

EL CUERPO Y LA ESCUCHA

Zen en el arte de la osteopatía

Leandro Howlin

ghjk ediciones

Autor: Leandro Howlin
Título: El Cuerpo y la Escucha

Arte de tapa y diseño gráfico: Guido Howlin (*ghjik*)
Impresión: Gráfica América
Impreso en Argentina
ISBN: 978-987-27414-2-6

Howlin, Leandro

El cuerpo y la escucha : zen en el arte de la osteopatía / Leandro Howlin. - 1a ed. -
Ciudad Autónoma de Buenos Aires : GHIJK, 2025.

500 p. ; 23 x 16 cm.

ISBN 978-987-27414-2-6

1. Osteopatía. I. Título.

CDD 615.533

*A Caro y a mis hijos, Iara, Manel y Maia,
que me enseñaron a sentir.*

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

No one is useless in this world who lightens the burdens of another.

- Charles Dickens

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| Agradecimientos | 3 |
| Prefacio | 5 |
| Introducción | 9 |
| I CONCEPTOS PRELIMINARES: SENSACIONES | |
| 1. La escucha | 27 |
| 2. La osteopatía y la escucha | 43 |
| 3. El tacto | 65 |
| 4. La sensopercepción | 81 |
| II LA ESCUCHA COMO PROCESO 1: SENSACIÓN | |
| 5. Variables y mecanismos de la sensopercepción | 97 |
| 6. Doce niveles de sensopercepción táctil | 115 |
| 7. La fase de sensación | 141 |
| 8. Ejemplos de sensopercepción | 163 |
| III LA ESCUCHA COMO PROCESO 2: PERCEPCIÓN | |
| 9. La fase de percepción | 183 |
| 10. Sinestesia y soma | 193 |
| 11. Esferas y fusión somática | 203 |
| IV LA ESCUCHA COMO PROCESO 3: COGNICIÓN | |
| 12. Abordajes diagnósticos | 227 |
| 13. La fase de cognición | 253 |
| 14. La sensopercepción como prenoesis | 279 |

V LA ESCUCHA COMO ESTADO

- 15.** La escucha como estado alterado de consciencia303
- 16.** Momentos del modo escucha335

VI LA ESCUCHA COMO ACTO

- 17.** Factores y aptitudes individuales351
- 18.** Factores y protocolos relacionales367

VII LA ESCUCHA COMO LEGITIMACIÓN PARADIGMÁTICA

- 19.** Los principios osteopáticos y la falacia descriptiva387
- 20.** El mecanismo de aprendizaje409

VIII FINAL

- Conclusión437
- Epílogo447
- Apéndice: Definición de osteopatía451
- Glosario e índice razonado455
- Bibliografía467
- Bibliografía razonada483

AGRADECIMIENTOS

A Juan Pablo Bunge, que me machacó con la idea de que hay que volver a pensar como Still. Y que, además, en una simple charla, cambió el transcurso de mi vida.

A mis padres, que me inculcaron el amor por aprender de todo. Mi mamá, sobre todo de psicología y ciencias sociales. Mi papá, sobre todo de matemáticas y ciencias duras.

A Hugo Chiera, que me ayudó a entender, apreciar y amar la escucha.

A la Escuela de Osteopatía Fulcrum, que es un hervidero tanto de ideas como de abrazos.

A Diana Batista, que me enseñó a estudiar, a pensar, a enseñar. Y, sobre todo, a ser humilde.

A Julián Aguilar, que desde primer año de la carrera supo que iba a existir este libro.

A Julieta Hosselet, que me enseñó lo que es cuidar a un compañero.

A Mario Jermoli, que me enseñó lo que es estar presente y disponible.

A Fanny Hoffer, que me enseñó a escuchar.

A Carlos María Carón, que me enseñó a vivir y a escribir.

A los docentes de la Escuela de Osteopatía Fulcrum, que me dieron todo.

A los que leyeron primeras versiones del manuscrito y me compartieron ideas, críticas y saberes: Julián Aguilar, Vanessa Aponte, Diana Batista, Juan Pablo Bunge, Hugo Chiera, Daniela Cohan, Carolina Corti, Sol de Fazio, Agustina Faillace, Pablo Fernández Ridano, Agustina Gunski, Julieta Hosselet, Vera Howlin, Mario Jermoli, Manu Jordan, Bárbara Lima, Sol Lupo, Ariela Montes, Germán Sarangelo, Victoria Vázquez, Sandra Vegierski, Mariana Woloszyn.

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 Juan Pablo Bunge, Hugo Chiera, Bárbara Lima y Sandra Vegierski.

PREFACIO

En cierta etapa de mi vida, algo empezó a incomodarme. Las causas eran imprecisas, pero la sensación en el cuerpo era cualquier cosa menos vaga. La impresión general era la de que faltaba algo, y se hacía más evidente a la hora de irme a dormir. Estiraba todo lo posible el momento de meterme en la cama para no encontrarme con mi soledad. Cada noche representaba enfrentarme con el terror de morirme, con un vórtice que se me formaba en el medio de la cabeza al acostarme, pensando que algún día me iba a morir, que iba a dejar de existir, y que nada de lo que existe tiene sentido. Un vórtice que me engullía y del que no podía salir. Eran noches de insomnio, de agobio y de desconsuelo. Necesitaba un cambio, pero no sabía cuál. Entonces empecé un camino de búsqueda. Una búsqueda interna, aunque con apoyos en distintas disciplinas. En ese recorrido encontré herramientas en diversos estudios y prácticas (filosofía, bioenergética, contact improvisación, psicoanálisis, mindfulness), pero fue al estudiar osteopatía cuando pude forjar un modelo global sobre el que afirmarme.

Puedo decir que la osteopatía me cambió la vida, porque me mostró unos caminos ocultos donde el mundo hasta entonces solo me había propuesto alternativas desoladas. No quiero conjurar acá una exaltación de la osteopatía. Ser osteópata es una profesión como tantas, pero, por un lado, requiere ciertos cambios íntimos que rebosan a la vida en general, y por otro provee de algunas herramientas que trascienden la actividad clínica. Son estos cambios los que me reanimaron, y son los que ahora me llevan a escribir este libro.

Este libro habla de osteopatía, pero sólo como una excusa para hablar de transformación, de cómo escapar de la polarización, el egocentrismo y la disociación contemporáneos hacia el equilibrio, la humildad y la conexión. Ser osteópata incluye la facultad de escucha, y es esta capacidad la que encauza mi búsqueda, la que me permite ser yo mismo y conectarme con la realidad. Escribo, en principio, para osteópatas y estudiantes de osteopatía, y para otros terapeutas manuales interesados en utilizar la escucha en su práctica profesional, e incluso para aquellos lectores mundanos intrigados en descubrir qué tiene de especial la osteopatía. Pero mi intención es hablarle también a los que se sienten un poco perdidos, a los que no

necesariamente les interesa la osteopatía pero ven su vida fuera de balance y creen que un cambio es posible, aunque todavía no vean el camino.

Este parece ser el milenio de la polarización y las grietas. La unidimensionalidad cultural que ya había denunciado Marcuse en 1964 está hoy más vigente que nunca. La inclusión en la sociedad fue por siglos una cuerda floja, donde el equilibrio estaba en conectarse con la realidad sin perder la individualidad. Pero ahora el desborde de los universos paralelos tecnológicos de los medios masivos, de la TV y de las redes sociales genera resonancias brutales. Esos universos, que hasta ahora vivían sólo detrás de las pantallas, son escenarios desencarnados y anemocionales, en los que no hay ni contacto corporal ni diálogo auténtico, y empiezan a salirse de los límites virtuales donde estaban contenidos y se expanden hacia el mundo real. A veces me impresiona la cantidad de gente intervenida por esa realidad que muestran las redes sociales y la TV. La catástrofe de la polarización nos hostiga y nos acorrala en posturas periféricas. Pululan personajes que promueven la memización y el retuit, el tratamiento de la razón como algo contingente, la universalización y banalización de la política, la desafectación de la actualidad, el desapego por la ideología, y la empatía contemplativa en vez de activa.

La sociedad se polariza por un ansia de estabilidad, ya que los cambios culturales y tecnológicos traen un vendaval de inseguridad, y despiertan el anhelo arrollador de una superficie firme donde poder estar cómodo y olvidarse de todo. El mundo está cambiando hacia una forma desconocida, y la polarización otorga estabilidad.

Pero esta estabilidad es negadora. Nos blindamos de los cambios del mundo exterior, pero tanto la sociedad como sus transformaciones siguen ahí, y si quisiéramos acompañarlos, en lugar de buscar una estabilidad, deberíamos aspirar a restablecer un equilibrio.

Equilibrio no es lo mismo que estabilidad. Equilibrio es –justamente– pilotear la inestabilidad. Equilibrio es estar a punto de caer, pero sin caer. Si me caigo, dejo de estar en equilibrio, pero si renuncio a estar a punto de caer, si me agarro de una estructura firme o me quedo acostado en el suelo sin moverme, también dejo de estar en equilibrio. El equilibrio es movimiento, y esa es la diferencia fundamental con la estabilidad. La estabilidad es quietud, es no cambio. Equilibrio es cambio constante, revolución permanente, autopoiesis. Es en el equilibrio donde nos transformamos. Por su misma esencia, no hay equilibrio sin transformación. Y a la vez, no hay transformación sin equilibrio.

Equilibrio suena a posicionarse en el justo medio, pero no es eso. Es más que nada, por un lado, visualizar y aceptar las posiciones intermedias en vez de sólo los extremos y, por otro, reconocer y habitar otras dimensiones. Mientras que la estabilidad es estática, el equilibrio es dinámico, y requiere explorar y moverse en todas las direcciones en respuesta a los cambios percibidos. El equilibrista que camina por una soga hace uso de las dimensiones perpendiculares a la cuerda: la

gravedad hacia abajo y la extensión hacia los costados. Evita caerse no por desplazarse en el justo medio, sino gracias a que se sale de la unidimensionalidad de la sogá. Y, por supuesto, porque no se queda quieto.

Estar en equilibrio implica moverse en un límite, y también entraña un peligro inminente, por pequeño que sea ese peligro. El secreto para mantener el equilibrio es no dejarse vencer por el miedo, sino aprender a saborearlo. Aprender a disfrutar el caminar por la cuerda floja, entregarse al viento y a la sogá, y confiar en nosotros mismos. Así como la estabilidad es confianza en el entorno, el equilibrio es confianza en mí mismo y mi capacidad de adaptación rápida. Confiar, porque si bien muchas veces la sogá se está deshilachando ante nuestros ojos, sabemos que se está tejiendo otra nueva conformada por nuevos conceptos, ideologías y disciplinas. Una de estas es la osteopatía, y es la que me dio el apoyo para navegar el huracán contemporáneo, brindándome a la vez la transformación que permite el equilibrio y el equilibrio donde puede suceder una transformación.

En el campo epistemológico médico parece existir una polarización similar, con un lado —el enfoque científico biomédico duro— definido por teorías científicas, validaciones por experimentos de doble ciego, fiscalización por colegas, medicina basada en la evidencia y la optimización utilitarista de recursos, y otro lado —el enfoque espiritualista— determinado por prácticas alternativas, apertura a conocimientos consensuados por mecanismos no ordinarios y concepciones de abundancia inagotable.

Sin embargo, entretejido por ahí, algo está cambiando. A mediados del siglo XX una serie de pensadores (Ryle, Sartre, Husserl, Merleau-Ponty), al unir otra vez los conceptos de cuerpo y mente, cerraron una herida epistemológica que había abierto Descartes trescientos años atrás, y en ese tejido cicatricial surgieron disciplinas hasta entonces impensables.

El nuevo paradigma es holístico: la encarnación del cogito cartesiano, la visión del cuerpo como algo más que la materia física objeto de tratamientos biomédicos. El viejo paradigma objetivaba el cuerpo al contemplarlo desde la mente analítica, y esa objetividad/objetivación establecía una mirada médica externa, fría e inanimada. La osteopatía es una de las disciplinas nuevas que recuperan la capacidad de escucha, protegen las instancias de diálogo y terraforman un territorio donde se puede desplegar la empatía.

