era juicio se convierte en procedimiento. Es el paso de la razón crítica a la razón instrumental. La automatización de la decisión clínica, lejos de representar una mera racionalización de procedimientos, se inscribe 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, reemplazable 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.

Ante 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 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 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 es la claudicación de la racionalidad en su sentido pleno en favor de la mera eficacia. Una medicina basada en la fisiología puede reclamar para sí el estatuto de ciencia. Entre ambas no hay 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 con ese diagnóstico. Ahora, podemos afinar esa afirmación. Ambas tienen una estructura de procedimiento clínico similar, pero no comparten la misma lógica. La medicina diagnostica por hermenéutica y trata por métodos químicos. La osteopatía diagnostica por anatomía y fisiología y trata por métodos físicos.

Oficiantes

La medicina contemporánea, aun basándose en métodos científicos, 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, el médico no es un investigador, sino un gurú 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 transforman 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.

La propiedad de hermetismo también se manifiesta en los escalafones médicos y en los ritos de iniciación. 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 la adopción y la propagación de medicinas alternativas. Estas se desvían de la medicina dominante en distintos aspectos: desde su objeto de estudio (psicólogos, nutricionistas), pasando por modelos de conocimiento completamente distintos (ayurveda, medicina china), hasta otras posibilidades metodológicas occidentales pero no hegemónicas (homeopatía, osteopatía), y 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 ni una química alternativas. No existe arquitectura complementaria ni mecánica del automotor holística ni administración cuántica de empresas ni biología marina holística.

Este hermetismo médico se sostiene mediante múltiples mecanismos. Uno de ellos es el acceso restringido al conocimiento. Ni en la educación primaria ni en la secundaria se enseñan fisiología, farmacología ni 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 Iván Illich, la medicina ha usurpado el monopolio del discurso sobre la salud. Quien quiera saber sobre salud debe rendirse al dictado del médico.

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 solicita 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 atribuye. 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, en la que 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" o "espiritual", 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 en 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 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, la ciencia médica determina las terapéuticas posibles para cada patología, y las instituciones eligen las opciones preferidas e imponen las mismas 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 proporcionado por el médico, sino que suele consistir 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 jurídico 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 asumen el papel de entidades sobrenaturales que deciden y suministran elementos cuyo dominio ya no se considera necesario en el front-end.

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

predefinidos[48].

Ya habíamos hecho una distinción entre médicos y cirujanos, en el sentido de que los cirujanos son los únicos que proporcionan un tratamiento de forma directa. Esta diferencia genera una segregación que va más allá de esa mera característica, aunque no es nueva, sino tan antigua como la medicina misma.

En la antigüedad, los cirujanos y los médicos representaban dos disciplinas separadas, en las que cada agente pertenecía a una u otra. Estaban tan escindidas que los miembros de un grupo despreciaban abiertamente a los del otro. Los cirujanos acusaban a los médicos de ser místicos, mientras que los médicos los condenaban 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, cibernéticos y 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 falta de enunciación

[48] 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 el médico experto por un médico novato. Más adelante, por residentes o personal no médico que resuelven en *triage*, y finalmente por sistemas de computación.

de los principios filosóficos subyacentes problematiza cualquier guía de pensamiento y limita al médico a cumplir con lo estipulado en los diversos protocolos.

Recordemos que Illich sostiene que la medicina se apropia del monopolio de la salud. Esto significa, en principio, que se elimina toda enseñanza de anatomía y fisiología de la educación elemental. Así, la población en general no conoce el funcionamiento básico de su cuerpo. Ante cualquier malestar, una persona debe recurrir a un médico, quien 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 también se restringe la autonomía del médico, que debe cumplir con lo que la ciencia médica dicta. 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, al menos, no mucho más de lo que sabe un estudiante de secundaria sobre su hígado.

En ciertos contextos contemporáneos, el discurso de la ciencia médica ha pasado de operar primordialmente como marco epistemológico a funcionar también como un dispositivo de legitimación dentro de estructuras económicas y comerciales. Que una hipótesis no haya sido ampliamente investigada no implica necesariamente su falsedad; en determinados casos, también puede reflejar prioridades de financiación que no coinciden con su relevancia clínica o conceptual. En un tiempo, para que una hipótesis fuera demostrada científicamente, se necesitaban dos cosas: adecuarse a la realidad y contar con 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 se hizo posible comenzar a manipular los estudios. En el contexto actual, el hecho de que algo haya sido demostrado científicamente no siempre garantiza, por sí solo, su independencia de marcos comerciales, institucionales o productivos que condicionan su circulación y su validación. La falta de comprobación empírica puede significar simplemente que la hipótesis no fue aprobada como proyecto

comercial.

Esto tiene otra consecuencia: afecta no solo las pruebas, sino también las hipótesis. Antes, las hipótesis surgían de un intento de comprender la realidad o de un conjunto de datos. Ahora surgen de estrategias comerciales y de oportunidades de negocio. Determinar si esto es causa o efecto de la razón instrumental requiere una investigación más profunda, pero es claro que ambos fenómenos van de la mano.

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, la figura del médico deja de ser aprovechada como sabio o técnico y se transforma en un canal. Un intermediario. Un oficiante de un rito que no controla 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, en la que la legitimación del oficiante —el médico o el osteópata— se obtiene mediante 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 intérprete comprensivo como la de canalizador de la 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 de esclarecimiento dialógico.

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, entre el médico y la enfermedad, se vuelve transparente. El acto clínico puede transformarse en una dinámica de delegación acrítica, en la que la autonomía del paciente queda reducida en favor de una relación excesivamente verticalizada.

Frente a ese modelo vertical, la osteopatía propone otra figura de oficiante: un encuentro entre dos personas. 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 toman "para el colesterol", "para la glucosa", "para los nervios". El paciente rara vez conoce qué proceso fisiológico modulan. Muchas veces tampoco el médico[49]. En la práctica clínica cotidiana, la explicación que acompaña la prescripción suele ser mínima. El fármaco funciona; basta con administrarlo. La pregunta habitual ya no es "¿qué hace esta sustancia en el organismo?", sino "¿cuánto tiempo tengo que tomarla?".

Sin embargo, desde un punto de vista fisiológico, las sustancias no son "buenas" para un órgano ni para una función: tienen mecanismos de acción. No existen compuestos que sean, en abstracto, beneficiosos para el hígado, el sistema inmune o el sistema nervioso.

[49] 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.

Un fármaco que estimula la respuesta inmune puede resultar útil en una inmunodepresión y perjudicial en una enfermedad autoinmune. Uno que inhibe la inflamación puede aliviar el dolor, pero también puede interferir con los procesos de reparación tisular. La utilidad de una sustancia no está en ella misma, sino en la situación fisiológica en la que se aplica. La idea de sustancias "buenas" pertenece al lenguaje de las pociones, no al de la fisiología.

Junto a estas "pociones" farmacológicas aparece otro fenómeno con tintes igualmente enigmáticos: el efecto placebo. En términos generales, se denomina así a la mejoría clínica que se produce tras una intervención sin principio activo farmacológico. El cambio no proviene de la sustancia administrada, sino del hecho de que el paciente cree estar recibiendo un tratamiento.

Lo notable es que esta mejoría no es meramente subjetiva. El placebo puede producir cambios fisiológicos medibles en variables como la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la temperatura corporal o la actividad inmunológica.

Sin embargo, el fenómeno plantea una pregunta incómoda: si una intervención sin principio activo puede generar cambios fisiológicos medibles, ¿qué mecanismos permiten que eso ocurra?

Una posible respuesta es que el placebo revela la capacidad del organismo de reorganizar su funcionamiento cuando interpreta que está recibiendo ayuda. En otras palabras, el cuerpo no responde únicamente a estímulos químicos o físicos, sino también a significados.

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 cuando interpreta que recibe ayuda. No es el objeto lo que sana, sino el ritual que le da sentido[50]. 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: los alostáticos.

Desde esta perspectiva, el efecto placebo puede entenderse como una forma de alostasis simbólicamente mediada. Es decir, una

[50] Claude Lévi-Strauss observó algo muy similar al analizar los rituales de curación chamánicos: el poder terapéutico no reside en la sustancia utilizada, sino en la reorganización simbólica que el ritual produce en el paciente. Cuando esa reorganización ocurre, el cuerpo responde.

reorganización activa del organismo provocada por señales que no son químicas ni físicas, sino semánticas.

A pesar de reconocer su existencia, la medicina académica tiende a situar el placebo en un lugar marginal dentro de su marco conceptual. Su función principal no es terapéutica, sino metodológica: opera como control experimental destinado a aislar los efectos atribuibles a un principio activo considerado "real". En ese contexto, el placebo no se estudia tanto por lo que revela sobre el organismo como por su utilidad para aislar otras variables.

El efecto placebo evidencia un aspecto de la fisiología humana difícil de integrar en un modelo terapéutico basado principalmente en intervenciones químicas estandarizadas.

La existencia del efecto placebo debería llevarnos a algunas conclusiones simples pero importantes. Primero, que el cuerpo tiene capacidad de autocuración. Segundo, que esta capacidad puede activarse bajo ciertas condiciones simbólicas. Y tercero, la farmacología se diseñó para actuar independientemente de esa dimensión simbólica. Esto no es casual: los efectos químicos pueden estandarizarse y reproducirse con facilidad, mientras que las condiciones simbólicas que activan la autorregulación del organismo resultan mucho más difíciles de protocolizar.

Si el organismo puede modificar su funcionamiento en respuesta al significado de una intervención, entonces el contexto terapéutico deja de ser un detalle accesorio y se convierte en un elemento fisiológicamente relevante.

La osteopatía constituye un ejemplo interesante. En muchos casos, pacientes que no han encontrado alivio mediante tratamientos convencionales experimentan mejorías significativas tras una intervención osteopática. Algunos críticos presentan esta situación 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 de 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[51] y la afinación somática, la intervención busca restablecer un orden interno, no imponerlo. La mejoría no surge de la intervención directa sobre el síntoma, sino del modo en que el cuerpo recupera el control de su propio equilibrio.

Al explicar esos resultados como un 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 difícil de explicar en un lenguaje que lo neutraliza. Así se evita la pregunta clave: ¿por qué una práctica como la osteopatía, sin apelar a principios activos ni a intervenciones invasivas, puede lograr esos efectos? ¿Y por qué no se investiga más esa diferencia?

Antes de terminar, quisiera mencionar las cinco objeciones científicas más habituales al concepto de placebo.

Objeción 1: "Muchos efectos placebo son regresión a la media".

Una enunciación un poco más detallada podría ser: parte de lo que se denomina efecto placebo puede explicarse por fenómenos estadísticos como la regresión a la media: los pacientes suelen consultar cuando los síntomas están en su punto más alto y, con o sin intervención, muchos procesos tienden naturalmente a mejorar.

Este punto es interesante porque, sin quererlo, refuerza un poco mi tesis. 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.

Objeción 2: "El placebo sólo funciona en síntomas subjetivos".