Esta transformación no sucede sólo en forma paralela a la medicina, sino que también dentro de la filosofía, epistemología y deontología médicas existe una migración hacia nuevos modelos. Las nuevas teorías del dolor, de las enfermedades crónicas, de la alostasis (al menos en la versión original de Peter Sterling), de las emociones y del trauma son eminentemente holísticas.

Pero, entre todas esas disciplinas, la osteopatía ocupa una posición privilegiada, porque todo su corpus hace equilibrio en la cicatriz de la herida cartesiana, en ese lugar en que cuerpo y mente se funden, donde se expresan el tacto por un lado y

las emociones por otro. Es en ese territorio carnoso y sanguinolento que se instaura como catalizadora de la metamorfosis paradigmática general, y es justo ahí donde me encontré y me dio el pie para desarticularme y reconstruirme.

Adentrarse en el universo de la osteopatía, como paciente o como estudiante, me recuerda el proceso de las crisálidas: uno entra oruga, con la idea de aprender algunas cosas, y termina saliendo mariposa. Pero volverse mariposa no es gratis. La metamorfosis es brutal: ni bien entra en el capullo, la oruga se digiere a sí misma, dejando un par de estructuras desde las que luego empezará a modelar la forma nueva usando el material digerido. Lo que hay no es un proceso lineal donde se van agregando entidades y funcionalidades, sino una descomposición total en la oscuridad. Antes de ser mariposa, la oruga deja de ser oruga, y una vez que sale de su envoltura tiene que asimilar todo de nuevo. Tiene trompa, antenas, genitales y alas, todas mejoras muy bienvenidas, pero que implican otra manera de pensar el mundo, de hacer las cosas, de sentir y de ser. La oruga, desde que deja de ver la luz cuando se le cierra el capullo sobre su cabeza, hasta que sale y experimenta las sensaciones infinitas que le llegan por las antenas y la desnudez de enfrentarse al entorno sin exoesqueleto y el sostén del viento en las alas, debe estar bastante confundida, e incluso por momentos aterrada.

Este libro no habla de mariposas ni de orugas, sino de la profundidad oscura que las constituye a ambas. No profundiza en los conocimientos que hay que soltar ni en los conceptos que hay que aprender, sino en lo que se experimenta en el proceso de autodigerirse y autorregenerarse. Habla de conmociones y preguntas. Habla de despolarizar, de regocijarse en la humildad, de conectar. Habla de abandonar la estabilidad, de enfrentarse al peligro y la vulnerabilidad para recuperar el equilibrio y volver al cuerpo, que es donde somos.

Me consta que la osteopatía no es el único camino para esta transformación. Hay gente que la consigue por medio de otras disciplinas o por sí solos, algunos luego de sufrir una catástrofe que los obligó a cambiar, otros a fuerza de convicción, introspección o fe. Yo voy a mostrar mi recorrido, que es el que conozco bien, con la esperanza de que mi exposición pueda servir a otros viajeros, no importa el camino que sigan.

Los estudiantes del Mayo Francés decían que hay otro mundo y está en este. La osteopatía me mostró que también hay otro yo, y está en este. El Cuerpo y La Escucha intenta ser un retrato del abrazo de ese otro mundo y ese otro yo.

INTRODUCCIÓN

Si alguna vez te atendiste con un osteópata, quizás hayas vivido una situación como esta. El tipo apoya apenas las manos en tu cuerpo, cierra los ojos, baja la cabeza y se queda un rato en silencio. Te da la sensación de que, donde tiene las manos, pasa algo. No te queda claro si es un movimiento sutil, una energía o una simple sensación. Después de un rato, abre los ojos y te pregunta si te es habitual tener infecciones urinarias, y además si viviste algún evento emocional intenso hace cinco o seis años. Y sí, claro que sí. ¿Cómo sabe? ¿Está escrito en el cuerpo todo eso? ¿Te toca así nomás y se da cuenta de las cosas que te pasaron? ¿Qué es? ¿Mago?

No, no es mago. Pero tampoco te toca así nomás. Es un toque estudiado y practicado. Al poner las manos en el cuerpo, un osteópata puede percibir movimientos, tensiones y procesos internos, así como sus causas inmediatas y remotas, sean traumatismos, patologías o resabios de eventos emocionales. Y eso que percibe le permite entender las tácticas y estrategias fisiológicas habituales de tu cuerpo. Y, además, vislumbrar el encadenamiento de mecanismos homeostáticos en acto y en potencia y en qué lugares se encuentran dificultados. Y con todo eso, más lo que le contestes a lo que te preguntó, puede definir dónde habría que establecer nuevos puntos de equilibrio anatómicos, membranosos y fluídicos para que el cuerpo pueda recuperar su estado de salud.

Es que con años de práctica logró tres cosas: una sensibilidad aumentada, una manera particular de mirar el cuerpo, y saber tan en profundidad cómo funciona, que el proceso de razonamiento clínico le sale de manera automática. Ese razonamiento consiste en pensar la anatomía y la fisiología de manera etiológica y teleológica. Etiológica es *por qué* al cuerpo le pasa lo que le pasa, y teleológica es *para qué* le pasa eso. Sabe eso tan al dedillo, que puede relacionar lo sentido con lo sabido. Eso es la escucha.

Este libro habla de esa escucha. Qué es, los aspectos fisiológicos y fenomenológicos que incluye, para qué sirve, qué factores la facilitan, cómo se aprende. Como muchas obras literarias, este libro tiene unos objetivos operativos manifiestos y otros estratégicos más disimulados.

Los manifiestos son:

— Explicar qué es la escucha y cuáles son los fenómenos que la definen y que la promueven.

— Explicar qué es la osteopatía, tanto para novatos como para practicantes experimentados, porque siempre viene bien conocer la definición de otro para afinar la propia.

— Mostrar por qué la escucha es *la* característica distintiva de la osteopatía.

— Mostrar por qué la escucha sitúa a la osteopatía en una posición privilegiada en el campo paradigmático actual de la salud.

— Desmitificar la escucha, y reencauzarla para que no invada la base fundante de la osteopatía, que es el razonamiento clínico propuesto por Andrew Taylor Still.

— Brindar consejos para su aprendizaje y ejecución.

Creo que la osteopatía perdió algo de eficiencia y algo de poder. Esto se debe, en parte, a cuestiones políticas (las adecuaciones que necesitó hacer la American Osteopathic Association para adecuarse al informe Flexner), pero también a una cuestión epistemológica: la inclusión de la escucha.

La escucha nació después que la osteopatía y todavía no pudo integrarse del todo. La escucha es tan poderosa que muchas veces tiende a ocupar lugares que no le corresponden. La mistificación de la escucha nos hace olvidar lo básico de la osteopatía, que son los lineamientos propuestos por Still. Así que tenemos que replantearnos la escucha para poder pensar como Still. Y la osteopatía necesita volver a pensar como Still.

Este libro habla de escucha y de osteopatía. Pero el subtítulo “Zen en el arte de la osteopatía” busca —no muy humildemente, la verdad— alinearlos a una serie difusa de obras literarias. Me refiero a *Zen en el Arte del Tiro Con Arco*, de Eugen Herrigel, *Zen y El Arte del Mantenimiento de la Motocicleta*, de Robert M. Pirsig y *Zen en El Arte de Escribir*, de Ray Bradbury. Estos tres libros hablan de arquería, de motocicletas y de escritura, pero solo como excusas para transmitir ideas más ambiciosas. De la misma manera, yo intento hablar sobre la osteopatía como armazón para alcanzar otros objetivos, que son:

— Discutir y adoptar ideas innovadoras sobre percepción, cognición, aprendizaje y experiencia.

— Esbozar una nueva concepción de las prácticas de salud, que es novedosa en varios aspectos. Por un lado, en el campo de aplicación, donde tenemos que considerar cuerpo, mente y emociones como una unidad somatopsíquica. Por otro lado, en sus criterios, que deberían analizar el funcionamiento de cada paciente, en vez de basarse en datos estadísticos.

Además, en sus objetivos, donde la meta de una terapia no sea reparar problemas o restaurar un estado previo, sino acompañar un proceso de transformación. Y, por último, en los métodos de tratamiento, que deben potenciar los mecanismos de curación intrínsecos del organismo en vez de introducir elementos o procesos externos como la medicación o la cirugía. Estas dimensiones son las que llamaré los enfoques holístico, idiográfico, cibernético, etiopático, y autopoietico de la praxis de salud.

— Enumerar algunas aptitudes imprescindibles para una vida plena que se encuentran en decadencia debido a la coyuntura epistémica actual. En particular, promover el equilibrio analógico en medio de la polarización digital.

— Mostrar cómo la escucha recupera esas aptitudes.

— Mostrar cómo, gracias a esas nuevas aptitudes y concepciones, uno puede emprender un viaje de reconstrucción personal.

¿Qué es la osteopatía?

Definir la osteopatía no es fácil, sobre todo porque la definición oficial fue cambiando en el tiempo. Pero, además, porque esta definición oficial no es exactamente la que se practica. La definición oficial se fue haciendo más biomédica, pero la noción original, que es más holística, muchas veces se sigue practicando *de facto*. Yo no diría que a escondidas, pero sí un tanto apartada de los programas de enseñanza y de lo que se transmite en las comunicaciones oficiales.

Esta situación hace que tanto a la gente común como a los mismos osteópatas les sea difícil explicar qué es la osteopatía. Cuando le preguntan a cualquier osteópata, puede llegar a decir cualquier cosa. En principio, seguro que titubea. Y también adapta la respuesta a quien se lo pregunte. Y no hay dos osteópatas que contesten lo mismo. Por otra parte, la gente común se imagina las ideas más estrambóticas. Yo oí que los osteópatas son magos, que es una especie de Reiki, que solo sirve para problemas de columna vertebral, que es hacer crujir los huesos, que es imponer las manos y canalizar energías, o que es tocar los ‘puntos esenciales’, sea lo que sean esos puntos. Y ya empezamos mal, porque todos tratan de definirla de acuerdo con las técnicas, y la osteopatía no es ni una técnica ni un conjunto de técnicas, sino una forma de pensar. Es un modo distinto de considerar al cuerpo y entender qué es la salud.

Así que empecemos por el principio: ¿qué es la osteopatía?

Quiero empezar con la definición para evitar lo que me pasa con mi tía Fefe, que cada vez que le empiezo a hablar de osteopatía me interrumpe para preguntarme qué es. Empecemos con una Definición Tentativa. Sé que muchos que la lean dirán “está bien, pero...” y luego sugerirán quitar algunos conceptos, agregar otros, y cambiar varias de las palabras. Esa es la actitud ideal. Parte de convertirse en osteópata es crearse una definición propia de osteopatía y, sobre todo, mantenerla viva. A mí, en particular, esta Definición Tentativa no me gusta ni un poco, pero es una primera aproximación. Después la vamos a transformar. Acá va:

La osteopatía es un arte y una ciencia de la salud que utiliza técnicas manuales para el diagnóstico y tratamiento de los problemas mecánicos del organismo y su influencia en la salud general.

Esta definición es correctísima. De hecho, la construí como una amalgama entre las definiciones propuestas por dos de las instituciones osteopáticas de más renombre, una estadounidense y una inglesa. Lo que me desconcierta es que deja de lado todas las cosas que esperaba encontrar, aquellas que me parecen el alma misma de la osteopatía: debería hablar de una visión distinta de la salud y la enfermedad, aludir a una postura particular en la relación con el paciente y, sobre todo, a una forma característica de sentir. No hay nada en esta definición que insinúe ese fenómeno aparentemente mágico que narramos en la primera escena. Ninguno de los principios de la osteopatía parece estar representado en esa definición, y en realidad son esos principios los que la definen. Según esa Definición Tentativa, un osteópata parece ser una especie de técnico.

Examinémosla un poco.

Por ejemplo, quiero que veamos un poco eso de que “es un arte y una ciencia”. La palabra “arte” nos hace pensar en individuos creativos con un delantal manchado de pintura, mientras que la palabra “ciencia” invoca imágenes de personas en batas blancas realizando experimentos en un laboratorio. Más allá de los estereotipos, en el uso original, “arte” en realidad se refiere a un tipo de saber sobre *cómo* hacer algo, mientras que “ciencia” alude a un tipo de saber *sobre* algo.

Estos conceptos se basan en los dos tipos básicos de memoria: la procedimental y la declarativa.

La memoria procedimental es lo que habitualmente se llama una “habilidad”. Es el conocimiento sobre cómo hacer determinadas cosas, y los ejemplos más conocidos son los de actividades físicas como andar en bicicleta o nadar. Los conocimientos que se almacenan en la memoria procedimental se adquieren por medio de la experiencia, y en general con práctica. Además, son difíciles de expresar verbalmente. Para aprender a andar en

bicicleta tengo que subirme a una bicicleta e intentarlo. Leer un libro me sirve de muy poco.

La memoria declarativa es lo que nos viene a la mente cuando se habla de “conocimiento”: un repositorio de hechos y datos. La memoria declarativa es simbólica, y la información se almacena en forma de proposiciones a las que se les puede adjudicar un valor de verdadero o falso, al contrario de la memoria procedimental, donde lo que se almacena son procedimientos, y las atribuciones de verdad o falsedad no tienen sentido. El conocimiento declarativo puede ser verbalizado, y se aprende por explicaciones, ya sea en clases o desde libros. Si quiero aprender los nombres de los reyes visigodos, tengo que ir a una clase de historia o leerme algún libro. No tengo manera de experimentarlos.

GLOSARIO: MEMORIA PROCEDIMENTAL Y DECLARATIVA

MEMORIA DECLARATIVA:

- _ Es simbólica.
- _ Se puede expresar verbalmente
- _ Se aprende por explicaciones.
- _ Almacenada en forma de proposiciones.
- _ Se les puede asignar un valor de verdadero/falso.

Ejemplos: los países y sus capitales, los cumpleaños de tus familiares, la tabla del cinco.

MEMORIA PROCEDIMENTAL:

- _ Es asímbólica.
- _ Es difícil de expresar verbalmente.
- _ Se aprende por experiencia.
- _ No responden a las categorías de verdadero/falso.

Ejemplos: andar en bicicleta, nadar, tocar el piano.

Hay acciones que se pueden almacenar en ambas, pero en general, la memoria declarativa es la primera, y después, con práctica, se va volviendo procedimental. Por ejemplo, al aprender a tocar el piano, se comienza con conocimiento declarativo, que son las notas, las escalas, las armonías, qué tecla es qué nota, y las instrucciones del maestro sobre qué dedos mover y cuándo. Durante esa etapa inicial de aprendizaje, las piezas musicales salen lentas, inestables, propensas a errores y, en general, no son demasiado agradables. Cuando ese conocimiento declarativo se transforma en procedimental, significa que no hay necesidad de pensar a qué músculos enviar comandos motores. La destreza consiste principalmente en conocimiento procedimental. En un pianista avanzado, la ejecución es más rápida, más

precisa y, gracias a eso, incluso puede jugar con ritmos y acentos para hacerla más placentera.

La clasificación de una disciplina como ciencia o arte se basa en el tipo de conocimiento del que se ocupa. Aquellas que tratan principalmente con conocimiento declarativo, como química, física, matemáticas o historia, se consideran “ciencias”. Por el contrario, las disciplinas que giran en torno al conocimiento procedimental y requieren habilidades desarrolladas a través de la práctica, se califican como “arte”. Los ejemplos incluyen tocar un instrumento musical, andar en bicicleta o hablar un idioma. Si polarizamos esta noción, tenemos la idea de que el científico es aquel que *sabe* cosas, y el artista es aquel que *hace* cosas. Para polarizar, tenemos que olvidarnos que el artista también sabe y que el científico también hace. Esa polarización es la que nos lleva al estereotipo de delantales de colores y batas blancas.

Pero para polarizar tuvimos también que hacer otra cosa: excluir todas las disciplinas que caen en posiciones intermedias. Hay muchas disciplinas híbridas que requieren aprendizajes de los dos tipos. En medicina, por ejemplo, el cirujano debe aprender tanto conocimientos declarativos de anatomía y fisiología como los conocimientos procedimentales del corte con escalpelo, reconocimiento de estructuras anatómicas y manejo del personal del quirófano. Jugar al ajedrez parece una actividad declarativa porque tiene reglas de juego y estrategia, pero a la vez el rendimiento mejora con la práctica, lo que sugiere conocimientos procedimentales.

A esa dicotomía es a la que se refiere la Definición Tentativa que presentamos. Cuando dice que “la osteopatía es un arte y una ciencia” intenta decir que la osteopatía es una de estas disciplinas híbridas, y requiere tanto un conocimiento teórico como una destreza manual. Sin embargo, queda claro que eso no alcanza para definirla. Es que esa dicotomía entre arte y ciencia es una trampa: representa un binarismo artificial que intenta abarcar todo, pero al hacerlo deja de lado otros puntos de vista. La oposición ciencia/arte cae en el dualismo cartesiano, porque asume que la ciencia es algo que se hace con la mente y el arte es algo que se hace con el cuerpo. Enunciar a los dos juntos (“es una ciencia y un arte”), quizás queriendo escapar del dualismo, termina reforzándolo, porque limita otras opciones no binarias¹. Según esa gnoseología binarista, todo saber es saber entender o saber hacer, pero puedo pensar en muchos otros tipos de saberes².

1 De la misma manera que, en una peluquería de mi barrio, el cartel «aceptamos hombres y mujeres» esconde, en su proclamada apertura, una concepción binarista de elecciones individuales de género.

2 La dicotomía entre saber hacer y saber entender se la debemos a Gilbert Ryle, que la introdujo en su libro *The Concept of the Mind* (1949). Tanto que lo veneramos por haber desarticulado, en ese mismo libro, el dualismo cartesiano, y tuvo que introducir este otro. Aclaremos que la dicotomía original de Ryle no es cartesiana en sí misma, pero sí es cartesiana la adaptación que

En particular, en este momento me interesa agregar dos tipos de conocimiento, porque definen y distinguen a la osteopatía: saber sentir y saber ser. La osteopatía no es solo un arte y una ciencia. No implica solo conocimientos específicos y habilidades propias, sino también la adquisición de formas particulares de ser y de sentir.

Cuatro saberes

Por tanto, quien quiera ser osteópata debe aprender cuatro cosas:

Saber sentir

La herramienta fundamental del osteópata para el diagnóstico y la supervisión del tratamiento es lo que llamamos la escucha, que es mucho más que una simple habilidad palpatoria. Escucha es el fenómeno representado en aquella primera escena de esta Introducción: lo que hacen los osteópatas cuando, con solo tocarle, se dan cuenta de cómo estás, o de algo que te sucedió, quizás hace años. Explicar eso nos va a llevar muchas páginas, pero por ahora digamos que el osteópata debe saber sentir, y hay acá un proceso de aprendizaje que se desarrolla en todos los sentidos de la palabra *sentir*.

Este saber sentir significa que el osteópata, mediante la práctica orientada y el contacto repetido y profundo con sus pacientes, desarrolla a lo largo de los años una sensopercepción aumentada en sus manos que le permite determinar, gracias al tacto, regularidades y variaciones en las estructuras y los movimientos del cuerpo en distintas profundidades y grados de sutileza.

Además, abrir esos nuevos canales de conexión ocasiona una transformación que no es solo cuantitativa, sino también cualitativa. Se desencadena algo que llamo fusión somática. Soy un cuerpo que escucha, y soy la escucha del cuerpo. La naturaleza de la sensación cambia. El osteópata no solo percibe más, sino que siente *distinto*. Esto genera un estado de conciencia no ordinario, y esta sensibilidad distintiva requiere aprender los otros tres saberes: saber entender, saber hacer y saber ser.

Saber entender

Los conocimientos declarativos de la osteopatía incluyen en principio las mismas enseñanzas base de la medicina: anatomía, fisiología, histología,

se hizo de ella, sobre todo en esta oposición ciencia/arte, que es posterior. El dualismo cartesiano estaba tan arraigado que tomó esta nueva dicotomía y la asimiló.

embriología, biomecánica, patología, semiología, psicología, farmacología. Saber todo lo posible acerca del organismo. Hay cierta diferencia de foco, y las carreras osteopáticas suelen tener más horas de anatomía o biomecánica que las médicas, pero menos horas de farmacología y de medicina interna, pero la base de los contenidos y buena parte de la bibliografía son idénticos.

Por otra parte, el conocimiento teórico osteopático se extiende más allá de las enseñanzas médicas convencionales, incorporando teorías, conceptos, modelos y prácticas nacidos de la propia investigación dentro de la osteopatía. Algunos de estos, como la Reeducción Postural Global (RPG), las ideas biomecánicas de Kapandji, el trabajo fascial de Paoletti o la exploración de cadenas musculares de Busquet, han sido integrados en la práctica médica convencional.

Sin embargo, hay algo más. Es evidente que la concepción del cuerpo es única, incorporando aspectos más allá de la simple anatomía. Para explorar esta perspectiva integral, es necesaria una visión distinta que conforma una nueva forma de saber acerca del cuerpo y su funcionamiento.

Saber hacer

Los osteópatas, al igual que los médicos clínicos, deben adquirir competencia en prácticas procedimentales. Deben instruirse sobre cómo reconocer elementos significativos para el diagnóstico, definir un tratamiento, aplicar diversas técnicas terapéuticas y verificar los resultados. Todas estas son destrezas que mejoran con la práctica.

Existe una consideración especial para eso que se extiende en el territorio donde cuerpo y mente se confunden: las emociones. El osteópata tiene una posición privilegiada, porque su herramienta principal es el tacto, que se desarrolla en ese mismo distrito limítrofe entre cuerpo y mente. Esto, sumado a los fenómenos de fusión somática y afinación somática, hace que el tratamiento osteopático de cadenas etiológicas con componentes emocionales sea particularmente efectivo.

Saber ser

Saber ser incluye lo que se conoce como filosofía de la osteopatía, y comprende un conjunto de principios formalizados que deberían guiar las decisiones cotidianas del osteópata. La osteopatía no es ni una praxis ni un corpus de conocimientos, sino una filosofía. Como dice Hugo Chiera: “Lo importante de la osteopatía no son las técnicas, sino la filosofía. Si lo importante fueran las técnicas, Still hubiera escrito cuatro libros de técnicas y no cuatro libros de filosofía”.

Los principios filosóficos se repiten una y otra vez a lo largo de la carrera y en todos los libros, y son parte de lo que distingue a la osteopatía de la medicina convencional. Curiosamente, varios de los preceptos fueron propuestos por padres de la medicina como Galeno o Hipócrates, y todavía hoy esos preceptos se enseñan en casi todas las universidades médicas, pero en la práctica cotidiana y la organización de las instituciones de salud, los criterios de eficiencia y de utilitarismo del mundo contemporáneo llevan a que se olviden rápidamente. Estos principios son los que fundan la visión holística, y de esto hablaremos en profundidad.

Pero además de aprender y asimilar los principios, el osteópata adquiere una manera particular de relacionarse con el otro y consigo mismo, que se desarrolla junto con el sentir. Por un lado, el osteópata se enriquece con un conocimiento consciente de sus propioceptores, de cómo está su cuerpo, y entonces se articula más profundamente consigo mismo. Por otro, la escucha y la proyección hacen que de cierta forma el terapeuta sienta al cuerpo del paciente como una extensión del suyo. Estas dos características -autoconocimiento consciente y fusión sensorial de los cuerpos- hacen que la relación con otras personas se plasme de un modo especial.

Este modelo nuevo de vínculo, esta perspectiva sensorial que se extiende por los dos cuerpos e infiltra cada recoveco, hace que el osteópata comprenda la conexión íntima que hay entre distintas estructuras y procesos, y esta comprensión fundamenta, apunala y enriquece la visión holística de la relación terapeuta/paciente, de la salud, y de las relaciones humanas en general.

Esta visión holística y este cambio de paradigma en la relación con el otro afectan de manera tan profunda al estudiante de osteopatía al socavar tantos mandatos arquetípicos modernos, que me atrevo a decir que quien quiera ser osteópata tiene que aprender a ser de un modo nuevo.