Estoy muy de acuerdo. El efecto placebo no es universal ni omnipotente. Su influencia parece concentrarse especialmente en sistemas fisiológicos regulados por el cerebro y el sistema nervioso autónomo —como el dolor, el estrés o ciertas respuestas inmunológicas—

[51] Si, la paradójica idea resignificación del concepto de eficacia simbólica de Lévi-Strauss son intencionales. "La eficacia simbólica consiste en esta propiedad inductora que poseen ciertas representaciones para reorganizar, a través de un proceso orgánico, el funcionamiento del organismo" (Levy-Strauss, 1963). Lévi-Strauss describió el fenómeno en contextos rituales; la fisiología contemporánea empieza a reconocer que algo similar puede ocurrir en la práctica clínica.

—, y no reemplaza intervenciones dirigidas a procesos patológicos específicos, como infecciones o tumores.

También esta objeción viene a reforzar un poco mis argumentos (no exactamente los del presente capítulo, sino los del capítulo 2), al aceptar la existencia de síntomas subjetivos. Con respecto a que no es útil para todas las condiciones, estoy de acuerdo. No conozco ninguna terapéutica ni sustancia que sirva para todo.

Objeción 3: "El placebo es básicamente un fenómeno neurobiológico".

También con esta objeción estoy de acuerdo. Investigaciones en neurobiología han mostrado que las respuestas placebo no son meras sugestiones psicológicas: involucran sistemas fisiológicos bien identificados, como la liberación de endorfinas, la activación dopaminérgica o la modulación del eje del estrés.

Y eso es justamente lo que estoy diciendo: el placebo no revela una ilusión, sino una vía fisiológica por la cual el significado puede influir en la regulación corporal.

Objeción 4: "El placebo depende mucho del contexto".

Exacto. Numerosos estudios muestran que la magnitud del efecto placebo depende fuertemente del contexto terapéutico: la confianza en el terapeuta, la ritualidad del tratamiento, el entorno clínico y las expectativas del paciente.

Eso también está muy cercano a lo que estoy diciendo: que la fisiología humana no responde únicamente a estímulos químicos, sino también a configuraciones simbólicas del entorno.

Objeción 5: "Placebo no significa que la terapia funcione"

¿Qué significa esta objeción? Que, desde el punto de vista de la investigación clínica, atribuir un resultado al placebo implica que no se ha identificado un mecanismo específico independiente del contexto terapéutico.

Eso es cierto. Sin embargo, desde el punto de vista fisiológico, la pregunta relevante no es si el contexto influye, sino cómo lo hace. Y justamente lo que propongo es que comprender cómo las condiciones simbólicas activan mecanismos de regulación corporal podría ampliar nuestro entendimiento de la terapéutica.

Resumiendo: 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 no tiene explicación etiológica de las patologías idiopáticas, que las etiologías no biológicas quedan fuera de su campo de acción y que las sanaciones mediante métodos no farmacéuticos son desestimadas.

Lo que no se puede formalizar tiende, cada vez más, a quedar 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 sentido común actual sobre temas de salud, lejos de ser una expresión racional, lógica, reduccionista y científica —como suele proclamarse—, funciona, en lo cotidiano, según entendimientos que conservan rasgos propios del pensamiento mágico[52]. 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. El abordaje dominante privilegia la intervención técnica por encima de la comprensión integral de los procesos corporales. 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.

Lejos de producir comprensión, el empirismo ingenuo construye un mundo opaco, donde los fenómenos simplemente

[52] O bien, como preferirían Horkheimer y Adorno, que la ciencia y el reduccionismo conservan enclavados de sentido que son más mágicos que racionalistas.

"ocurren" sin explicación. Este mundo no es racional, sino mágico: los efectos aparecen sin causas inteligibles y las intervenciones funcionan como rituales técnicos. El fármaco disminuye un valor, la máquina corrige un parámetro, pero nadie puede decir por qué. Así, el lenguaje científico deja de ser explicativo y se vuelve tranquilizador. No elimina el pensamiento mágico: lo reintroduce bajo forma tecnificada.

El síntoma no se rastrea hasta su origen etiológico, sino que se interpreta como un efecto aislado. 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.

Se supone que el ser humano contemporáneo posee conocimientos científicos, rigurosos y objetivos. Sin embargo, la inteligencia colectiva sobre la salud revela 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 desequilibrio 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 más centrada en la singularidad fisiológica exigiría condiciones institucionales y temporales que hoy resultan difíciles de sostener.

Desde esta perspectiva, el pensamiento mágico contemporáneo no es un error del sistema, sino uno de sus engranajes. Como sugeriría Žižek, la racionalidad moderna necesita de estos rituales para sostener su promesa de control absoluto. Allí donde la ciencia no puede ofrecer comprensión, ofrece procedimientos; donde no hay causalidad clara, hay protocolo; donde hay angustia, hay prescripción. El mito no fue derrotado sino optimizado.

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 propone una forma particular de racionalidad clínica que prioriza la interpretación funcional y la relación corporal directa.

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, sino 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?

7 La botización de la clínica

La racionalidad instrumental produce sujetos que ejecutan órdenes sin comprenderlas. La botización no es solo tecnológica, sino también mental: es la reproducción automática de gestos, decisiones y protocolos desprovistos de reflexión.

Este capítulo interroga esa tendencia a delegar por completo la responsabilidad en protocolos externos y propone recuperar algo que no puede tercerizarse: la participación activa del sujeto en su propio proceso de salud.

Introducción

Al observar que la concepción de la salud moderna conserva ciertas estructuras de carácter místico, surge una pregunta: ¿cómo puede sostenerse esto si la medicina se proclama científica? La respuesta es que la medicina ha quedado subordinada a una lógica industrial, que ha subordinado el razonamiento clínico a algoritmos comerciales. La razón instrumental reduce la verdad a eficacia; el empirismo ingenuo reduce el pensamiento a constatación. Juntas producen una clínica que funciona con una comprensión fragmentaria.

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 mejoras potenciales 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. Cuando un médico le dice a un paciente que no tiene nada, en realidad, no es que no tenga enfermedad; lo que no tiene es un diagnóstico diferencial: 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 únicamente en los tejidos, sino también en las relaciones, las emociones y 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 radica en haber elaborado un modelo conceptual claro, basado 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 cada 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 mera 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 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 su práctica de humanidad. 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 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 interpretar resultados de laboratorio y resonancias magnéticas, pero 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 de la formación médica. Hoy, dice, se forman especialistas en el 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 también 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 de los médicos en la práctica médica actual, describiéndolos como simples intermediarios entre la ciencia médica y el paciente. En la práctica actual, el médico a menudo se limita a emitir 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 también de la totalidad del paciente en su contexto social. Esto implica un enfoque holístico, en el que el médico considera todos los aspectos de la vida del paciente y no solo los síntomas físicos.

Pero la propuesta de Cassell no se limita a incorporar la perspectiva del sufrimiento para ampliar el dominio de la medicina actual. Cassell asegura que la excesiva atención a los 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, lo que hace que la medicina pierda adeptos.

Cassell no propone reemplazar la ciencia por el humanismo, sino unirlos. Cree en una medicina capaz de sostener a la persona en su integridad, no solo como un cuerpo enfermo, sino también como un ser que sufre. Y para lograrlo, pide reformar cómo enseñamos, cómo miramos y cómo actuamos.

Una medicina así, capaz de tratar el sufrimiento, sería más realista, más humana y seguramente más efectiva.

Fredrik Svenaeus y el concepto ampliado de enfermedad

Fredrik Svenaeus propone una crítica moral y existencial a la medicina moderna, basada en la recuperación del valor del encuentro médico-paciente y en la 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 sujeto. Este cambio, promovido por el modelo biomédico, deshumaniza la relación médico-paciente. La reducción de

la enfermedad a términos biológicos simples y la minimización de la experiencia del paciente son, para Svenaeus, grandes errores. El encuentro clínico debe verse 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), lo cual 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 entender la enfermedad 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 también una crisis de sentido.

Para Svenaeus, la enfermedad no puede entenderse por completo sin considerar la experiencia 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 también a la totalidad del ser de la persona, y que el tratamiento debe reflejar esta comprensión holística.

Esta perspectiva también cambia 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 afectivas, simbólicas y existenciales, 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: sostiene 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, reorientar la clínica; Svenaeus, 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 malinterpretado, 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 ni a 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 de 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 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 concibe la salud como equilibrio, pero ignora que ese equilibrio no es pasivo, sino que es mantenido activamente por el cuerpo mediante 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 también permite comprender fenómenos que el paradigma homeostático no puede explicar.

El concepto de predicción es central en la alostasis y lo 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 en 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, gracias a ella se entiende que la iatrogenia no es una excepción desafortunada, sino una consecuencia inevitable de un enfoque fragmentario y reduccionista. En segundo lugar, propone que 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 seguirán 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 conduce 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 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 conduce 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 también se refuerzan mutuamente anulan las diversas retroalimentaciones que se oponen al cambio. Al reconocer tal fluctuación, algunos autores han propuesto modificar los puntos de ajuste denominados *reostasis* (Mrosovsky, 1990). Los puntos de ajuste pueden parecer describir ciertos casos, por ejemplo, la 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 el alcance y el enfoque. Sterling propone un cambio de paradigma con la introducción de la alostasis. 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 que 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 afirma que la medicina provoca más perjuicios que beneficios (algo que ninguno de los otros autores que hemos mencionado 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 iatrogenia[53], 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 consiste en el daño directo a los pacientes derivado de tratamientos ineficaces o inseguros. Es decir, enfermedades causadas 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 agravarse al combinarse. 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 debe 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

[53] 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.

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 atribuirse 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 heterónoma[54]. Justifica esta postura mediante argumentos fisiológicos (como cuando explica que la medicación para la presión arterial 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*: la infiltración de la autoridad médica en todas las facetas de la vida de las personas. Esta 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 en el que 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.

Los sentimientos de estrés y ansiedad, que pueden ser respuestas naturales a las dificultades de la vida cotidiana, se ven cada vez más medicalizados. Por ejemplo, el estrés laboral, que podría ser una señal de problemas en el ambiente de trabajo, se trata con medicamentos en lugar de abordar sus causas subyacentes.

El comportamiento de los niños, como la hiperactividad o la

[54] Heterónomo es lo contrario de autónomo.

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, el 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, a menudo se tratan como afecciones médicas que requieren intervención. El envejecimiento, un proceso natural, es cada vez más visto como un conjunto de problemas médicos que requieren tratamiento mediante intervenciones terapéuticas y cosméticas.

Algunos comportamientos antisociales o criminales se interpretan como problemas de salud mental, lo que conduce a 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 maneras. Condiciones como el dolor crónico y los trastornos del sueño pueden ser síntomas de problemas de estilo de vida, como la falta de ejercicio, la mala alimentación o el estrés. Sin embargo, a menudo se tratan exclusivamente con medicamentos. Los trastornos alimentarios, como la obesidad y la anorexia, se tratan médicamente sin considerar plenamente 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 asegurar su monopolio.

La medicina ha creado otra ilusión según la cual solo la medicina puede controlar la salud y 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 la industria farmacéutica.

Entre otras cosas, las personas pierden el poder de 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 a sí mismo". (Illich, 1976). Vale decir, cuando en el prospecto dice "ante cualquier duda, consulte a su médico", lo que quiere 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 de que puede resultar 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 ni 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 a partir de los primeros síntomas, saber que no puede interrumpir un tratamiento con antibióticos, que los antibióticos pueden alterar el efecto de los anticonceptivos y que el jugo de pomelo puede agravar los efectos secundarios de los medicamentos para el colesterol. La mayoría de las personas sabe más sobre cómo funciona su teléfono celular o su coche que sobre cómo funciona su cuerpo. Si aprendiéramos eso, habría menos diabetes, menos obesidad, menos adicciones, menos Alzheimer, menos trastornos cardiovasculares y los antibióticos no perderían eficacia.