Cuatro misiones del osteópata

Por lo tanto, quien quiera ser osteópata tiene cuatro misiones: desarrollar tanto una sensopercepción como una capacidad de conexión aumentadas, estudiar conocimientos detallados de base sobre la estructura y el funcionamiento del cuerpo humano, adquirir habilidades para el diagnóstico, el tratamiento y la clínica cotidiana, y adoptar una nueva forma de pensar y de ser. Hace falta una investigación detallada que explore cada una de estas cuatro dimensiones. Este texto es parte de esa investigación mayor, y en ese rol se zambulle en el primero de esos cuatro caminos.

Cada una de esas cuatro dimensiones de investigación debería digerir y

regenerar una parte de la Definición Tentativa de osteopatía, de la misma manera que hicimos con lo de “ciencia y arte”. Repito acá brevemente esa Definición Tentativa que no me llegó a convencer:

La osteopatía es un arte y una ciencia de la salud que utiliza técnicas manuales para el diagnóstico y tratamiento de los problemas mecánicos del organismo y su influencia en la salud general.

En la primera dimensión (la explorada parcialmente en El Cuerpo y La Escucha), que toma el camino de saber sentir, vamos a hablar de la escucha, que ni siquiera figura en la Definición Tentativa. Cualquier definición de osteopatía que no nombre la escucha, o que no sugiera siquiera esa sensibilidad aumentada, peca no solo de incompleta, sino de errada; no está definiendo la osteopatía, sino otra cosa. Vamos a tener que agregar la escucha.

En una segunda dimensión (apenas insinuada en este libro), al examinar los senderos de saber ser, es necesario ver que hablar de “problemas” (allí donde la Definición Tentativa dice *“diagnóstico y tratamiento de los problemas mecánicos del organismo”*) representa un paradigma de salud que hace falta deconstruir. Y también eso de *“su influencia en la salud general”*, no porque no estemos de acuerdo, al contrario, sino porque no tiene la ponderación apropiada. Tal como figura en esa Definición Tentativa, parece un agregado que el definidor decidió incluir a último momento con la intención de darle, por fin, un toque holístico, pero convengamos que es un intento tosco. La osteopatía es holística *antes que nada*, y toda la definición debería estar integrada dentro de una concepción holística de la salud, y no alcanza con una definición que ofrezca un guiño en el coletazo final.

En la tercera dimensión, que recorrería los conocimientos de base, necesitaríamos ampliar eso de *“problemas mecánicos del organismo”*. En principio, podríamos aceptar el concepto de que los osteópatas tratan cuestiones mecánicas por el simple hecho de que se guían por las restricciones de movimiento, pero hay que tener en cuenta que las causas de las disfunciones se extienden mucho más allá del ámbito puramente mecánico. En este sentido, “organismo” es una palabra engañosa; parece abarcar más que “cuerpo”, pero en realidad, gracias a su referente mecanicista, logra deshacerse de manera velada de esa entidad incómoda que son las emociones. Las emociones se expresan en el cuerpo, pero no en el organismo. Por eso preferimos quedarnos con “cuerpo”, que incluye no solo lo que ocupa lugar y que se toca, sino también las emociones y otras entidades que se despliegan en la frontera entre lo material y lo inmaterial. Para nosotros, el cuerpo es la carne, la mente y el alma. Todo lo que nos define está en el cuerpo, y es necesario estudiarlo desde los expertos habituales (el Netter es nuestra biblia), pero adoptando un ángulo particular que yo llamo Anatomía Somática.

En la cuarta dimensión, que enumera las cosas que hay que saber hacer, es necesario ver que cuando la Definición Tentativa asegura que la osteopatía usa “*técnicas manuales*” es tan escueta como cuando mi tía Fefe dice que el tío Patán, su hermano, arregla todo con un clavo y un martillo, cuando en realidad es carpintero y tiene la caja de herramientas mejor provista que vi en mi vida. Quizás sea aceptable hablar de técnicas manuales para diferenciarse de la medicina convencional y despertar de inmediato la idea de que esta terapia no centra el tratamiento ni en la medicación química ni en la cirugía, o incluso para advertir a los pacientes nuevos que se requerirá cierto contacto corporal. Pero, si bien es verdad que el osteópata usa técnicas manuales (tests ortopédicos, tests funcionales, thrusts, técnicas de energía muscular), algunos procedimientos fundamentales para el diagnóstico, como la escucha, y algunos métodos centrales para el tratamiento, como la inducción, requieren, para definirlos, un esfuerzo mucho más vasto que el de llamarlos simplemente “*técnicas manuales*”.



La Definición Tentativa que incluí allá al principio es representativa de la ambigüedad producida por el intento de viraje hacia un modelo biomédico. Quiero creer que los que la diseñaron -que son varios osteópatas de renombre y no lo hicieron a las apuradas- saben perfectamente que esa definición quedó muy lejos de lo que somos como osteópatas. Saben muy bien que no solo tratamos problemas mecánicos. Saben que decir que usamos técnicas manuales es ver solo un fragmento de lo que hacemos. Saben que la visión holística de la salud consiste en gran medida en desmontar ese concepto de “problemas”. Y, por supuesto, saben que la escucha es el rasgo distintivo de la osteopatía, y así y todo decidieron no incluirla.

Creo que lo que quisieron hacer es despojar a la osteopatía de cualquier pensamiento místico, por temor a ser acusados de pseudocientíficos o supersticiosos, y en realidad terminaron cayendo en la trampa cartesiana y adoptando una concepción de salud que no es holística, con lo cual terminaron

elaborando una definición tan absurda como el que dijo que el fútbol son veintidós tipos corriendo atrás de una pelota.

Comparémosla con este extracto de Still (1908): “La osteopatía es aquella ciencia que consiste en un conocimiento tan exacto, exhaustivo y comprobable de la estructura y función del mecanismo humano, anatómico, fisiológico y psicológico, incluyendo la química y física de sus elementos conocidos, que ha hecho descubrir ciertas leyes orgánicas y recursos curativos, dentro del propio cuerpo, por el cual la naturaleza, bajo el tratamiento científico propio de la práctica osteopática, lejos de todos los métodos ordinarios de estimulación extraña artificial o medicinal, y en armonía con sus propios principios mecánicos, actividades moleculares y procesos metabólicos, puede recuperarse de los desplazamientos, desorganizaciones, desarreglos y la consiguiente enfermedad, y recuperar su equilibrio normal de forma y función en salud y fuerza”.

En ese párrafo, Still no está intentando establecer una definición precisa, sino que viene hablando de otra cosa, así que no sabemos si intentaba incluir todos los aspectos importantes o resaltar solo algunos de ellos. Quien sí intenta hacer una definición exacta es Guy Hulett, en el manual que se utilizaba para la enseñanza en el Instituto en la época en que Still era director. Allí, dice: “La osteopatía es un sistema de terapéuticas que, reconociendo que el mantenimiento y la restauración normal de la función son similarmente dependientes de una fuerza inherente al protoplasma, y que esa función pervertida más allá de los límites del autoajuste depende de una condición de estructura pervertida más allá de esos límites, intenta el restablecimiento de la función normal mediante medidas manipulativas diseñadas para prestar al organismo aquella ayuda que le permita superar o adaptarse a la estructura perturbada”.

Estas dos referencias históricas, si logramos obviar la prosa suntuosa y nociones anacrónicas, y ver más allá de algunas referencias extemporáneas y un estilo poco riguroso, están más cerca de la idea que queremos transmitir.

Ojo. Tampoco queremos demonizar a los que concibieron definiciones cercanas a esa Definición Tentativa. Tenían que ir por ese lado. Estaban presionados por los seguros médicos y bregaban por adaptarse para ser aceptados. Así y todo, tuvieron la nobleza de mantener la osteopatía como una filosofía separada, con sus propios principios. Es verdad que, para ser aceptados, necesitaron negociar y modificar algunos principios, pero también es cierto que si hubieran claudicado del todo habrían directamente renegado de la filosofía y hubieran aceptado convertirse en una especialidad médica. No lo hicieron, y eso hay que reconocérselo. Si hoy podemos sugerir retornar a los principios originales fue porque sus concesiones permitieron

que la osteopatía sobreviva en un momento en que el modelo biomédico era fuerte y destruía o absorbía todo lo que se le oponía. Hoy, que el monstruo pierde fuerza, podemos volver a asomar la cabeza e insistir en lo que afirmábamos antaño: un modelo distinto de salud es posible y necesario. Hay que empezar a ver el cuerpo como una unidad. Hay que empezar a respetar las disposiciones del proceso de autocuración. Hay que prestar más atención al paciente que a la enfermedad. Hay que buscar las causas de cualquier aflicción, y no limitarse a clasificarla. Hay que identificar las vías internas de intercambio de energía e información mecánicas, nerviosas o fluidicas. Hay que restringir el uso de drogas, que muchas veces se oponen a los procesos del cuerpo, y señalar que existen otros medios de curación que no son químicos.

La definición de osteopatía va más por el lado de cultivar la escucha, conectarse con el otro desde lo profundo, enamorarse del cuerpo como un todo y ayudar a otros a estar bien. Una definición que incluya todos esos conceptos no puede ser concisa, porque debe zarandear muchos paradigmas arraigados. Como dice Caroline Stone (2000):

“Ha habido muchos intentos de producir una definición de osteopatía que abarque todos los elementos en una proposición completa y fácil de entender. Esto ha proporcionado muchas variaciones sobre un tema, ninguna de las cuales es completamente satisfactoria para todas las partes interesadas (y muchas no son demasiado comprensibles si no se las explica). La osteopatía parece un tanto esquivar para las frases cortas y ágiles. De manera que una definición estricta no es el punto de partida más útil a la hora de presentar la osteopatía a posibles estudiantes o a cualquier persona interesada en el trabajo de los osteópatas”.

(Stone, The Science and Art of Osteopathy)

Caroline Stone dice también que, en cierto modo, hay tantas osteopatías como osteópatas. Por su misma esencia, debe haber tantas osteopatías como pacientes. De manera que la cantidad de definiciones posibles son el producto de la cantidad de osteópatas por la cantidad de pacientes. Muchas. Así y todo, algo tiene que haber de común en todas ellas.

Tengo la intención de edificar, a lo largo de toda esta exploración multidimensional, mi definición actual de osteopatía. Nos va a llevar muchas páginas, y probablemente vaya cambiando a medida que transcurran los párrafos y los capítulos, pero es necesario entender qué es la osteopatía para percibir por qué puede llegar a ser un bastión en este cambio paradigmático contemporáneo y por qué produce una transformación tan radical en los que se acercan a ella.

Empecemos con las primeras modificaciones a la definición. Por ahora sabemos que la osteopatía no busca erradicar enfermedades, sino alcanzar un grado óptimo de salud, entendida como un funcionamiento de bienestar. Entendemos también que se basa en un modelo holístico de la salud y del ser humano. Además, se ocupa tanto de diagnóstico como de tratamiento. Con esos pocos datos, podemos esbozar un esqueleto para una definición:

La osteopatía es una medicina que busca orientar a la persona hacia el funcionamiento de máximo bienestar posible a partir de modelos holísticos de diagnóstico y tratamiento.

No estamos contentos, por supuesto. Es muy vaga, es incompleta, y no representa la esencia de la osteopatía, pero es recién un primer paso. Reformulamos la Definición Tentativa que teníamos para que no sea tan obsecuente y ahora tenemos una Definición Un Poco Menos Conciliadora Aunque Todavía Tentativa. Ahora vamos a tener que completarla. Todavía quedan muchos aspectos que necesitamos incluir o especificar.

En principio, nos falta la escucha, que ya dijimos que era fundamental, pero no podemos incluirla hasta no explicarla. La escucha es tan poderosa, inclina tanto el eje paradigmático del saber, que es necesario analizarla en todos sus detalles, fenómenos y vicisitudes.

El Cuerpo y La Escucha es una invitación en esa dirección.



CONCEPTOS PRELIMINARES: SENSACIONES

1. La escucha

Comparto mi percepción, no la verdad. La verdad está en tu experiencia.