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 de ellos sin ir al médico. La invasión farmacéutica denunciada por Illich en los años setenta recién empezaba.

La tercera forma de iatrogenia analizada en *Némesis Médica* es

la iatrogenia cultural, es decir, la destrucción de las formas tradicionales de afrontar y de 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 en 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. Para Illich, recuperar la salud 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 delegarla en 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 sobre 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 evitar que los tratamientos se limiten 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 la experiencia subjetiva y el 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 en la práctica médica, pero se mantiene dentro del paradigma biomédico. Sterling plantea una crítica más profunda: 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 en los protocolos.

Las de Cassell son, en esencia, educativas; proponen mejoras en la educación médica para que el profesional asuma un papel activo de intermediario entre la ciencia y el paciente.

Las de Svenaeus son de orden ético; proponen que los médicos adopten una nueva conciencia sobre el 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 también integrara 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 su 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 un 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, también critica 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 también a la idea misma de una salud entendida como equilibrio estático.

Lo cierto es que no existen enfermedades puramente fisiológicas ni puramente psicológicas. Todo fenómeno de salud o de enfermedad es psicosomático. Incluso las enfermedades infecciosas, como la hepatitis, tienen repercusiones emocionales y conductuales

que, a su vez, refuerzan el cuadro físico. Y a la inversa, las enfermedades que suelen clasificarse como "emocionales" también se manifiestan con alteraciones fisiológicas objetivas. El cuerpo y la mente no son entidades separadas: forman un continuo funcional que no puede escindirse.

Afirmar que toda patología responde a una etiología emocional sería una extrapolación temeraria. Sin embargo, una enfermedad es una serie de mecanismos autónomos que ponen al cuerpo en un modo de funcionamiento no ordinario. Por otra parte, una emoción es una serie de mecanismos autónomos que ponen al cuerpo en un modo de funcionamiento no ordinario. No son lo mismo, ni surgen de los mismos sistemas de clasificación ni de las mismas tradiciones de investigación, pero el solapamiento entre ambos campos es inmenso, y esa intersección constituye un terreno clínicamente fértil que ninguna concepción rigurosa de la salud puede darse el lujo de ignorar.

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 manera 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 en el que cada parte solo cobra sentido dentro del conjunto. El osteópata no solo trata la disfunción, sino que interpreta su significado en el contexto de la totalidad viviente de la persona. Este principio, traducido a la práctica, es una invitación a superar el reduccionismo y la especialización, y a 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 ser el centro de la atención, desplazando al paciente al 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 suele considerarse un criterio 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 su realidad 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 de 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 se concibe 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 la 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 los conocimientos técnicos: hacen falta empatía, comunicación y disposición para comprender.

Fredrik Svenaeus complementa esta crítica al denunciar 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 ni de

constantes vitales: es un ser que habita un mundo y 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, considerarla como una entidad independiente y categorizarla según tablas estadísticas resulta inoperante. La propuesta es hacer que la medicina convencional sea más idiográfica. En la osteopatía, esta tendencia se refleja en el principio de tratar al paciente y no a 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 de que se busca entender la fisiología particular de este paciente y no buscar una correspondencia en el 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 identificar 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 ejecutor de protocolos preestablecidos, lo que limita su capacidad de juicio clínico y lo aleja 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 a costa de transformar al médico en un técnico que aplica algoritmos sobre cuerpos más que en 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", lo que anula 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 una 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 del 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, todos estos autores advierten que excluir el juicio clínico, la intuición experta y la comprensión situada no solo es un error, sino también una amenaza estructural para el 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.

Permítanme presentar una cita extensa que, con un lenguaje mucho más técnico, resume muchas de las ideas propuestas en El Camino del Osteópata:

"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 de la evidencia.

Las normas relativas a la evidencia incluyen, a su vez, tres aspectos: 1) determinar si los resultados del estudio son válidos, es decir, evaluar la calidad científica del artículo; 2) valorar la magnitud de los resultados, es decir, determinar si son clínicamente relevantes; y 3) evaluar su aplicación a nuestro problema, es decir, 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, derivados de una práctica médica basada en la epidemiología.

La MBE aporta indiscutibles ventajas a la práctica médica, destacando la importancia de los datos y de su procesamiento estadístico. Sin embargo, este nuevo paradigma no debería excluir la histórica actitud hipotético-deductiva." (Salinas Casado y Vírseda Chamorro, 1999).

En su versión más extrema, la medicina basada en la evidencia propone aplicar lo que se ve que funciona, no pensar lo que se comprende. El juicio clínico queda subordinado al protocolo; la interpretación, a la guía; la fisiología, a la estadística. El médico deja de ser un sujeto que razona y se convierte en un ejecutor de decisiones previamente validadas. Esta delegación del pensamiento no es una consecuencia accidental, sino un efecto lógico del empirismo ingenuo: si solo vale lo observado, pensar resulta superfluo.

La medicina no necesita más algoritmos. Necesita más pensamiento clínico. Y eso implica médicos que escuchen y recuperen su lugar en el arte de sanar.

El problema es que la tecnocracia no necesita expulsar el discurso humanista: puede convivir con él, incluso exhibirlo. Žižek diría que el sistema aprende a revestirse de empatía sin ceder su núcleo de control. Así, mientras se multiplican los congresos sobre "medicina centrada en la persona", la práctica cotidiana se vuelve más protocolizada; mientras se habla de "escucha", se cronometra la consulta; mientras se predica "humanización", se premia la adhesión a guías y se penaliza la desviación. El lenguaje de lo humano se limita a una decoración ética de un dispositivo que sigue orientado a estandarizar, codificar y automatizar.

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 limitarse a 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 aún más lejos. 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 evolutivos diseñados durante millones de años. 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 aun así 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 también restituye algo fundamental: el sentido del síntoma como expresión del cuerpo y no como un 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.

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 ni 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 los síntomas y no las causas. Ambos proponen reenfocar la medicina en los mecanismos adaptativos del organismo, evitando intervenciones que perpetúan la enfermedad en lugar de resolverla.

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 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 en la 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 mediante 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 de 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 lamentos o indignaciones meramente catárticas. 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.

Žižek agrega una observación que aquí viene al caso: los sistemas no suelen sostenerse por falta de crítica, sino por su capacidad para absorberla. La crítica se integra como actualización, como protocolo de "mejores prácticas", como lenguaje de calidad, como curso de empatía, como módulo de comunicación. Se admite el reproche —"sí, estamos deshumanizados", "sí, nos falta holismo", "sí, medicalizamos demasiado"—, pero se lo traduce en indicadores, en capacitaciones y en eslóganes, sin alterar la maquinaria que produjo el problema. El sistema aprende a hablar el idioma de su objeción sin dejar de funcionar como siempre. Y esa es, justamente, la forma contemporánea de la estabilidad: una reforma permanente que evita el cambio real.

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 en su contexto: ¿ocupación?, ¿qué deportes practica?, ¿tuvo alguna cirugía previa o algún accidente?, ¿cómo es su organización postural cotidiana? Tal vez sea tenista amateur y necesite mejorar su técnica de revés; quizás trabaje 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 sufra restricciones por una cirugía renal previa que aún no ha sido compensada funcionalmente.

¿Qué ventaja tendría hacer todo ese trabajo? En principio, entender por qué se produjo permite a Lucas implementar ciertas acciones o evitar otras, para que la tendinosis no se repita. Eso sería mejorar el proceso clínico con un enfoque etiológico en lugar de meramente nomotrópico.

Pero se puede afinar el proceso un nivel más, omitiendo el diagnóstico diferencial y abordando directamente por qué este paciente presenta esos dolores. Lo planteo como una mejora porque entiendo que el diagnóstico diferencial es una digitalización y, en tanto tal, pierde detalles. Toda digitalización (sea binaria, polarizada,

unidimensional o rasterizada) es una representación simplificada de la realidad. No todos los síndromes de tendinosis del supraespinoso presentan las mismas características. Puede haber daño menor y mayor en el tendón (es decir, no es una cuestión binaria); puede haber casos en los que otras estructuras anatómicas se ven comprometidas por compensación o contigüidad (es decir, no es unidimensional); hay casos en los que distintas estructuras se ven afectadas en distintos grados 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, aplana diferencias y homogeneiza casos. Esto no es intrínsecamente malo: el objetivo del diagnóstico diferencial es justamente aplanar diferencias y homogeneizar casos.

Buscando entender de dónde provienen los dolores, se podría mejorar el proceso clínico con un enfoque analógico en lugar de uno meramente digital. En ese caso se podría establecer un tratamiento personalizado para el paciente en vez de uno prêt-à-porter. Esto es lo que llamamos interpretación idiográfica, 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 implica 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 se guía por el principio de que el cuerpo es una unidad.

¿Podríamos afinar un poco más el método? 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 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 se debe a un cambio en la situación externa a la que el cuerpo no pudo o no terminó de adaptarse. Descubrir esa coyuntura permite, o bien mejorar

la situación externa, o bien, si eso no es posible, facilitar un proceso saludable de adaptación. Eso sería mejorar el proceso clínico con un enfoque alostático[55] en lugar de homeostático. En osteopatía, esto se basa en el principio de que el cuerpo tiene la capacidad de autocurarse.

Y ese último paso nos abre la puerta a un refinamiento más. Ante una lesión, el cuerpo se repara. Para repararse, envía, mediante la sangre, operarios (fibroblastos, por ejemplo) y la materia prima necesaria 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 de los impulsos neurales. En osteopatía, esto se conoce como la ley de la arteria (aunque también se aplica a arterias, venas, nervios y linfa).

A nuestro juicio, esta idea (la famosa ley de la arteria) requiere cierta revisión, porque la cuestión no es tan simple como encontrar qué caño está obstruido. 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 que los nutrientes no llegan a destino por razones distintas a un simple conducto obstruido (por ejemplo, un exceso de automedicación).

Hasta ahí, los cambios en la práctica médica propuestos por esos autores. Pasamos de etiquetar la patología y prescribir el tratamiento correspondiente a buscar las causas (para entender y 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 etiotrópico, idiográfico, holístico, alostático y cibernético. Cada uno de estos pasos representa un refinamiento de la clínica. Juntos, componen

[55] 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 transmitir en estos párrafos.

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, a reducir los procesos complejos y a favorecer la automatización. Como señalaron Adorno y Horkheimer (1947) o Fritjof Capra (2014), este paradigma trasciende 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 fue consolidado por el informe Flexner a comienzos del siglo XX y 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 propone reemplazar la homeostasis por la alostasis y Nesse distingue entre síntomas que son fallas y síntomas

que son defensas. Iván 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. Pero que esas críticas existan no significa que produzcan por sí solas un cambio de paradigma. Aquí conviene recordar lo que Žižek subraya una y otra vez: un sistema puede incorporar la crítica como parte de su normalidad, como si la objeción fuera un componente más del funcionamiento. La crítica se vuelve un capítulo obligado, una sección de "limitaciones", un gesto ritual de autoconciencia institucional. Se la admite para que no tenga consecuencias. Por eso no alcanza con "sumar críticas" al modelo biomédico: si la lógica instrumental permanece intacta, las críticas se acomodan dentro de ella como un accesorio moral, no como una reorganización epistemológica.