Bonnie Bainbridge Cohen

De qué hablamos cuando hablamos de escucha

La escucha de la que vamos a hablar no es con los oídos. En principio, es una forma especializada del sentido del tacto. Sin embargo, vamos a ver que incluye algunos otros fenómenos más allá del tacto e incluso más allá de la sensopercepción. La escucha involucra tanto los exteroceptores de las manos como los propioceptores distribuidos por todo el cuerpo. A diferencia de la recepción pasiva usualmente asociada con la escucha auditiva, la escucha osteopática es un proceso activo y recíproco, un diálogo donde la atención se dirige toda hacia el otro. Recibo, pero también doy. Lo que doy en la escucha es presencia, atención, confirmación y humildad.

En esencia, la escucha osteopática implica colocar las manos sobre el cuerpo de una persona para percibir movimientos y tensiones internos, con el objetivo de identificar anomalías que guíen hacia un diagnóstico. Hasta ahí, sin profundizar demasiado, creo que todo osteópata estaría de acuerdo. Pero esa simple frase no alcanza para definir la escucha, y si intentamos ahondar un poco más, el consenso se nos disipa. Distintos autores, docentes y terapeutas proponen las definiciones más variadas, e incluyen características diversas.

Hay quienes no incluyen en la escucha el reconocimiento de bordes y formas, y de esta manera la diferencian de la palpación. Hay quienes hablan de escucha sólo cuando el objeto de la percepción son los movimientos inherentes de las estructuras anatómicas, dejando afuera los movimientos de origen extrínseco como la movilidad articular o los inducidos en los órganos debido a la respiración torácica. Hay quienes ni siquiera incluyen algunos movimientos inherentes como los peristálticos o las corrientes sanguíneas, dejando en el ámbito de la escucha sólo los movimientos de origen embrionario o el movimiento respiratorio primario.

Por mi parte, sin intenciones de polemizar, voy a hacer uso de una definición muy amplia, incluyendo en la escucha no sólo la palpación de formas y bordes, sino también muchos fenómenos que no son directamente sensorio-perceptivos. También voy a ampliar el campo de aplicación, de manera que la escucha no sería un acto voluntario orientado a cierto tipo específico de evaluación, sino que tomo a la escucha como un fenómeno más vasto, que inunda todos los procedimientos diagnósticos e incluso muchos de los tratamientos.

Algunos ejemplos

Vamos a un par de ejemplos concretos. Uno: Pongo mis manos rodeando el cráneo de mi paciente, y percibo la fluctuación del líquido cefalorraquídeo. Otro: pongo mi mano sobre la piel del abdomen del paciente y percibo la motilidad embrionaria del hígado, con una dirección y un ritmo particulares. Creo que todo osteópata estará de acuerdo en que esos son ejemplos de escucha. Sin embargo, a medida que exploramos casos menos consensuales, las discrepancias en la interpretación se vuelven más evidentes.

Veamos cómo la escucha participa en una técnica de tratamiento. Supongamos que determino que la cabeza del peroné está en una posición posterior respecto de la óptima, y decido corregirlo. Para eso, quiero efectuar un *thrust* de alta velocidad y baja amplitud en la cabeza del peroné, de posterior hacia anterior. La técnica es sencilla. Coloco una mano en el hueco poplíteo, de manera que la articulación metacarpofalángica de mi dedo índice apoye en la cabeza del peroné por detrás. Con la otra mano, tomo la tibia, llevo la pierna en un ángulo de 90 grados, y luego empujo para cerrar el ángulo de la rodilla hasta que sienta la presión entré el peroné y mi metacarpofalángica. Una vez allí, aumento los parámetros para llevar los tejidos a la tensión máxima y efectúo un movimiento veloz (un *thrust*) para acomodar el peroné.

Una técnica de tratamiento típica. Sin embargo, el momento exacto que optimiza el impulso me lo da la escucha. Una vez alcanzada la tensión máxima, para hacer el *thrust* debo esperar que el tejido “me dé el paso”, es decir, cuando las fibras musculares y fasciales resuelven sus tensiones viscoelásticas y la actividad nerviosa se detiene, en particular el circuito del reflejo miotático. Por tanto, llevo los tejidos a la tensión, espero y escucho, y cuando me da el paso, hago el *thrust*. Allí, en ese preciso momento, hay escucha.

Pero el concepto de escucha se extiende más allá de este momento concreto. Durante la ejecución de todos y cada uno de los pasos, estoy escuchando

cómo los tejidos se modifican a cada acción, en qué dirección y con cuánta fuerza debo impulsar para llegar a la tensión máxima, cuándo debo detenerme y empezar de cero si algo no responde como esperaba. Toda la técnica está guiada por la escucha. Es decir, aun en el caso utópico donde efectuamos un diagnóstico completo y final antes de empezar el tratamiento, la escucha continúa más allá del diagnóstico, gobernando el tratamiento y monitoreando sus resultados.

Esos son ejemplos con objetivos muy específicos, pero puedo utilizar la escucha también como orientación inicial para luego aproximar. Puedo apoyar la mano sobre el abdomen, sin fijar la atención a ninguna estructura particular, y percibir si hay algo que me llama la atención, por ejemplo, alguna tensión interna que parece provenir del hígado, en cuyo caso levantaría la mano y la apoyaría sobre la zona del hígado para tener una escucha más específica.

De estos ejemplos, escuchar es sentir a través de mis manos y a través de los tejidos del paciente. De la misma manera que un corredor de autos está siempre pendiente del ruido del motor y de la vibración en las manos y en el cuerpo, y puede detectar anomalías aun sin estar poniendo el foco en tal o cual sonido, un terapeuta puede ejecutar pruebas de diagnóstico y técnicas de corrección mientras su atención está todo el tiempo recibiendo información del entorno interno del paciente. Eso es escucha.

La escucha en el diagnóstico

La escucha es la herramienta cardinal de la osteopatía.

Esa frase sencilla encierra tres conceptos básicos. En principio, que la osteopatía no es sólo la escucha, sino que la escucha es sólo una herramienta. En segundo lugar, que hay otras herramientas: tests, anamnesis, incluso la lógica conceptual. En tercer lugar, llamarla “cardinal” tiene un sentido muy específico: la escucha marca el rumbo, tanto del diagnóstico como del tratamiento.

**LA ESCUCHA ES LA HERRAMIENTA
CARDINAL DE LA OSTEOPATÍA.**

En principio, la escucha me permite obtener datos para luego realizar un diagnóstico.

Volvamos a un ejemplo concreto: pongo la mano en el hombro del paciente y siento los bordes de los huesos, el tono y la orientación de los

músculos, el estado de las fibras de los ligamentos, los movimientos internos, la circulación sanguínea con su recorrido, su ritmo, su caudal. Siento lo que sucede dentro de ese hombro, a profundidad, y eso me permite darme cuenta si hay algo anómalo, alguna tensión no esperada, algún movimiento distinto de los habituales, algo que se diferencie del entorno. Las variaciones respecto a lo esperado me dan indicaciones sobre la localización, el estado, las relaciones causales y la antigüedad de las posibles disfunciones.

Esta última frase merece una aclaración. Está generalmente aceptado que puedo palpar la localización y el estado de una estructura, por ejemplo, si una vértebra está rotada con respecto al conjunto de las otras, o si al moverse el desplazamiento es menos uniforme que lo esperado, pero tanto detectar relaciones causales como la antigüedad del estado disfuncional son capacidades no tan evidentes.

Las relaciones causales las puedo percibir porque la escucha “me lleva”. Los osteópatas decimos que una escucha “nos lleva” a determinada estructura anatómica cuando al apoyar una mano sentimos que los fenómenos dinámicos y tensionales de la zona corporal donde tenemos la mano parecen recibir una influencia desde una dirección determinada. Quizás pongo la mano sobre la zona del hígado y noto que la movilidad del hígado al descender el diafragma no respeta los ejes o rangos habituales, y por la manera en que se establecen las variaciones en dirección, sentido y amplitud, me doy cuenta de que el hígado se mueve distinto porque está siendo afectado por una tensión que viene de más abajo y detrás, quizás del riñón. Entonces digo que la escucha del hígado “me lleva” al riñón. En ese caso, puedo posicionar la mano sobre la zona proyectada del riñón, y sentir las anomalías ahí. Con esta estrategia, puedo seguir un camino de relaciones, influencias e interferencias.

Percibir la antigüedad necesita mayor clarificación. Cuando me refiero a “antigüedad” en este contexto, me refiero a discernir si el movimiento anómalo del hígado comenzó hace unos meses, hace cinco años o incluso treinta. Esto puede parecer desconcertante, pero la lógica detrás de esto es bastante sencilla. Consideremos la analogía de un médico que observa una cicatriz en un paciente. La presencia de una cicatriz indica que en ese lugar algo ocurrió. Según el tipo de cicatriz, el médico puede inferir si fue resultado de una cirugía o de un traumatismo y la mayoría de las veces puede determinar la naturaleza de la cirugía o el tipo de traumatismo. Además, puede aproximar la antigüedad de la cicatriz (con cierto margen de error, por supuesto) porque una cicatriz tiene características distintas dependiendo de si se formó hace tres meses o quince años.

Algo similar sucede con las disfunciones. En este aspecto hay mucho de experiencia práctica, pero un par de ideas básicas, sólo a modo de ilustración, son las siguientes.

Por un lado, el paso del tiempo erosiona. Entre los accidentes geográficos, una montaña nueva tiene bordes más diferenciados y toscos; una más antigua tiene contornos más suavizados. Lo mismo sucede en el cuerpo. Una disfunción nueva tiene ribetes más definidos y movimientos más bruscos, trayectorias de líneas más rectas, ángulos agudos, y cambios de dirección repentinos. En una disfunción antigua, los movimientos anómalos hacen que las estructuras anatómicas se vayan erosionando y los movimientos se suavicen. Sabiendo las propiedades biomecánicas del tejido que estoy indagando, los movimientos y fricciones que sufre habitualmente esta estructura anatómica, y la brusquedad de los movimientos, puedo deducir la antigüedad³. Los datos colectados en la anamnesis (actividades habituales y cuándo se establecieron, traumatismos o cirugías antiguas y cuándo sucedieron) me ayudan a delimitar épocas posibles. Por ejemplo, si las erosiones captadas por la sensopercepción me sugieren que esta disfunción tiene unos años, digamos más de dos años, pero menos de veinte, y el paciente me comenta que tuvo una operación en alguna zona aledaña hace ocho años, puedo sospechar que la disfunción se originó en esa cirugía. En resumen: cuanto más antigua es una disfunción, más suavizados serán sus movimientos.

Por otro lado, el cuerpo tiene etapas históricas definidas de desarrollo. Supongamos que siento una tensión que ejerce una fuerza en el tórax, que lo orienta a rotar hacia la izquierda. Si, de acuerdo con esa tensión, además los huesos de la caja torácica tienen un patrón estructural asimétrico ladeado hacia la izquierda, es probable que esa tensión haya existido en el momento que los huesos se desarrollaron; en la niñez o en la adolescencia. Si esa tensión se hubiera establecido hace unos pocos meses, es poco probable que hubiera podido influenciar la forma de los huesos.

Con eso basta para mostrar que la escucha, con una práctica extendida, es poderosa. No es sólo sentir si un hueso está roto o un músculo está contracturado, sino que puede proveer mucha más información. Pero no me voy a quedar ahí, sino que voy a arriesgar ahora una afirmación mucho más ambiciosa: la escucha nos permite sentir emociones.

Dicho así, suena a magia. Pareciera que siento el miedo como si tuviera superpoderes, o al menos una habilidad parecida a la que se le asigna a los perros de oler el miedo, o como si hubiera en los tejidos alguna emanación vibratoria particular, pero el asunto es mucho más terrenal. En principio, corrijamos un poco el vocabulario, porque decir que sentimos emociones es poco riguroso. Digamos mejor que lo que percibimos son huellas de eventos

3 Digo 'deducir', pero, dependiendo de la experiencia del osteópata, buena parte del proceso es inmediato, no deducción sino inducción. Se produce por encapsulación de conocimientos y penetración enactiva, dos fenómenos de los que hablaremos en profundidad.

emocionales antiguos. O mejor aún: lo que percibimos son efectos de modos particulares de funcionamiento del cuerpo o resabios corporales de acciones de mecanismos autónomos de protección. Veamos un poco más en detalle estos dos conceptos.