Pero notemos una curiosidad: todas esas dimensiones críticas 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 cuerpo-mente. 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 aquí expuestas.

La medicina convencional debería aprender un poco de la osteopatía e incorporar algunos de sus principios. Sin embargo, esto

implicaría abandonar el modelo biomédico, lo cual resulta 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 por simple disonancia cognitiva, y son capaces de intentar desvirtuar cada uno de los principios de la osteopatía, aunque tengan que renegar de 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 Illich, que la medicina no puede cambiarse desde dentro y que la aceptación del modelo biomédico la lleva justamente hacia el extremo opuesto al que proponemos. Decir que "no puede cambiarse desde dentro" no es acusar a los médicos ni negar avances reales; es señalar una dificultad estructural. Žižek ayuda a formularla con precisión: cuando un sistema está organizado en torno a la eficiencia, la codificación y la escalabilidad, tiende a traducir toda reforma al lenguaje que ya domina. La crítica se vuelve protocolo. El cambio interno suele quedar reducido a reacomodos que mejoran la gestión sin tocar la lógica que gobierna la clínica. Por eso la alternativa no es que haya "más crítica" dentro del mismo dispositivo, sino la existencia de otra racionalidad clínica que no esté obligada, desde su nacimiento, a funcionar como tecnología de administración.

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 ocasiones puede resultar 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 para no caer en un empirismo ingenuo. No se trata de prohibir el uso de medicamentos, 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 las enfermedades, sino el modo en que pensamos la salud. Y esa concepción, cuando se instala, no solo dirige la clínica, sino que también orienta la conducta, organiza los sistemas de atención, condiciona la educación y modifica la cultura.

La medicina convencional está guiada por estadísticas, mientras que la osteopatía está guiada por conexión. Cuando esas características se exceden, 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 presenta este problema. Las ventajas de la objetividad hacen que se pierda la personalización. Las bases de las 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.

Ese mecanismo es casi de manual. Žižek describiría esta escena como la manera moderna de conservar el poder: no negando la crítica, sino representándola. Se adoptan sus palabras, se celebra su intención, se la convierte en narrativa institucional, y al mismo tiempo se mantienen intactas las condiciones que la vuelven necesaria. “Holístico”, “integrativo”, “humanizado” y “centrado en el paciente” pueden pasar a ser etiquetas que tranquilizan conciencias sin alterar las prácticas. El sistema se apropia de palabras como "holístico" para vaciarlas de sentido. Se muestra sensible para no volverse vulnerable. Y quienes quieren salirse del molde, muchas veces, caen en la trampa de parecerse a lo que critican. Cuando empiezan a hacerse oír, también reciben críticas y, en su afán por ser aceptados, terminan copiando las ideas y los 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 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 investigar los orígenes de nuestra forma de pensar, para promover un manejo autónomo del cuerpo y desterrar cualquier automatismo, sobre todo 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.

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 también una respuesta filosófica y clínica ante 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

Si la Ilustración traicionó su promesa emancipadora convirtiéndose en herramienta de dominación, resta pensar una nueva forma de razón: una razón sensible, situada, capaz de escuchar.

Este capítulo retoma el impulso crítico de Adorno y Horkheimer y lo enlaza con la propuesta de Sterling: devolver a la razón su dimensión comprensiva, narrativa y relacional. La osteopatía aparece aquí no como técnica, sino como epistemología alternativa: una forma de pensar que reintegra cuerpo, historia y sentido.

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 en torno a 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 contar con 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, tras afirmar 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, resultado de la fusión de varias células. Hulett parte de esta imagen para afirmar que los seres vivos son conjuntos de células que presentan más que la mera conjunción, es decir, que no son simplemente un conjunto de células agrupadas, sino que poseen algún tipo de comunión citoplasmática, hasta el punto de funcionar 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 tomarse 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 sitúa a la osteopatía como una práctica holística, a diferencia de otras prácticas reduccionistas.

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 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 menciona la arteria en el título del capítulo, pero está claro que describe el mecanismo propuesto por Still. El hecho de que luego se haya popularizado con la expresión "la ley de la arteria es absoluta", que es una enunciación algo equívoca respecto de las demás (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 y Varela, con el medio interno como regulador entre el ser vivo y el ambiente, y con los dos extremos que deben mantenerse: identidad y unidad. Podría pensarse que Hulett adopta esta idea de Maturana y Varela, salvo 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 dedicó un capítulo completo a cada uno. Posteriormente, estos principios se simplificaron y se expresaron en frases concisas que se han conservado 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 el externo.

- El cuerpo humano es similar a una máquina, pero es mucho más que una máquina; es una máquina autosuficiente.

Esa lista ya es 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 originales 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, alude a la importancia de la circulación sanguínea y nerviosa para el mantenimiento de la salud. No obstante, en su forma simplificada, queda formulada de manera poco clara, al nombrar una ley de la arteria que acaso esté explicada en otro lugar.
- **El cuerpo tiene capacidad de autocuración**: La idea de la autosuficiencia del cuerpo se restringe a la capacidad de autocuración. Si bien es cierto que el término 'autosuficiencia' no resulta lo suficientemente claro por sí solo, reemplazarlo por "autocuración" deja fuera un montón de propiedades del organismo que sería necesario tener en cuenta.

Esa es la lista que circuló durante muchos años, con variaciones mayores o menores. Como no existía un dogma oficial, cada

institución y cada osteópata tenían 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 menciona de pasada una idea que merece un principio *ad hoc*; entonces confecciono mi propia lista.

Guy Hulett desempeñó 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, constituyen 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 sobre 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, tras leer la explicación de Hulett, resulta 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 ante una visión limitada. Las características que le confieren autonomía al cuerpo implican más que la autocuración y la autorregulación. En Hulett, el cuerpo es una máquina autosuficiente: se autoalimenta, se autolubrica, se autoopera, 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 aporta 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 abordar 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 únicamente cuestiones musculoesqueléticas. 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 al paciente y no a la enfermedad" implica una *interpretación idiográfica*.

Importancia de los principios

Los principios de la osteopatía son, por necesidad, escuetos. Buscan expresar en pocas palabras la filosofía clínica que Andrew Taylor Still desarrolló a lo largo de años de práctica y de 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 de forma abstracta, sino para ser recordados y utilizados en el transcurso 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 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 ante 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 remoto, 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 lado, incorporar al diagnóstico y al tratamiento dimensiones que la medicina convencional todavía 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 abdominal, 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 ultraespecíficos: 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 aumenta el nivel de especialización, se dejan de observar algunas propiedades emergentes[56]. De hecho, solo puede justificarse 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" 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

[56] 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)

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 con 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 la función ni 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 problema con un toque o una manipulación? Claro que no. Habrá cosas que, para resolverse, necesiten cirugía, medicación o terapia psicológica, o que directamente no puedan resolverse.

Recuerdo el caso de un paciente que acudió 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 constituyen ni un código de principios éticos ni una definición de prácticas correctas. 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 autopoiético: 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 autopoiético*: 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 se está produciendo. 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 autopoiético.

Este principio ha sido objeto de críticas superficiales. Algunos detractores se burlan de la idea con una interpretación literal: "Si el cuerpo se autocurara, ¿para qué existen los médicos o los osteópatas?". 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 brindan 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, autorregulación, autoalimentación, autoprotección, autooptimización y autocreación. Cada uno de ellos puede ilustrarse 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 ni 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: la medicina puede atribuirse (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 la capacidad de autocurarse. 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 cierta, la mayoría de los casos tienen este desarrollo: alguien va por dolor de rodillas, el médico le da un antiinflamatorio y, con el 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, con el 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 por sí solo. Sin embargo, el paciente cree que se curó porque 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 (no los más graves sino los más habituales) atribuidos 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 de fallos intrínsecos de un órgano, sino de 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 la 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 consiste, entonces, en 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 que 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 comprender su función puede resultar 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 analgésica. Ese es claramente un tratamiento sintomático sin búsqueda causal. Pero ese escenario suele ocurrir cuando uno acude al servicio de urgencias en lugar de 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 u osteópata que diagnostica a partir de hallazgos en la resonancia comete un error fundamental: asume que la co-presencia es prueba de causalidad[57]. Pero la causalidad implica una transferencia de energía o de 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 a partir de la fisiología o de 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 presente cierta patología tras un resultado positivo en un estudio no puede deducirse mediante la estadística

[57] Sí, ya hablamos de esto y hasta ofrecimos su nombre en latín: *cum hoc ergo propter hoc*.

frecuentista.

Veamos esto un poco más en detalle. Supongamos un estudio diseñado para determinar si un paciente presenta una patología X. Este estudio tiene una especificidad del 95 % y una sensibilidad del 90 %. La especificidad es la probabilidad de que el test dé un resultado 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. Supongamos que X es una enfermedad que afecta al 1 % de la población. Tomamos a una persona al azar, realizamos el test y este resulta 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 positivos[58]. 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 9.900 no tendrán X. De las 100 que tienen X, el test arrojará 90 positivos y 10 negativos (estos 10 corresponden al 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 corresponden al 5% de falsos positivos propios de este test). Es decir, en total habrá 585 resultados positivos, pero solo 90 corresponden 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 es positivo, la probabilidad de que la persona tenga

[58] Este sería un razonamiento según una lógica frecuentista.

epilepsia es menor que el 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.

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 apodere del paciente, sino que la enfermedad es un estado en el que se encuentra la persona, y ese estado es el resultado de lo 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 casos. 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 cuadros previamente tipificados.

La osteopatía, en cambio, piensa de forma idiográfica. 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 integral 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 ante 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 impide abordar las condiciones idiopáticas. Por definición, lo idiopático queda fuera del dominio de la medicina.

Cuando un médico dice "usted no tiene nada", en realidad está diciendo: "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".[59] 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, aunque no tenga 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, aunque no 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 en 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 los principios clínicos.

[59] Por supuesto, algunos médicos pueden pensar que, si no está entre los conocimientos médicos, no existe. Como esos libreros a los que le pedimos un libro, no lo encuentran, y en lugar de decirnos que no lo tiene, nos dice que no existe.

No es habitual, pero tampoco es imposible. Desaprender la idea de intentar ponerle un nombre a la patología en vez de entender su funcionamiento es una tarea lenta y compleja. Yo mismo me sorprendo, todavía, quedándome satisfecho al encontrar un nombre de patología para lo que trae un paciente a la consulta. Pero ahí está el peligro: quedarse con la etiqueta y pasar por alto lo que en ese cuerpo no encaja del todo con la definición general. Porque cada cuerpo tiene su manera de enfermar y su modo de defenderse, y existe el riesgo de omitir aspectos relevantes que no se ajustan al cuadro clínico convencional, pero que forman parte de la fisiología específica del paciente. 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 blefaroespasmo? 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, inspeccionar 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.

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 con 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 no son afirmaciones aisladas: son corolarios inevitables de esta comprensión de lo vivo. Y, a la vez, constituyen una 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, de forma implícita o explícita, piden principios como estos.

La osteopatía no se presenta como un rival de la medicina, sino como una forma de pensamiento clínico que, desde la práctica, responde 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 vuelven a desmoronarse. 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

Este capítulo cierra el recorrido proponiendo una concepción de salud que ya no responde al mandato instrumental ni al control obsesivo, sino a una alianza con la inteligencia corporal. Un renacimiento de la salud. Una salud que no se impone desde afuera, sino que se cultiva desde dentro, en alianza con esa inteligencia silenciosa que el cuerpo ha sabido ejercer mucho antes de que intentáramos explicarlo.

Jorge versus la superempresa, 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 una rectificación cervical. ¿La osteopatía puede arreglarla?". 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 gigantesca que se jacta de aplicar los últimos descubrimientos científicos. Es la solución por defecto, por lo que cuenta con 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; al entrar, miran el coche durante 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, tendría 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 superempresa. 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 y prueba esto o aquello. Aprieta un tornillo aquí, agrega un poco de aceite por ahí, limpia este filtro. Te pregunta por las situaciones habituales de uso, dónde lo usaste, y 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 superempresa, 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 está en tu cabeza, 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 y te advierten que son de carácter tentativo. Alguno quizás funciona. Pero si ninguno de esos tratamientos da resultado, algunas personas intentan llamar 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 tiene millones de clientes, hay empresas que fabrican insumos y hacen acuerdos con la superempresa 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, ya que el aceite XR4 se supone que es bueno para el catalizador.

Existe un fenómeno que confunde. La superempresa 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 superempresa 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 mecánica científica de la superempresa? Eso ya no es tan fácil.

En primer lugar, la empresa puede atender 600 coches por semana, mientras que Jorge solo 6. En el barrio donde están Jorge y la superempresa, hay otros nueve mecánicos tradicionales como él. Si la superempresa quiebra y todos tienen que llevar el coche al mecánico tradicional, Jorge y los otros nueve podrán ver a 60 personas 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 superempresa resuelve en 10 minutos algo que a Jorge quizá le lleve dos semanas. En tercer lugar, por la misma razón, llevarle el coche a Jorge resulta más caro.

Entonces, no puedo asegurar que tal modelo de atención sea mejor que el otro. Si el gobierno encargara a una comisión promover uno u otro, lo ideal sería realizar un análisis macroeconómico exhaustivo de los costos y beneficios de ambos modelos, así como de la factibilidad de mantener solo uno de ellos o de la proporción ideal entre ejecutantes de cada uno.

Pero de lo que sí estoy seguro es de que, cuando se trata de *mi* coche, *mi* actitud debe ser similar a la de Jorge. No buscar el diagnóstico rápido ni 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 por favorecer el discurso publicitario y las promesas vacías, sin abordar las condiciones concretas en las 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 tecnocrática institucionalizada, que reduce la salud a una serie de valores de laboratorio y pretende resolver el malestar suprimiendo sus signos. Por otro lado, una corriente creciente de espiritualismos posmodernos, cuya epistemología sincrética reemplaza el análisis fisiológico por apelaciones difusas a la energía, al alma o al 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, se pierde 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 ante 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 resultado 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, sino que 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 hacer 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, y quizás diga cosas como "en los siglos 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 nivel de glucosa en sangre y le daban una pastilla para bajarlo. Le subía la histamina; se tomaba un antihistamínico. Cuando alguien tenía dolor, lo anulaban directamente."

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 ingerirse. 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 en 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 ante lo complejo.

La sexta idea a desaprender es más reciente y, por eso mismo, más difícil de reconocer: la creencia de que una idea carece de valor si no ha sido confirmada empíricamente de manera directa. Según esta lógica, toda hipótesis que no cuente con un estudio que la respalde debe ser descartada, incluso cuando se deduce rigurosamente a partir de premisas bien establecidas. Este hábito mental —que hemos llamado empirismo ingenuo— confunde verificación con razonamiento y reduce el pensamiento clínico a la repetición de lo ya medido. Sin embargo, en ciencia se piensa antes de medir: descalificar una hipótesis solo porque aún no ha sido comprobada experimentalmente no es prudencia científica, sino renuncia al pensamiento.

Estas premisas no son exclusivas del discurso médico hegemónico, sino también de quienes se dicen críticos de él.

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 a 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" y 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 y con el tiempo que necesita, que eleva una fiebre cuando algo lo invade o 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 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 por sí solo. Un cuerpo no necesita que lo reparen, sino que lo acompañen, porque el cuerpo no es un autómata, 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 mediante el 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 industria farmacéutica 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, intentar intervenirlos, pero no puede reemplazarlos sin costo. Y muchas veces el costo es alto: el cuerpo deja de hacer lo que sabía hacer porque una intervención externa asume 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 porque se crea continuamente 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 que, 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 o 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, proactiva. La homeostasis apaga incendios; la alostasis mantiene los extintores cargados, diseña salidas de emergencia y empieza a gritar si jugamos con fuego cerca del sofá.

Esto se refleja en la práctica médica a partir del informe Flexner. Un modelo reactivo se ocupa de curar enfermedades una vez 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, fallas, desgaste y 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 de cualquier otra máquina conocida, porque es una

máquina que se autorregula, se autorrepara, se autoalimenta, se autoopera, se autoprotege, se autooptimiza y 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 mera mejora del antiguo modelo homeostático, sino como un auténtico cambio de paradigma en la forma de entender qué 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 nuevos equilibrios 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 ante 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 de cuándo, de cómo, de cuánto, de por qué y, sobre todo, de 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.

Con base en esa idea, en contra de la medicina basada en la evidencia, propongo una "medicina basada en la lógica".

Esto no implica rechazar la evidencia empírica, sino restituirle su lugar en un razonamiento causal. La evidencia confirma; no reemplaza al pensamiento. La medicina basada en la evidencia, cuando se absolutiza, corre el riesgo de reducir la práctica clínica a la mera aplicación de resultados estadísticos, sin comprender los procesos que los generan. En cambio, una medicina basada en la lógica parte de la fisiología, reconstruye cadenas causales y utiliza la evidencia como confirmación, no como sustituto del pensamiento. En osteopatía, esta diferencia es estructural: no se trata de aplicar lo que “funciona en promedio”, sino de entender por qué este cuerpo responde como responde y cómo puede reorganizarse.

Lo que yo llamo “pensar desde la patología” es medicina basada en la evidencia. Lo que yo llamo “pensar desde la fisiología” es medicina basada en la lógica.

Esta dicotomía no es nueva. Durante los siglos XVII y XVIII, la filosofía europea estuvo atravesada por un enfrentamiento decisivo entre dos corrientes: el racionalismo y el empirismo. El primero —representado por figuras como René Descartes, Gottfried Wilhelm Leibniz y Baruch Spinoza— sostenía que el conocimiento requiere estructuras racionales previas, principios organizadores que no provienen de la experiencia sensible. El segundo —encarnado por John Locke, George Berkeley y, de modo emblemático, David Hume— afirmaba que todo saber viene, en última instancia, de la experiencia.

En pocas palabras: los racionalistas pensaban que era necesario pensar para entender lo que se experimenta. Los empiristas pensaban que aprendemos a pensar a partir de lo que experimentamos. Durante mucho tiempo, estas dos ideas parecieron irreconciliables. Pero entonces apareció Kant, quien sostuvo que ambas partes tenían algo de

razón. No hay experiencia sin estructuras que le den forma, y no hay pensamiento útil sin datos que lo alimenten. Como él mismo escribió: la experiencia sin ideas es ciega, y las ideas sin experiencia están vacías. El saber es un proceso dialéctico entre lo que el mundo nos da y lo que estamos preparados para recibir.

Desde el punto de vista académico, el problema está resuelto: ni el racionalismo puro ni el empirismo puro bastan por sí solos; se requiere una combinación de ambos. Pero esa fue una victoria teórica, no cultural.

El pensamiento colectivo rara vez opera desde marcos conceptuales elaborados; suele ser, más bien, mítico. Teorías aceptadas unánimemente en el ámbito académico —o incluso demostradas por la ciencia— no son las que efectivamente estructuran la comprensión cotidiana del mundo. Así, mientras los manuales de biología de cualquier escuela pública enseñan la evolución según Darwin (mutación aleatoria + selección natural), la mayoría de la gente sigue creyendo, más o menos, que las jirafas desarrollaron cuellos largos porque "lo necesitaban" (un pensamiento lamarckiano, predarwiniano)[60]. Lo mismo con las probabilidades: aunque en estadística aplicada se use lógica bayesiana desde hace décadas, en la práctica cotidiana todo el mundo razona como si las chances de ganar en el casino fueran "de uno en un millón" y no fluctuaran nunca según la información previa (o ni siquiera piensa en términos de probabilidades, sino de "mala racha").

En la filosofía del conocimiento ocurre algo similar. Aunque Kant haya logrado una síntesis entre racionalismo y empirismo, en la vida cotidiana reina una forma simple de empirismo. Creemos que los hechos hablan por sí mismos, que medir es lo mismo que entender, que observar basta para explicar. Esta forma degradada del empirismo —lo que aquí llamo empirismo ingenuo— no es científica, sino que reproduce la lógica del pensamiento mágico: confunde correlación con causalidad y eficacia con comprensión.

Desde este ángulo, el problema no está en usar evidencia, sino en convertirla en dogma. No es la medición lo que falla, sino la

[60] A estas nociones que ya fueron refutadas por montañas de estudios pero que de todos modos se niegan a morir, Paul Krugman las llama "ideas zombi".

obsesión por medir. Cuando la razón instrumental se impone, el cuerpo se convierte en una serie de variables que hay que ajustar. El síntoma deja de ser expresión de un proceso y pasa a ser un error a corregir. La clínica se transforma en una fábrica de soluciones técnicas.

No se trata de rechazar la evidencia, sino de devolverle su lugar: los datos son necesarios, pero no suficientes; orientan, pero no piensan. La tarea clínica comienza allí donde el hallazgo convoca a una hipótesis, donde la medición exige interpretación y donde el síntoma reclama una reconstrucción etiológica. Por eso, la alternativa no es una medicina sin evidencia, sino una medicina basada también en la lógica fisiológica: una práctica que no se limite a aplicar correlaciones poblacionales, que no confunda eficacia con explicación y que no sustituya el pensamiento clínico por el protocolo. Recuperar esta mediación es recuperar el pensamiento en la clínica; es volver a leer el cuerpo como un sistema vivo, dinámico y singular, y no como una suma de parámetros corregibles.

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 forma cotidiana de pensar la salud propone respuestas automáticas. Si hay fiebre, bajarla. 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 el problema del 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 identificar 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 ante 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 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 superempresa 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 forma de terapéutica: 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 forma de curar 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 constituyen una serie de consideraciones que guían la forma de pensar y 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" ni "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 también es 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 detrás que hay que resolver. El síntoma es una pista para identificar el problema principal.

8. Lo que se suprime regresa.

Lo que no se comprende, se repite. El cuerpo insiste hasta lograr ser escuchado. A veces, la repetición puede manifestarse como un síntoma nuevo.

9. Toda respuesta autónoma tiene un objetivo.

El cuerpo no reacciona porque sí. Cada activación persistente cumple una función de protección. Esa función suele surgir de una experiencia pasada que el cuerpo aprendió a evitar. Tenemos que comprender qué protege el síntoma.