¿A qué nos referimos con “efectos de modos particulares de funcionamiento del cuerpo”? Supongamos que sienta un ritmo cardíaco desperejo, una arritmia, y la alteración es de un tipo particular que reconozco como causada por una hipertrofia ventricular izquierda, vale decir, que el ventrículo izquierdo está más desarrollado que el derecho. Esto me indicaría que en algún momento hubo un período más o menos largo de agitación, con elevación del ritmo cardíaco. Sabemos que esta taquicardia no fue causada por actividad física, porque en el ejercicio buena parte del retorno venoso está impulsado por los músculos esqueléticos que bombean las venas, y entonces el aumento del ritmo cardíaco durante la actividad física no genera hipertrofia ventricular izquierda. Esta se genera por períodos prolongados de taquicardia en reposo, donde el retorno venoso depende de la fuerza del corazón, y, por lo tanto, la salida de sangre de éste encuentra más resistencia, sobre todo desde el ventrículo izquierdo, que es el que envía la circulación hacia el cuerpo a través de la aorta. Vale decir, esta persona sufrió un período de estrés más o menos prolongado. La variación rítmica me da una idea de la diferencia de volumen entre un ventrículo y el otro, y esa diferencia me da una idea de la duración de ese estrés (mayor diferencia interventricular me indica un período de estrés más largo). No puedo deducir mucho más de este único dato, pero sumando y articulando diversos datos similares, podría llegar a deducir qué tipo de emoción representa ese estrés (miedo, bronca o alguna otra).

Esto último implica saber cómo las emociones influyen en el cuerpo. La bronca y el miedo, por ejemplo, me aumentan el ritmo cardíaco, así que podría sospechar que ese período de estrés era la manifestación de alguna de ellas. Ambas producen muchos otros cambios fisiológicos, algunos similares y otros que las diferencian.

El miedo es un tipo de respuesta de estrés, que incluye la liberación de adrenalina en sangre. Uno de los efectos inmediatos de la liberación de adrenalina es la vasoconstricción en determinadas partes del cuerpo, incluida la piel. Esto sucede porque el cuerpo predice que va a realizar un gasto grande de energía (en principio, salir corriendo) y se prepara para eso. Entonces, entre otras estrategias, redirige el flujo sanguíneo a los músculos de las extremidades, y a algunos órganos como el corazón y los pulmones. La reducción del flujo sanguíneo a la piel produce palidez. En resumen: el miedo es una respuesta de estrés en la que el cuerpo se prepara para salir rajando y, entre otras cosas, retira sangre de la cara, y uno se pone blanco.

La bronca es un tipo distinto de respuesta de estrés, y comparte muchos efectos fisiológicos con los que acabamos de describir para el miedo. Sin embargo, hay muchos efectos que son distintos, y de esos nos interesa especialmente uno: la circulación facial. La bronca prepara el cuerpo para pelear, y la lucha se realizaba (antes de la civilización) con el cuerpo y el hocico. Por tanto, la bronca lleva sangre a los miembros *y a la cara*. En resumen: la bronca es una respuesta de estrés en la que el cuerpo se prepara para luchar y, entre otras cosas, lleva sangre a la cara, y uno se pone colorado.

Sabiendo eso, de acuerdo con cómo afectó ese período de estrés a la zona de la cara (sobre todo a la ATM), puedo deducir si lo que sucedió fue más bien bronca o más bien miedo.

Ahora, ¿a qué nos referimos cuando decimos que sentimos “resabios corporales de mecanismos autónomos de protección”? El cuerpo se monitorea constantemente, y si percibe una zona que necesita protección, establece algún mecanismo al respecto. Un ejemplo claro: si nos duele la panza, los músculos abdominales se contraen, y nos colocamos en una posición cóncava hacia delante. Otro: si nos lastimamos el tobillo, los músculos de la pierna, el muslo y la cadera adquieren una configuración particular para evitar ciertos movimientos, y entonces rengueamos. Los comportamientos ilustrados en estos dos ejemplos se representan con la frase “el cuerpo abraza la lesión”, atribuida a Jean Pierre Barral. Estos mecanismos de protección a veces son directos (cuando recibimos un golpe en el abdomen nos curvamos hacia delante), pero a veces son indirectos o hasta simbólicos (si nos asustamos, el cuerpo tiende a proteger el corazón, adoptando una postura como rodeándolo, incluso poniendo las manos delante del pecho, aun cuando no haya ningún peligro físico para el corazón en tanto estructura anatómica). En el momento de hacer la evaluación, puedo detectar este tipo de mecanismos si están activos (por ejemplo, una distribución particular de contracciones musculares que derivan en un patrón postural) o no activos pero sensibilizados (no hay postura visible, pero al apoyar mis manos los músculos reaccionan contrayéndose, como un reflejo), o simplemente sensibles (hay dolor o incluso cosquillas)⁴.

En este caso también necesito, por supuesto, saber muchas cosas: qué músculos van de dónde a dónde, cuál es su acción, qué hormonas se disparan en cada emoción y qué efectos fisiológicos tienen esas hormonas, qué nervios inervan a cada estructura y a la altura de qué segmento vertebral contacta cada uno de ellos con la médula espinal, qué arterias o venas pasan

4 Entre las cosas que escuchamos, está la sensación subjetiva que reporta el paciente al hacer algún contacto o establecer alguna presión o tensión longitudinal. El dolor y las cosquillas son indicadores de estrategias de funcionamiento de este cuerpo en particular.

por dónde para saber qué músculos pueden comprimirlos y hacia dónde van para saber qué efectos puede tener esa compresión.

Por todo esto que acabamos de decir, el itinerario de la escucha (por dónde me lleva y dónde la sigo), con sus diferentes escalas donde recopiló información, me ayuda a elaborar un diagnóstico. Pero la escucha no es el diagnóstico, y el diagnóstico tampoco es el resultado directo de la escucha. El diagnóstico tiene dos fases: primero recopilar datos y luego pensar. Parte de la recopilación de datos se produce en la escucha, pero otra parte sucede en la anamnesis, en los tests ortopédicos que ejecutemos, en los posibles estudios que el paciente haya traído, y en las preguntas y comentarios que surjan a lo largo de la sesión. Hacer un diagnóstico es armar una cronología relacional a posteriori. Una vez que me parece haber recopilado todos los datos requeridos, saco las manos, dejo de sentir, y pienso⁵.

Pensar es encontrar lógicas, relaciones, influencias y causalidades para elaborar un modelo. Las variaciones de movimientos tanto articulares como internos, efectos fisiológicos emocionales temporarios (mecanismos de protección) y permanentes (como una hipertrofia ventricular izquierda), tensiones, más los datos históricos y sintomáticos de la anamnesis, me permiten elaborar un mapa del paciente, con tensiones mecánicas, efectos nerviosos y fluidicos, que represente tanto el estado actual del cuerpo como su historia, así como también estrategias de protección, políticas de eficiencia, contingencias fisiológicas, insolvencias psicomotrices y preferencias cinéticas.

Como dice Rollin Becker (1997): “Nuestra tarea número uno debe ser buscar y ser conscientes del patrón de funcionamiento dominante de la salud que habita en cada individuo, sentirlo en su funcionamiento y comprender qué es específicamente salud para ese individuo en el momento del examen inicial. Nuestra segunda tarea debería ser reconocer los patrones existentes de disfunción como una superposición de este patrón dominante de salud”.

Es verdad que parte del proceso de pensar sucede en la escucha de manera automática, en esa instancia que no es ni inconsciente ni consciente, sino prenoética⁶. Pero esto no quiere decir que no piense, sino que parte del pensar se encapsula en la escucha gracias a años de práctica.

5 Esta figura es, por supuesto, muy variable. En la clínica cotidiana, sucede que recopilo datos, pienso, intento armar un modelo, me doy cuenta de que me faltan eslabones, sigo escuchando aquí y allá, dejando que la escucha me lleve, pienso otra vez, especulo qué es lo debería haber en algún espacio que me queda en blanco, pregunto, integro la respuesta a mi modelo, ejecutamos uno o dos tests ortopédicos para corroborar algo, integro los resultados en el modelo, pienso de nuevo, recuerdo un detalle de la anamnesis que estuve pasando por alto, pregunto, vuelvo a la escucha, pienso, vuelvo a recopilar datos, confirmo esto o aquello, pienso de nuevo, recopilo, testeo, escucho, pienso.

6 Son prenoéticos aquellos fenómenos que construyen y pueblan la consciencia, pero no son en sí mismos conscientes.

Esta característica prenoética de la escucha es fundamental, y vamos a explicarla en detalle más adelante.

Así y todo, no puedo obviar la instancia final de pensar de manera consciente, para establecer un diagnóstico.

Este diagnóstico no es la simple asignación de un nombre que designa una patología como en la medicina convencional, sino que es un rastreo de causalidades e influencias. Es narrativo, complejo, siempre distinto. En la historia clínica del médico convencional, existirá alguna anotación de este estilo: “Diagnóstico: tendinitis del supraespinoso”. Eso es todo lo que necesita: un nombre. En mis historias clínicas, por el contrario, el diagnóstico es un grafo con un montón de globos, flechas, comentarios, fechas, dibujos. En ese grafo, los elementos no son sólo disfunciones, sino todo el funcionamiento de la persona, o por lo menos, lo que me parece relevante en este momento clínico. Este mapa me permite entender cómo sucedió todo, dónde empezó, por qué se mantuvo (es decir, por qué los mecanismos naturales de regeneración no lograron volver al equilibrio), dónde compensó. Y de ahí, puedo especular qué cambios necesitan hacerse para que ese cuerpo pueda ejercer su operatoria normal.

Esta dicotomía en el enfoque diagnóstico está representada por los términos nomotético e idiográfico, acuñados por el filósofo Wilhelm Windelband. Basado en la concepción kantiana de que el conocimiento se produce aplicando leyes universales a circunstancias particulares, Windelband describió dos métodos de producción de conocimiento. El enfoque nomotético describe una tendencia a generalizar, mientras que el enfoque idiográfico describe una tendencia a especificar. El enfoque nomotético se refiere al esfuerzo por derivar leyes que expliquen diferentes tipos o categorías de fenómenos objetivos, mientras que el enfoque idiográfico se refiere al esfuerzo por comprender el significado de fenómenos contingentes, únicos y subjetivos. El enfoque nomotético utiliza métodos científicos, experimentos, datos cuantificables, análisis estadísticos, mientras que el enfoque idiográfico se centra en diferencias específicas, datos cualitativos y experiencias individuales.

Cuando decimos que el diagnóstico de la medicina convencional es nomotético, nos referimos a que es objetivo, cuantitativo y genérico. Cuando decimos que el diagnóstico osteopático es idiográfico, nos referimos a que es subjetivo, cualitativo y personalizado.

A modo de resumen de lo dicho, dejo a continuación un párrafo notable por lo engorroso. No sólo está plagado de neologismos, sino que además los ametralla uno atrás del otro, sin darte tiempo a respirar. Lo conservo porque tiene dos virtudes: primero, es una sola frase con doce palabras esdrújulas, y

eso quizás amerite una referencia en algún libro de récords inútiles; segundo, es un resumen preciso de lo que es la osteopatía y cómo se diferencia de la medicina convencional. Acá va:

A diferencia del diagnóstico diferencial de la medicina convencional, que es nomotrópico, reduccionista, nomotético y homeostático, el diagnóstico osteopático es etiotrópico (las flechas y fechas me indican las relaciones causales e influencias), holístico (los globos incluyen estructuras corporales, emociones, eventos del mundo exterior, costumbres), idiográfico (elaboro un mapa distinto con cada paciente), cibernético (determino las vías circulatorias, neurales y mecánicas de comunicación interna) y autopoietico (entender dónde se perturbó el proceso de autocuración es tanto o más importante que encontrar lo que está funcionando mal).