10. 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.

11. Lo que inició un problema no siempre es lo que lo sostiene.

El cuerpo puede haber cambiado por una causa que ya no existe. A veces el origen pasó, pero la respuesta quedó. Sanar es aprender a soltar lo que ya no hace falta proteger.

12. Pensar la salud es pensar en procesos, no en cifras.

Un valor no es una causa. Un parámetro alterado es un signo, no una explicación. Las cifras orientan, pero el proceso decide.

13. La evidencia no sustituye a la explicación.

Que algo funcione no dice por qué funciona. Sin causalidad, el efecto es ciego. Comprender el proceso importa más que reproducir el resultado.

14. El cuerpo no es una caja negra.

No basta con observar entradas y salidas. Hay que reconstruir lo que ocurre entre la causa y el efecto. Sin modelo interno, no hay clínica, solo ensayo y error.

15. La fisiología explica; la patología describe.

Nombrar una enfermedad no explica un cuerpo. La fisiología permite entender cómo se llegó hasta ahí. Tratar sin fisiología es tratar sin historia.

16. 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.

17. El tratamiento debería ser una respuesta singular, no una receta genérica.

No se trata de saber qué pastilla, planta o ejercicio sirve 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.

18. Toda intervención debería respetar los procesos adaptativos en curso.

Si algo duele, late o arde, es porque intenta resolverse. No hay urgencia que justifique ignorar esa inteligencia. La intervención no debe interrumpir, sino acompañar.

19. 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.

20. 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 una verdad completa. No ofrece recursos ni consuelo ni comprensión. Reduce la vida a un protocolo sin cuerpo.

El renacimiento de la salud no debe interpretarse como un retorno nostálgico a formas de vida premodernas, ni como una negación del progreso científico o tecnológico. No propone volver a la naturaleza, ni rechazar los avances tecnológicos, ni romantizar el sufrimiento. Lo que propongo es recuperar dimensiones del cuerpo y de la enfermedad que han sido dejadas de lado, recordar que el cuerpo

no es una máquina susceptible de reparación externa, sino una entidad histórica, cuya configuración actual es el resultado de una trayectoria singular de experiencias, adaptaciones y regulaciones fisiológicas, y que, por tanto, 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 y el razonamiento. 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 misma 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 ya es un primer paso hacia la sanación.

Conclusión

Si uno quiere entender cómo cambian los sistemas —la medicina, por ejemplo— a veces conviene mirar algo aparentemente trivial. El café, digamos. La historia reciente del café en los Estados Unidos explica bastante bien cómo una práctica puede pasar de ser artesanal a científica y, finalmente, industrial.

En los años ochenta y noventa yo viajaba bastante a Estados Unidos. Y recuerdo algo con una claridad casi dolorosa: el café era horrible. No exagero. Era un líquido aguado, amargo y desganado que se servía en tazas enormes, como si la cantidad pudiera compensar la tristeza del contenido. Uno lo tomaba porque era lo que se tomaba por la mañana, del mismo modo que uno se pone zapatos: no por entusiasmo, sino porque parece que así debe ser.

Un día comenté esta desgracia en la oficina donde trabajaba. Y alguien —esos personajes providenciales que aparecen cuando uno está a punto de resignarse a la mediocridad— me dijo:

—Hay un lugarcito en tal calle. Andá.

Fui.

Era un café pequeño, manejado por unos griegos que tenían una máquina de espresso. Y el mundo, al menos por unos minutos, recuperó su forma correcta. El café era intenso, aromático, breve y preciso, como una frase bien dicha. Era café de verdad.

Claro que esos lugares eran raros. Había que buscarlos como se buscan las cosas valiosas: con paciencia, con curiosidad y con cierta desconfianza hacia lo que está demasiado a la vista.

Y entonces ocurrió algo interesante.

En los años noventa apareció Starbucks. Al principio era apenas un local más. Pero tenía algo importante: un café espresso relativamente bueno, preparado de forma consistente. Y empezó a multiplicarse. Lo que antes era una rareza —un café digno— empezó a volverse accesible.

Durante un tiempo, Starbucks resolvió un problema real del mundo. Como suele ocurrir con muchas innovaciones, la estandarización resolvió primero un problema real y luego empezó a generar otros nuevos.

Primero aparecieron las variaciones. Café con vainilla. Café con canela y coco caramelizado. Café con matcha, chocolate dubai y sedimento de lavanda. Con combinaciones cada vez más extravagantes. El café dejó de ser café para convertirse en una plataforma de sabores.

Luego apareció algo aún más curioso: el lenguaje.

En Starbucks los tamaños no se llaman chico, mediano y grande. Se llaman *tall, grande* y *venti*. Es una pequeña estrategia de marketing: si el tamaño más pequeño se llama "alto", todo parece grande. Es una idea ingeniosa, y también ligeramente perturbadora, porque introduce una especie de pequeño teatro lingüístico en algo tan simple como pedir café. Para algunos clientes eso transmite sofisticación. Para otros, transmite la sensación de que alguien, en algún lugar, cree que los consumidores somos un poco tontos.

Pero hay algo todavía más significativo. Starbucks estandariza todo. El mismo sabor. El mismo menú. El mismo vocabulario. El mismo vaso. Uno puede pedir exactamente el mismo café en Kanazawa, en Seattle o en El Calafate.

Eso tiene ventajas. Pero también tiene un efecto secundario: el café deja de ser una experiencia local y se convierte en un producto industrial.

Además, el sistema empieza a producir bebidas que prácticamente no pueden existir fuera de él. Uno puede preparar un espresso en su casa sin demasiada dificultad. Pero intente reproducir algo como un '*coconut toasted vanilla protein latte*' o un '*caramel ribbon crunch frappuccino*'. Eso exige una maquinaria, una logística y probablemente una filosofía entera.

Recuerdo una escena que me permitió comprender el alcance de esta transformación. Unos amigos de mi hijo —tendrían ocho años — vinieron a casa. Les pregunté si querían tomar algo. Y uno respondió, con la naturalidad con que se pide un vaso de agua:

—Un *mocha creme frappuccino*.

En ese momento entendí que el sistema no solo había cambiado el café. Había colonizado la forma de pensar.

Y lo curioso es que, después de todo ese recorrido, uno vuelve a hacer lo mismo que hacía al principio: buscar pequeños cafés escondidos donde alguien simplemente haga un buen espresso.

Ahora bien, ¿por qué contar esta historia en un libro sobre medicina?

Porque los sistemas suelen seguir trayectorias similares.

Primero está la etapa inicial: una práctica rudimentaria, excesiva, a veces brutal. En el café americano eso era el famoso "jugo de paraguas". En medicina fue lo que históricamente se llamó medicina heroica.

Luego aparece una revolución racional: el espresso bien hecho, o la medicina científica moderna. De pronto las cosas empiezan a tener sentido.

Pero después llega la tercera etapa: la industrialización. La estandarización. Los protocolos. Los productos diseñados para escalar. El equivalente médico de los frappuccinos.

Y en ese punto ocurre algo curioso. Algunas prácticas quedan fuera de la serie principal. No desaparecen, pero sobreviven en los márgenes: pequeños cafés familiares, bares de barrio, lugares donde alguien todavía prepara un espresso como si fuera un asunto serio.

Algo parecido ocurre con la osteopatía. En el gran relato de la medicina moderna —heroica, luego científica, luego industrializada— la osteopatía no encaja del todo. Funciona más bien como esos cafés artesanales que sobreviven en calles secundarias: discretos, un poco apartados del ruido principal, a veces ignorados por el sistema dominante, pero obstinadamente dedicados a hacer algo simple.

Y hacerlo bien.

Tal vez por eso ambas historias se parecen tanto: cuando una práctica pasa de ser artesanal a científica y, finalmente, a industrial, gana precisión y alcance, pero también corre el riesgo de olvidar la experiencia concreta que le dio origen.

Manifiesto

El hilo conductor de este libro ha sido una hipótesis relativamente sencilla, aunque no por ello trivial: que muchas de nuestras reacciones habituales frente al malestar o al dolor no proceden directamente de la fisiología ni de una medicina entendida como ejercicio puro de racionalidad científica. Proceden, más bien, de la forma histórica concreta en que ese saber médico se ha institucionalizado y organizado socialmente.

La medicina moderna no existe en el vacío. Su práctica se inscribe en un conjunto de instituciones —hospitales, sistemas de seguros, protocolos clínicos, métricas epidemiológicas, presupuestos públicos y regulaciones estatales— que determinan en gran medida cómo se produce, se difunde y se aplica el conocimiento médico.

En este marco, el conocimiento fisiológico —que constituye el núcleo científico de la medicina— se articula inevitablemente con dispositivos destinados a organizar la gestión del cuidado y del sufrimiento en poblaciones amplias.

Cuando un saber sobre el cuerpo entra en ese entramado institucional, deja de ser únicamente un sistema de explicación de los procesos biológicos. También se convierte en un dispositivo de administración del sufrimiento. En otras palabras, la práctica médica termina operando en dos niveles distintos al mismo tiempo: por un lado, intenta explicar procesos fisiológicos; por otro, administra las respuestas sociales a esos procesos.

Reconocer esta distinción no implica cuestionar el carácter científico de la medicina. Al contrario, permite situarla con mayor precisión dentro de las estructuras institucionales que condicionan su funcionamiento. Cuando estas dimensiones se confunden, se corre el riesgo de atribuir directamente al conocimiento científico prácticas o supuestos que, en realidad, pertenecen a decisiones institucionales, incentivos económicos o hábitos culturales sedimentados. Muchas concepciones corrientes sobre la enfermedad no derivan exclusivamente de la investigación fisiológica, sino del modo en que ese conocimiento se ha traducido en protocolos clínicos, estructuras administrativas y estrategias de marketing.

Distinguir entre el conocimiento fisiológico y su organización institucional permite entonces examinar con mayor claridad ciertas tensiones que atraviesan hoy a la medicina. También abre la

posibilidad de reconsiderar algunos de los supuestos que orientan nuestra manera de pensar la salud, el síntoma y la intervención terapéutica, situándolos dentro de la historia social de las instituciones que les han dado forma.

Para ilustrar esta separación entre el conocimiento fisiológico y las estrategias de intervención terapéutica, en los capítulos 4 y 5 analizamos algunas medicaciones y relacionamos las características fisiopatológicas de distintas condiciones con el mecanismo de acción de los fármacos que suelen prescribirse en esos casos. En ese análisis vimos que el efecto fisiológico de muchas medicaciones es más complejo —y a veces diferente— de la explicación habitual que circula sobre ellas.

Y también descubrimos otra cosa: el síntoma, que originalmente era parte de un proceso —algo que estaba pasando—, se transforma en una cosa. El primer paso es lingüístico. Le ponemos un nombre.

Y nombrar algo parece un gesto trivial, pero no lo es. Porque en el momento en que nombramos el fenómeno —migraña, gastritis, inflamación, dolor lumbar— ocurre una pequeña operación mental que casi nunca notamos: separamos ese episodio de la cadena de procesos que lo produjo. Lo que era un momento dentro de una historia corporal se convierte en una entidad. Algo delimitado. Algo que se puede señalar con el dedo. El síntoma se convierte, en otras palabras, en una cosa. Una cosa, señores.

Y una vez que se convierte en cosa, también se convierte automáticamente en objeto de intervención. Porque nuestra cultura tiene una relación bastante predecible con las cosas molestas: intenta eliminarlas lo más rápido posible. Las barre debajo de la alfombra, las tira por la ventana o, en el mejor de los casos, las silencia.

Sin embargo, desde el punto de vista fisiológico, el síntoma rara vez es un error. Es una estrategia del organismo. El cuerpo no produce fiebre, inflamación, náuseas o dolor por capricho: lo hace porque esas respuestas cumplen un papel dentro de su manera de protegerse, reorganizarse o adaptarse a una situación.

Claro que a veces no es fácil saber qué busca el cuerpo con el síntoma, porque el organismo no funciona sólo reaccionando. Funciona anticipando. Regula y reorganiza su funcionamiento en función de lo que espera que ocurra. Ese es el principio de alostasis. Muchas de las

respuestas que llamamos síntomas forman parte de ese intento de proteger la estabilidad futura del organismo.

La incomodidad asociada al síntoma (la molestia, la fatiga, el dolor) forma parte del mecanismo. Si un síntoma no molestara, nadie cambiaría nada: seguiríamos viviendo igual, tan campantes, hasta que el cuerpo se cansara de avisar.

El alivio farmacológico resulta seductor justamente porque no exige comprender el proceso ni transformar las condiciones que lo generaron. Simplemente silencia la señal. Es como ese amigo que no escucha el problema pero ofrece una copa. Funciona. Por un rato.

La propuesta que atraviesa este libro es modesta: antes de apagar la señal, preguntarnos qué está señalando[61].

Crítica de la razón instrumental

Claro que eso no es tan fácil como suena, porque choca con la estructura misma de nuestra sociedad. La forma en que pensamos la salud reproduce la forma en que organizamos casi todo lo demás. La racionalidad instrumental —orientada a la eficacia, la medición y la repetición controlada— fragmenta la realidad para administrarla. La ciencia médica, como cualquier ciencia, tiene que participar en ese juego: aislar variables, comparar casos y simplificar para transmitir conocimiento. No hay nada intrínsecamente malo en eso. Es parte del método científico.

La complicación surge cuando ese modo de pensar deja de ser una herramienta y se convierte en la única forma legítima de interpretar los fenómenos. Si sólo confiamos en lo que puede aislarse y repetirse, entonces las intervenciones que mejor encajan en el sistema

[61] Horkheimer y Adorno probablemente no estarían del todo satisfechos con esta propuesta individual frente a un problema estructural. Seguramente objetarían que el problema no reside sólo en que las personas interpreten mal los síntomas, sino en que la sociedad está organizada de tal modo que favorece ese tipo de respuestas, y que por lo tanto haría falta una crítica más profunda de las estructuras sociales que producen este modelo de medicina. Tendrían razón. Si el lector busca un análisis más radical de esas dimensiones estructurales, puede encontrarlo en autores muy diversos: desde la teoría crítica de la Escuela de Frankfurt y los análisis de Michel Foucault o Ivan Illich sobre la medicina moderna, hasta propuestas "sistémicas" como las de Fritjof Capra.

serán las que también puedan repetirse sin dificultad.

En ese contexto se produce una serie de deslizamientos conceptuales que suelen pasar desapercibidos.

En un primer paso, la pregunta por "qué es bueno" se reemplaza por la pregunta por "qué es mejor". La búsqueda ética, estética o gnoseológica se reemplaza por una investigación operativa.

En un segundo paso, lo "mejor" termina significando lo más barato, lo más fácil de aplicar, lo más escalable. La racionalidad instrumental se preocupa más por la eficiencia que por la eficacia.

En un tercer paso, se fomenta un empirismo rabioso que, a su vez, se divide en dos subpasos.

En un primer subpaso, toda enunciación debe contar con comprobación empírica. Si no hay comprobación empírica, se desacredita ("eso no tiene respaldo empírico", "eso no está demostrado"). No importa que la enunciación se deduzca mediante métodos válidos a partir de premisas comprobadas. Esto es lo que llamamos "empirismo ingenuo".

En un segundo subpaso, los hallazgos empíricos se aceptan aunque no haya una lógica que los fundamente. En casos extremos, se llega a una causalidad de facto: se acepta (de manera implícita) una hipótesis sólo porque existe desde hace mucho tiempo. La correlación termina adquiriendo el estatus de causalidad gracias a la fuerza acumulada de la antigüedad.

El empirismo ingenuo y la causalidad de facto evitan el camino racionalista (la deducción) y ponen todo el peso en lo empírico porque lo empírico es controlable, fragmentable y serializable (en el sentido de que puede producirse en serie).

Ni la ciencia médica ni su implementación institucional se desarrollan fuera de este marco epistemológico. Existe una afinidad estructural entre la perspectiva metodológica dominante de la medicina contemporánea y las formas más amplias de fragmentación y serialización que caracterizan la racionalidad instrumental de las sociedades modernas.

En una sociedad en la que cada vez más aspectos de la vida se organizan como mercados, esta tendencia tiene consecuencias previsibles. Las intervenciones que mejor prosperan son aquellas que pueden producirse en serie, distribuirse masivamente y aplicarse de

forma uniforme.

Los medicamentos cumplen perfectamente con estas condiciones. Pueden fabricarse industrialmente, transportarse a gran escala y administrarse de manera relativamente estandarizada.

Es decir: la racionalidad instrumental no aparece como una perturbación epistémica azarosa, sino como un paradigma supraestructural que tiende a transformar cualquier intervención —incluida la intervención médica— en una forma potencial de mercancía.

Por eso la expansión de la medicalización no puede explicarse sólo en términos médicos. También tiene que ver con la forma en que nuestra sociedad está organizada. En un sistema que privilegia lo que puede producirse, venderse y repetirse, las soluciones que encajan en ese modelo tienen una ventaja evidente.

Resultados y perspectivas

Imaginemos por un momento cómo funciona el algoritmo de una red social. No está diseñado para mentirnos ni para manipularnos deliberadamente. Hace algo mucho más simple: aprende de lo que ya funciona y nos muestra más de lo mismo. Si un tipo de contenido genera interacción, el sistema lo replica. Una y otra vez.

Algo sorprendentemente parecido ocurre en el mundo de la investigación científica.

No porque los científicos sean malintencionados —la mayoría no lo es—, sino porque las instituciones que financian la investigación, publican los resultados y deciden qué estudios se consideran relevantes terminan moldeando, de manera silenciosa pero persistente, el tipo de preguntas que se hacen. Los proyectos que prometen resultados claros, replicables y fácilmente comparables suelen obtener más apoyo que aquellos que requieren años de observación, fenómenos difíciles de estandarizar o situaciones demasiado singulares como para convertirse en protocolo.

Y así, poco a poco, el sistema empieza a comportarse como ese

algoritmo del que hablábamos: privilegia lo que ya encaja con sus propias reglas.

Se produce así una dinámica circular. Las exigencias comerciales y administrativas orientan la investigación, modelan la divulgación científica y consolidan determinados criterios epistemológicos —entre ellos, el empirismo ingenuo y la causalidad *de facto*. A su vez, estos mismos criterios metodológicos refuerzan las condiciones institucionales que los produjeron. Cuando el conocimiento se organiza en torno a fenómenos que pueden fragmentarse, compararse y aplicarse de manera uniforme, las soluciones que prosperan con mayor facilidad son aquellas susceptibles de producción en serie.

En esta replicación permanente radica la afinidad estructural de la que venimos hablando. La ciencia necesita fragmentar los fenómenos para estudiarlos. La economía moderna necesita soluciones replicables para poder producirlas y distribuirlas a gran escala. Cuando ambos sistemas interactúan, el resultado tiende a favorecer intervenciones estandarizadas.

En una sociedad donde casi todo se convierte en mercancía, lo repetible tiene ventaja. Lo químico, por ejemplo, puede producirse en serie, distribuirse y dosificarse con precisión. Su lugar central en la medicina moderna no se explica sólo por su eficacia —que a menudo es real—, sino porque, además de ser una terapéutica, es una mercancía.

Ya vimos las críticas de muchos autores. Algunos señalan que la medicina necesita recuperar un enfoque más holístico, precisamente porque el método científico tiende a fragmentar los fenómenos. Otros reclaman una medicina más centrada en el paciente, como reacción ante la creciente estandarización de los tratamientos. También se habla de la pérdida de autonomía del médico frente a protocolos cada vez más serializados, de la necesidad de abordar las causas en lugar de limitarse a aliviar los síntomas, o de la medicalización de la vida cotidiana que ocurre cuando la medicina monopoliza los conocimientos y las intervenciones en salud.

Incluso la llamada "invasión farmacológica" puede entenderse, al menos en parte, dentro de esta lógica. No se trata sólo de una cuestión médica. También tiene que ver con el hecho de que las

intervenciones que pueden producirse en serie —como los fármacos— poseen una ventaja estructural dentro de un sistema que privilegia lo que puede fabricarse, distribuirse y repetirse indefinidamente.

Por otra parte, las "distorsiones noetiológicas" que estudiamos podrían interpretarse como simples errores en la manera de pensar la relación entre causa y efecto en la salud, pero, si uno las mira bien, todas parecen ampliar el mercado de algún producto terapéutico o mitigar dudas que puedan surgirle al consumidor. Si esas distorsiones hubieran sido diseñadas deliberadamente, serían tácticas comerciales muy eficaces.

Reforma o revolución

Cuando una forma de pensar se vuelve dominante, el cambio rara vez ocurre mediante pequeños ajustes. A veces exige algo más profundo: una transformación en la forma misma de interpretar los fenómenos.

La osteopatía tiene algo de oficio antiguo. Algo de artesanía. No trabaja con piezas intercambiables ni con recetas que funcionen del mismo modo para todos. Trabaja con cuerpos concretos, con historias que se escriben en huesos, músculos y hábitos. Y por esa sencilla razón —por ser manual, artesanal y obstinadamente singular— ha quedado, en buena medida, al margen de ciertos procesos de estandarización que dominaron la medicina contemporánea.

No fue una rebelión ni una estrategia. Fue más bien una consecuencia natural. Cuando una práctica depende del encuentro entre dos personas, de unas manos que buscan comprender lo que tienen delante, resulta difícil convertirla en un procedimiento repetible, en un protocolo universal o en un producto de catálogo.

Eso explica por qué todavía conserva algunas características que hoy resultan casi inusuales: una atención marcadamente individual, una interpretación etiológica del problema, intervenciones manuales y esa especie de lectura contextual del organismo que intenta comprender al cuerpo dentro de la historia que lo produjo.

Pero conviene aclarar algo antes de que aparezca el malentendido habitual. La osteopatía no pretende presentarse como una doctrina rival ni como una medicina más verdadera. No viene a corregir a la medicina ni a disputar su autoridad. Su papel es bastante más modesto —y quizá por eso mismo más necesario—: recordar algo que la medicina misma sabe desde siempre, aunque a veces lo oculte detrás de sus estadísticas.

Que el cuerpo real nunca coincide con el promedio.

Que un signo no es necesariamente una causa.

Que un síntoma no siempre es un enemigo.