La escucha en el tratamiento

Resumiendo, dijimos que la escucha no es el diagnóstico, sino una de las herramientas que me ayudan a elaborar un diagnóstico. Dijimos también que la escucha me ayuda no sólo a detectar disfunciones, sino a entender el funcionamiento global del paciente, incluidas sus políticas fisiológicas, sus estrategias, tácticas, prioridades y *modus operandi*. Es decir, la escucha ayuda en ambos sentidos del diagnóstico: tanto en detectar desviaciones, como en entender el funcionamiento habitual de esta persona. Pero no se queda en el diagnóstico, porque participa también en el tratamiento, de tres maneras.

En primer lugar, guía cualquier técnica que quiera aplicar. Al usar una técnica de corrección, la escucha me permite saber el lugar, la dirección y el momento exactos de cada intervención y cada uno de sus pasos, incluida la cantidad de fuerza que debo emplear, cuándo aumentarla y cuándo disminuirla, como vimos en el ejemplo de la técnica para reposicionar la cabeza del peroné. Una técnica se amolda a las estructuras del paciente y sigue sus ritmos y direcciones. La técnica en crudo, tal como es aprendida en el ámbito académico, es sólo un arquetipo. La aplicación en el momento clínico debe adaptarse al terapeuta, al paciente y a las circunstancias. La escucha guía, adapta y modula la aplicación de las técnicas.

En segundo lugar, la escucha pone al terapeuta y al paciente en un estado particular, un estado alterado de consciencia y somático que cataliza el tratamiento. La escucha predispone al fenómeno terapéutico.

En tercer lugar, la escucha es en sí misma terapéutica. Así como es una de las herramientas que la osteopatía utiliza para el diagnóstico, es también

una de las técnicas que utiliza para el tratamiento. No es la única, y quizás no sea tampoco la más importante, pero en ciertas situaciones la escucha por sí sola puede permitir una transferencia bidireccional de información que activa o regula ciertos procesos autocurativos.

En resumen, la escucha prepara el cuerpo y predispone a la mente para la cura.

Por un lado, prepara el cuerpo amplificando la capacidad sensorial tanto en el terapeuta como en el paciente. En el terapeuta, esta sensibilidad aumentada es útil para el diagnóstico y para la optimización de la aplicación de las técnicas. En el paciente, se constituye en un acto de experiencia y entrenamiento de la autoconsciencia somática. Este acto actualiza, pormenoriza y satura la imagen corporal propia, y a este fenómeno lo llamamos afinación somática. El paciente se conoce y se reconoce.

Por otro lado, predispone a la mente, también del terapeuta y del paciente. En el terapeuta, dispone temporalmente un estado de fusión somática y empatía física propioceptiva con y hacia el paciente, que facilita la comprensión global de su historia y estado actual. En el paciente, orienta los procesos organísmicos hacia la sanación, y excita los procesos fisiológicos autónomos hacia un proceso de autorregulación.

**LA ESCUCHA PREPARA EL CUERPO Y
PREDISPONE A LA MENTE PARA LA CURA.**

La escucha como proceso enactivo

Estos puntos merecen una aclaración. Acabamos de nombrar efectos de la escucha tanto en el terapeuta como en el paciente, y esto no es trivial, porque implica que el proceso de adquisición de datos que utilizamos (la escucha) modifica al objeto investigado, cuando lo usual es que un proceso de percepción/indagación establezca un flujo de información en una sola dirección (de objeto observado a sujeto observador) y no al revés. Justamente, una de las dificultades conceptuales de la escucha es que se habla de ella de dos maneras distintas. A veces se la nombra como una capacidad de sentir, es decir, un tipo particular de aferencia. Pero también se habla de lo que se da en la escucha, e incluso de su potencial terapéutico, es decir, de sus propiedades eferentes. Coordinar estas dos concepciones de la escucha no es banal. Podría pensar que a veces la escucha se usa

para sentir y otras para comunicar, pero en ese caso la escucha no sería ni eferencia ni aferencia, sino otra entidad de nivel superior que tiene capacidades tanto aferentes como eferentes, y esto se aleja de la idea de escucha como entidad única y simple.

La manera de entender la escucha es desde la teoría de cognición enactiva (Varela, 1991), que sostiene que el conocimiento no es algo que obtiene un observador de un entorno independiente de él, sino que se crea en las interacciones entre dos sistemas. Esta idea incluye dos conceptos: 1) el conocimiento no se obtiene, sino que se crea, y 2) el conocimiento no se produce mediante absorción o interpretación sino mediante acción. En todo proceso de conocimiento o aprendizaje existe un flujo de información y de energía entre dos entidades, y el conocimiento se crea en las coyunturas de ese intercambio. Como dice Stilwell (2019): “la percepción no se ve como algo estático o en nosotros, sino que es un proceso o algo que hacemos”.

Enacción significa, literalmente, representar en acción. Es decir, una enacción es una representación, pero no en el sentido de una fotografía (en la que un conjunto de colores organizados de determinada manera “representa” un paisaje), sino en el de una obra teatral (en la que un actor “representa” un papel). Varela (1991) propuso el término para “enfaticar la creciente convicción de que la cognición no es la representación de un mundo pre-dado por una mente pre-dada sino más bien la puesta en obra de un mundo y una mente a partir de una historia de la variedad de acciones que un ser realiza en el mundo”. La teoría de la cognición enactiva es la idea de que los organismos crean su propia experiencia a través de sus acciones. Los organismos no son receptores pasivos de información del entorno, sino actores en el entorno de tal manera que lo que experimentan está determinado por la forma en que actúan (Hutchins, 1996).

El tacto es el escenario indudable donde se despliega un conocimiento enactivo, porque no puedo tocar sin ser tocado, y no puedo obtener información táctil sin influenciar lo que toco (puedo mirar sin que me vean y oír sin que nadie se dé cuenta, pero el toque furtivo no existe), y en ese sentido la escucha es un ejemplo claro, donde el diagnóstico no es una mera interpretación del estado objetivo del cuerpo del otro, sino que el conocimiento brota en el diálogo entre los tejidos del terapeuta y del paciente.

**LA ESCUCHA NO ES EL DIAGNÓSTICO,
Y EL DIAGNÓSTICO TAMPOCO ES
EL RESULTADO DE LA ESCUCHA.
HACER UN DIAGNÓSTICO ES ARMAR UNA
CRONOLOGÍA RELACIONAL A POSTERIORI.**

La escucha es, por lo tanto, una instancia muy particular y definida de atención táctil, pero, además, es una aptitud y una actitud.

Es una aptitud porque la escucha no es fácil. Una persona común, o un estudiante de los primeros años de la carrera, pone las manos sobre otra persona y no siente nada, o por lo menos, no mucho más que la temperatura corporal, la respiración torácica, y quizás los latidos del corazón. Hace falta práctica para lograr amplificar la capacidad de percepción necesaria para la escucha. Por otra parte, es necesario aprender y entender todas las estructuras anatómicas, sus funcionamientos y sus relaciones. Sin saber lo que hay dentro, no se puede escuchar. Un corredor de autos puede darse cuenta entre los ruidos que oye que el carburador está regulando mal, pero no podría escuchar eso si no supiera qué es un carburador, dónde está y qué ruido hace habitualmente.

Es una actitud porque es necesaria cierta disposición de ánimo para poder escuchar. Necesito entrar en modo escucha. Necesito la intención de no buscar nada, sino ser totalmente aferente.

Tanto la aptitud como la actitud necesitan aprendizaje y práctica. Al principio de la carrera, los estudiantes intentan escuchar, emulando a sus docentes, y no sienten nada. Eso es inevitable, porque son necesarias muchas horas de práctica sostenida, consciente, esforzada. Por un tiempo largo, años, los estudiantes intentan e intentan en vano. Los más afortunados quizás consigan un atisbo pasajero aquí y allá. Pero en cierto momento, eso cambia. Uno empieza a percibir cosas hasta ese momento veladas, y la escucha se torna cada vez más amigable. En ese momento, uno se enamora de la escucha.

La esoterización de la escucha

Resulta atávico, misterioso y mágico poder sentir cosas que antes uno no sabía que existían. Los estudiantes de los primeros años de la carrera suelen seguir un recorrido de tres fases: una fase de esperanza cuando vislumbren lo que se puede lograr, una fase de desesperación cuando intentan e intentan y nunca sienten nada, y una fase de maravilla y éxtasis cuando empiezan a sentir. En mi caso, con un background cientificista duro y una personalidad neurótica de desconexión total, la fase de desesperación fue larga. Larguísima. Mis compañeros ya comentaban que sentían esto o aquello, y yo en cada seminario repetía la misma frase: No siento nada. Llegué a creer que la osteopatía no era para mí, que tenía alguna limitación intrínseca que me iba a impedir ejercer esta profesión. Fui el último, por lejos, en sentir alguna

cosa. Y creo que esa dificultad, esa necesidad de entender qué pasaba, es la que me lleva hoy a intentar entenderla mejor y escribir sobre la escucha.

La escucha es el rasgo más identificador de la osteopatía, lo que la diferencia tanto de la medicina convencional como de otras medicinas complementarias. Un osteópata puede no hacer *thrusts*, puede no tener consultorio, puede incluso no dedicarse a la clínica, pero un osteópata que no escucha no es un osteópata. La escucha es la característica más venerada por los admiradores y también el flanco por donde es más criticada por los escépticos. Así y todo, paradójicamente, es el aspecto más informal en el currículum de enseñanza.

En una carrera de osteopatía seria, con una duración de 5 años y una carga horaria de algo así como 4000 horas, la mayoría de las horas de estudio son de conocimientos base y de técnicas de diagnóstico y de tratamiento. Hay algunas otras horas de filosofía o deontología, pero, en comparación, muy pocas sobre sensopercepción. La adquisición de esta habilidad queda distribuida de manera informal a lo largo de las distintas materias, en sus propias prácticas y siguiendo los criterios que se le ocurran a cada docente.

Algo similar sucede con los libros. No hay muchos consagrados sólo a la escucha, pero hay libros más generales que le conceden alguna sección. En general, sólo le dedican algo de atención los libros de osteopatía craneosacra, de manera que queda limitada a un solo punto de vista.

Así y todo, a pesar de no tener una asignación particular de una parte del currículum, la escucha es *el* tema de la carrera. Los estudiantes se la pasan hablando de escucha, de lo que empiezan a sentir, endiosan a tal o cual docente por alguna demostración de su capacidad de escucha, y se aconsejan y consuelan mutuamente ante la desesperación de no poder escuchar.

Hay otra característica de la didáctica de la escucha además de la informalidad curricular, y es que los intentos de enseñanza suelen intentarse mediante koanes. Cuando los estudiantes preguntan cómo sentir, qué estrategias implementar para poder sentir más o mejor, los docentes suelen responder con sentencias ambiguas, del tipo “seguir los tejidos” o “conectarse con la quietud” o “no pienses”. Estas frases son correctas, pero uno puede comprenderlas muchos años después, cuando ya posee cierta capacidad de escucha.

GLOSARIO: KŌAN

KŌAN: Un kōan es un tipo de microrrelato utilizado en la práctica zen para transmitir algún conocimiento. Si bien hay variaciones, la estructura narrativa típica es la siguiente:

_ Un discípulo le hace una pregunta a su maestro, sobre algún tema trascendente (la felicidad, la valentía, etc.).

_ El maestro responde de manera desconcertante o ilógica.

Muchas veces, la respuesta no es oral, sino una acción.

Ejemplo: Un monje vio una tortuga en el jardín del monasterio y le preguntó al maestro:

"Todos los seres cubren sus huesos con carne y piel. ¿Por qué este ser cubre su carne y piel con huesos?". El Maestro se quitó una de sus sandalias y la puso sobre la tortuga.