Y que normalizar un número no equivale a comprender el proceso que produjo ese número ni, mucho menos, a comprender a la persona que lo lleva consigo.

En ese contexto aparece lo que los osteópatas llaman "escucha". Y aquí es donde la conversación suele volverse un poco extraña, porque la palabra suena sospechosamente cercana a lo místico o lo sentimental. Pero la escucha osteopática no es una habilidad mágica ni una especie de talento secreto reservado para iniciados. Tampoco es exactamente una técnica. Es, más bien, una actitud epistemológica. Una manera de situarse frente al cuerpo que parte de la idea —bastante razonable, en realidad— de que los procesos fisiológicos no siempre pueden reducirse a variables aisladas.

Naturalmente, quien identifique la razón exclusivamente con su versión instrumental —es decir, con aquello que puede medirse, aislarse y repetirse— no podrá reconocer que la escucha apela a una racionalidad distinta y, por tanto, creerá que la escucha es o bien pseudociencia o bien pura palabrería.

Por todo eso, este libro no pretende sustituir un sistema por otro, sino invitar a recuperar cierta autonomía frente a nuestra propia salud. No para rechazar medicamentos ni romantizar el sufrimiento —hay urgencias reales y tratamientos que salvan vidas—, sino para evitar que la intervención automática sustituya a la comprensión.

La autonomía clínica del paciente no consiste en una autogestión heroica ni en la negación del saber médico. Consiste, más bien, en algo mucho más razonable: participar en la interpretación de los propios síntomas y en las decisiones sobre el propio cuerpo, sin romper el vínculo con quienes poseen el conocimiento médico.

En ese sentido, la diferencia no es simplemente terapéutica sino conceptual: no se trata de reformar la manera en que intervenimos sobre los síntomas, sino de cambiar la forma en que los interpretamos.

Sobre la práctica

Quiero proponer una pequeña analogía.

Pensemos en la comida.

Las cadenas de restaurantes cumplen una función muy clara. Son rápidas, eficientes y previsibles. Uno entra, pide algo y sabe exactamente qué va a recibir. Ese es, de hecho, el secreto de su éxito: la estandarización. El mismo plato, preparado del mismo modo, miles de veces al día.

Pero también existe otra clase de restaurantes. Los llamados restaurantes de autor[62]. Lugares donde el plato no está del todo definido de antemano. Donde influyen los ingredientes que aparecieron esa mañana en el mercado, el humor del cocinero, el clima de la noche, e incluso —si el chef anda especialmente inspirado— la cara del comensal que se sienta a la mesa.

Sin embargo, en este libro no me interesa demasiado esa diferencia. En este libro quiero reivindicar el cocinar en casa.

Porque entonces sucede algo extraño: uno deja de ser solamente el consumidor del plato terminado. Empieza a mirar el fuego con cierta atención. Empieza a sospechar que el tiempo no es una cifra sino una experiencia. Empieza a notar cómo los ingredientes cambian lentamente de carácter mientras se mezclan.

Y en ese momento aparece un tipo de conocimiento bastante particular. No está escrito en ninguna receta. No se aprende leyendo instrucciones. Es un conocimiento que surge de participar en el proceso mismo.

Algo muy parecido ocurre con el cuerpo.

[62] "Autor" puede referirse a un chef celebrity o a la abuela italiana del barrio que montó una taverna.

Durante gran parte del siglo XX hemos aprendido a pensar la salud como si fuera un servicio que se obtiene afuera, del mismo modo en que uno compra comida preparada. Hay profesionales, protocolos y tratamientos que cumplen un papel esencial y, en muchos casos, salvan vidas.

Pero hay otro aspecto de la salud que funciona de manera distinta.

La salud no es sólo algo que se compra o se recibe. También es algo que se aprende a habitar. Algo que se descubre prestando atención al proceso: a los ritmos del cuerpo, a las pequeñas señales, a las transformaciones que ocurren con el tiempo.

Y, como sucede en la cocina, es precisamente ahí —en la relación con el proceso— donde empieza a aparecer una forma diferente de comprensión.

Tal vez ahora se entienda mejor la analogía inicial. Las cadenas de restaurantes se parecen bastante a la medicina estandarizada: rápidas, eficientes y previsibles. Los restaurantes de autor recuerdan más bien a prácticas clínicas artesanales, como la osteopatía. Pero cocinar en casa no consiste en reproducir los procesos de una cadena industrial. Se parece mucho más a lo que ocurre en un restaurante de autor: observar, probar, ajustar, prestar atención a lo que está pasando en la cocina.

Participar en la propia salud significa justamente eso: dejar de ser solamente el consumidor del tratamiento terminado y empezar a comprender el proceso que está ocurriendo.

Qué hacer

Durante mucho tiempo hemos pensado la salud como la ausencia de síntomas, pero el recorrido de este libro sugiere que la cuestión podría ser exactamente la inversa: aquello que sentimos como señal de enfermedad puede ser, en realidad, una expresión del esfuerzo del cuerpo por recuperar su equilibrio.

Si tuviera que dejar aquí un solo consejo, sería este:

-antes de intervenir sobre un síntoma, preguntarse qué intenta hacer;

-antes de normalizar un número, preguntarse qué proceso lo generó;

-antes de delegar por completo, participar en la comprensión.

La salud no es la ausencia de síntomas. Es la capacidad activa y dinámica del organismo para producirlos cuando son necesarios.

Epílogo

Llegar al final de un libro no es muy distinto de salir de una conversación larga, en la que 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 forma de estar más quieta. Más disponible. Menos ansiosa por corregir el mundo y un poco más inclinada a escucharlo respirar.

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 conocer: el acto clínico como gesto interpretativo, no como operación técnica. Un gesto que no se precipita a domesticar el síntoma como si fuera un perro que ladra demasiado, sino que se sienta a su lado y lo deja contar su historia.

Esto no pretende ser una apología de la osteopatía como respuesta definitiva, ni una denuncia airada contra la medicina convencional. Las peleas de bandos, en general, sirven más para gritar que para pensar. 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 como interrupción crítica, como una sensibilidad que plantea preguntas, como una forma de estar que se permite la duda, la escucha, la fisura.

Pensar la salud como osteópatas no es simplemente aplicar principios, sino sostener una postura ética:

la de no dar por evidente lo que todos repiten,

la de desconfiar un poco de los datos cuando quieren reemplazar a la experiencia,

la de recordar que el cuerpo no es solamente lo que vemos desde

afuera.

Es, en el fondo, un gesto simple: suspender los automatismos del juicio clínico y volver a prestar atención.

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 se asiente, 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.

Arneth B. (2025). Molecular Mechanisms of Immune Regulation: A Review. *Cells*, 14(4), 283.

Attkisson, S. (2024). *Follow the science: how big pharma misleads, obscures, and prevails.* Harper.

Barrett L. F. (2017). The theory of constructed emotion: an active inference account of interoception and categorization. *Social cognitive and affective neuroscience*, 12(1), 1–23.

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.

Chavan, S. S., Pavlov, V. A., & Tracey, K. J. (2017). Mechanisms and Therapeutic Relevance of Neuro-immune Communication. *Immunity*, 46(6), 927–942.

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.

Horkheimer, Max (1947). *Crítica de la razón instrumental*. Madrid. Trota.

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.

Lévi-Strauss, Claude (1963). *Structural anthropology*. New York: Basic Books.

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.

Offit, Paul A. (2020). *Overkill: when modern medicine goes too far*. Harper.

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, Vírseda 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.

Xiang, Y., Zhang, M., Jiang, D., Su, Q., & Shi, J. (2023). The role of inflammation in autoimmune disease: a therapeutic target. *Frontiers in immunology*, 14, 1267091.

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.
Idiográfico: Designa un enfoque centrado en lo singular, lo particular y lo irrepetible de cada caso. A diferencia de lo nomotético —que busca leyes generales y patrones estadísticos aplicables a grupos—, lo idiográfico se orienta a comprender la trayectoria individual, la historia específica y la organización propia de un sujeto o de un organismo. En clínica, un enfoque idiográfico implica atender a la lógica interna del paciente más que a promedios poblacionales.
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 Bettina Carón, que me enseñó a leer
A Carlos Escudero, que me enseñó a soltar
A Carlos María Carón, que me enseñó a escribir
A Caro, que me enseñó a cuidar
A Caro Becker, que me enseñó a bailar
A Dina Howlin, que me enseñó a esperar
A Fanny Hoffer, que me enseñó a escuchar
A Frank Geier, que me enseñó a analizar
A Gabriel Sarmiento, que me enseñó a confiar
A Gerardo Smolar, que me enseñó a dejarme tocar
A Guido Howlin, que me enseñó a batallar
A Iara, que me enseñó a soñar
A Javier Rugiero, que me enseñó a desaprender
A José Schiapapietra, que me enseñó a oír
A Juan Bunge, que me enseñó a estar
A Maia, que me enseñó a compartir
A Manel, que me enseñó a conectar
A Mariano Zimmermann, que me enseñó a ser curioso
A mi mamá, que me enseñó a preguntar
A mi papá, que me enseñó a entender
A Miguel Sarmiento, que me enseñó a ser amigo
A Pablo Fernández Ridano, que me enseñó a buscar
A Pablo Schverdfinger, que me enseñó a agradecer
A Vera Howlin, que me enseñó a respirar
A Walter Camps, que me enseñó a disfrutar

A los que leyeron primeras versiones del manuscrito y me compartieron ideas, críticas y saberes: Agustina Faillace, Pablo Fernández Ridano, Agustina Gunski, Ariela Montes.

Algunos de ellos leyeron los primeros manuscritos completos (¡incluso más de una vez!) y contribuyeron con innumerables ideas y sugerencias, y les estaré eternamente agradecido. Me refiero a Vera Howlin, Juan Pablo Bunge, Hugo Chiera, Juan Manuel Jordan y Santiago Martirena, Paula Varela, Sandra Vegierski.

Contratapa

Muchos síntomas no son errores del cuerpo, sino intentos de resolver un problema.

¿Y si muchos de los síntomas que intentamos eliminar fueran, en realidad, intentos del cuerpo por resolver un problema?
Cada vez que aparece un síntoma, solemos hacer lo mismo: tomar algo para que desaparezca. Un analgésico para el dolor, un antiácido para la acidez, un ansiolítico para la angustia. El reflejo parece obvio.
Pero ¿y si ese reflejo estuviera basado en una idea equivocada sobre cómo funciona el cuerpo?
En **El Camino del Osteópata**, Leandro Howlin plantea una tesis inesperada: existe una afinidad entre la forma en que la sociedad moderna organiza el conocimiento —buscando soluciones rápidas, eficientes y replicables— y la tendencia a interpretar los síntomas como fallas que deben corregirse de inmediato.
Apoyándose tanto en la crítica de la razón instrumental de Horkheimer y Adorno como en la fisiología contemporánea —especialmente en el concepto de alostasis desarrollado por Peter Sterling—, el libro sugiere que muchos síntomas cumplen funciones adaptativas que rara vez nos detenemos a comprender.
Lejos de oponerse a la medicina científica, **El Camino del Osteópata** propone algo más ambicioso: aprender a pensar la salud de otra manera.
A veces, entender el síntoma cambia por completo la forma de relacionarnos con el cuerpo.