Enamorarse de la escucha es hermoso, pero a la vez la falta de integración de ese enamoramiento es una de las causas de un problema que se encuentra en el camino del osteópata. Es tan mágica, tan amigable, tan movilizadora, que uno cree que es lo único importante. Uno descubre que el mundo en que nos hallamos está poblado de cosas que no percibimos, que comparten nuestro espacio y tiempo interpenetrados con nuestra materia, coexistiendo gracias a una multiplexión ontológica. Cuando uno entiende que hay un mundo invisible que es infinitamente mayor que el visible, y que ambos mundos se influyen, uno quiere escuchar todo el tiempo. La escucha se expande, prolifera e inunda. La escucha es tan poderosa y tan atrayente, que puede llegar a invadir el lugar del razonamiento clínico. Y hay osteópatas, sobre todo en las nuevas generaciones, demasiado necesitadas de escapar del materialismo cotidiano, que se quedan ahí y se olvidan de todo el resto. Se mistifica a la escucha, y se la mistifica a tal punto que ocupa lugares que deberían ocupar otros procedimientos, y muchos osteópatas se olvidan de que la osteopatía no es la escucha, sino que la osteopatía es pensar como Still.

**LA OSTEOPATÍA NO ES LA ESCUCHA.
LA OSTEOPATÍA ES PENSAR COMO STILL.**

La escucha es hermosa y poderosa, pero hay que darle su lugar. El enamoramiento nacido de las primeras experiencias de escucha más el esoterismo de la enseñanza por koanes la vuelven mística. Es necesario entretejerla en los principios de la osteopatía. Esta integración precisa tanto de una explicación como de una desmitificación de la escucha, y esto, lejos de quitarle atractivo, lograría empoderarla aún más.

2. La osteopatía y la escucha

La osteopatía como filosofía

A fines del siglo XIX, la medicina se regía por la premisa fundamental de que las enfermedades eran causadas por algún desequilibrio en los cuatro humores básicos (bilis negra, bilis amarilla, flema y sangre). El tratamiento predominante en esta época consistía en procedimientos invasivos como sangrías y el uso indiscriminado de purgantes que incluían sustancias tóxicas tales como láudano, arsénico o mercurio. Es lo que se llama el período de la Medicina Heroica. Los resultados eran por lo menos dudosos, y muchas veces los métodos eran tan violentos que llevaban a la muerte. Se dice que la probabilidad de curarse (y de sobrevivir) era mayor si, en vez de acudir al médico, uno se quedaba en casa y cruzaba los dedos.

En ese contexto, Andrew Taylor Still propuso una perspectiva alternativa, que sugería que las enfermedades eran más bien resultado de desequilibrios en el intercambio interno de energía e información, ya sea a nivel mecánico, nervioso o fluido. El Dr. Still abandonó los tratamientos basados en cócteles tóxicos y, en su lugar, introdujo un enfoque diagnóstico y terapéutico fundamentado en la consideración de criterios tanto estructurales como funcionales.

El razonamiento clínico de Still implica varios criterios guía, que podemos extraer de sus textos:

- 1) Buscar las raíces del problema, entendiendo su evolución histórica y descifrando todos los eslabones que desembocan en la sintomatología actual. En cada situación clínica, mi meta es lograr una comprensión etiotrópica: buscar las causas de lo que le sucede al paciente. Y no solo determinar los eventos causales, sino también las razones que determinan el camino disfuncional. En este sentido, la búsqueda etiotrópica aglutina los conceptos de etiológico y teleológico, y explora tanto el origen de una aflicción como el propósito que el cuerpo persigue al manifestarla.

Si un paciente llega con una situación (llamémosla B) que necesita resolverse para recuperar la salud (ya sea un síntoma, una disfunción, un modo particular de funcionamiento o un mecanismo fisiológico), debo primero encontrar qué otra situación la origina (llamémosla A). Pero la investigación no termina una vez que encuentro la situación A como la causa de B. Necesito profundizar aún más, para descubrir qué necesita resolver la situación A (es decir, con qué propósito desencadena algún otro evento) y por qué desencadena específicamente la situación B en lugar de C o D.

Para transmitir esta noción, utilizo dos términos emparentados, pero no equivalentes. En primer lugar, digo que la osteopatía es *etiopática* en el sentido de que trata las causas. Este término es especialmente útil cuando quiero contrastar el enfoque osteopático con el enfoque alopático de la medicina convencional. Por otro lado, si me refiero solo al diagnóstico, utilizo el término *etiutrópico*, lo que significa que su propósito es hacer una búsqueda causal para revelar la cadena etiológica que desemboca en la enfermedad. Este término es especialmente pertinente para contrastarlo con el diagnóstico diferencial de la medicina convencional, que busca clasificar los síntomas y signos emergentes en el paciente dentro de un catálogo genérico de patologías preestablecido basado en estadísticas. A este enfoque lo podríamos llamar *nosotrópico*.

**ENFOQUE ETIOTRÓPICO:
HACER UNA BÚSQUEDA CAUSAL PARA
REVELAR LA CADENA ETIOLÓGICA QUE
DESEMBOCA EN LA ENFERMEDAD.**

2) Reconocer que esas cadenas etiológicas no son universales, sino que se manifiestan según numerosas variantes, y que cada persona es única tanto en su anatomía, como en su patología, como en sus mecanismos de curación y compensación. Por tanto, las prescripciones genéricas (como el diagnóstico diferencial de la medicina convencional), que atribuyen dinámicas y características universales a cada cuadro sintomático, no siempre resultan efectivas. Podrán ser efectivas en algunos casos, quizás incluso en la mayoría, pero no en todos.

Aceptar que la praxis clínica debe centrarse en el individuo como persona implica que tanto el diagnóstico como el tratamiento deben seguir una interpretación *idiográfica*. Esto implica un enfoque más personalizado y específico, que reconozca la individualidad de cada paciente. Este cambio

de paradigma respalda la idea de que la atención médica debe adaptarse a la diversidad inherente a la experiencia de la enfermedad en cada persona.

**INTERPRETACIÓN IDIOGRÁFICA:
HACER UN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
PERSONALIZADOS.**

3) Entender que el cuerpo es una unidad, lo que deriva en dos conceptos: primero, que los eslabones de la cadena disfuncional pueden encontrarse en cualquier elemento de la unión somatopsíquica de la persona (cuerpo, mente y alma; estructura material, procesos cognitivos y emocionales, conductas y costumbres), y segundo, que ninguna parte del sistema somatopsíquico opera de manera independiente de las demás.

Los detractores de la osteopatía equiparan este principio con la frase “todo tiene que ver con todo”, pero esa es una simplificación despiadada. Si quisiéramos simplificar, en todo caso podríamos decir “todo tiene que ver con algo”. No obstante, en la concepción de Still, semejante simplificación dejaría mucho que desear. Si hay algo de lo que Still se ocupa de repetir hasta el cansancio es que es necesario conocer qué estructuras se relacionan con qué otras, de qué manera interactúan, cuándo se potencian mutuamente y cuándo se interfieren, tanto en la teoría abstracta como en las variantes fenotípicas que se encuentran en la clínica cotidiana.

Los principios de una práctica no se formulan simplemente para describir una realidad o una forma de ver el mundo, sino para orientar la praxis. El principio de que el cuerpo es una unidad no se establece para afirmar que todo tiene que ver con todo, sino para indicar que, en la praxis, lo importante es encontrar qué tiene que ver con qué. Este principio equivale a decir que la osteopatía debe tener un horizonte *holístico*.

**HORIZONTE HOLÍSTICO: ENCONTRAR
RELACIONES ENTRE FUNCIONAMIENTOS.**

4) Aceptar la sabiduría del cuerpo y confiar en su capacidad inherente de autocuración. Esto implica asumir una posición de humildad: sabemos menos que el cuerpo. Si intervenimos, es en el menor grado posible, apenas lo necesario para que el cuerpo pueda restablecer o reencauzar sus mecanismos homeostáticos y alostáticos. Esto es lo que llamo un abordaje *autopoietico*.

GLOSARIO: AUTOPOIESIS

AUTOPOIESIS: 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.

Ya explicaremos en detalle este concepto de autopoiesis. Por ahora, digamos que utilizo el término “autopoiético” para referirme a la capacidad de un ser vivo de crearse, mantenerse y regularse a sí mismo. El principio autopoiético es en alguna medida similar al principio de autocuración, pero incorpora, por un lado, la capacidad de crearse además de curarse y, por otro, una definición teleonómica explícita: tanto crearse como curarse tienen como objetivo preservar su unidad y su identidad.

Al asumir esta perspectiva, reconocemos que el cuerpo posee una capacidad innata para restaurar su equilibrio interno y adaptarse a las demandas cambiantes del entorno. En consecuencia, nuestra intervención se limita a proporcionar el apoyo necesario para estimular y potenciar los mecanismos autónomos de curación del organismo, respetando su capacidad autónoma para mantener la salud y recuperarse de las perturbaciones.

**ABORDAJE AUTOPOIÉTICO: PROPORCIONAR
EL APOYO NECESARIO PARA LOS
MECANISMOS DE AUTOCURACIÓN.**

5) Explorar y evaluar las vías internas de intercambio de energía e información, especialmente con relación a variaciones en las influencias circulatorias, nerviosas y de tensiones mecánicas. Esto es lo que designamos como criterios *cibernéticos*.⁷

**CRITERIOS CIBERNÉTICOS: EXPLORAR
LAS VÍAS INTERNAS DE INTERCAMBIO
DE ENERGÍA E INFORMACIÓN.**

⁷ La cibernética ha recibido definiciones de lo más variadas. Mi preferida es la debida a Andrey Kolmogorov: “el estudio de sistemas de cualquier naturaleza que sean capaces de recibir, almacenar y procesar información para utilizarla con fines de control”.

6) 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. Esta idea define a la osteopatía como una práctica centrada en métodos manuales.

MÉTODOS MANUALES: MODIFICAR LA ESTRUCTURA PARA MEJORAR LA FUNCIÓN.

| | | CRITERIO |
|----------------|--------------|--|
| Abordaje | Autopoiético | Aceptar la sabiduría del cuerpo y confiar en su capacidad de autocuración. Intervenir apenas lo necesario para que el cuerpo pueda restablecer sus mecanismos autocurativos. |
| Interpretación | Idiográfica | Entender que las cadenas etiológicas no son universales, sino que cada persona es distinta. |
| Ejecución | Etiológica | Buscar la causa del problema. |
| Horizonte | Holístico | El horizonte holístico incluye dos conceptos: 1) los eslabones de la cadena etiológica pueden encontrarse en cuerpo, mente y alma; 2) ninguna parte del sistema somatopsíquico funciona de manera independiente de otras partes. |
| Criterios | Cibernéticos | Buscar y evaluar las vías de intercambio circulatorias, nerviosas y de tensiones mecánicas. |
| Métodos | Manuales | La clínica osteopática se basa en intervenciones manuales que modifican la estructura para restablecer la función. |

De acuerdo con estos conceptos básicos, afirmamos que la osteopatía es etiopática, idiográfica, holística, cibernética, autopoiética y manual, y estas nociones son las que la diferencian y oponen a la medicina convencional. El horizonte holístico amplía el alcance hacia todas las dimensiones de la persona: no solo el organismo, sino también fenómenos inmateriales. La interpretación idiográfica permite tanto un diagnóstico como un tratamiento personalizados en lugar de genéricos. La búsqueda etiotrópica extiende el rango de indagación en el tiempo: no solo el estado actual de la persona, sino también el ‘por qué’ (etiología) y el ‘para qué’ (teleología) de cada función y disfunción. Los criterios cibernéticos indican que entender el funcionamiento del cuerpo implica analizar los intercambios internos de energía e información, ya sean circulatorios, mecánicos o nerviosos. El abordaje autopoiético fija un límite a la praxis: solo nos interesa desbloquear los mecanismos naturales de autocuración y de ninguna manera intentar forzar una variable fisiológica a un valor estándar. La terapéutica manual se contrapone a la terapéutica farmacológica, que muchas veces lleva a la polifarmacia y a la iatrogenia.⁸

El razonamiento clínico propuesto por Still es lo que se conoce como *filosofía de la osteopatía*, y es una enseñanza omnipresente en las clases y textos osteopáticos, ya que es lo que diferencia y define a la osteopatía. Esta filosofía se resume en algunos principios orientadores, que varían tanto en cantidad como en redacción según los autores y las épocas, pero que esencialmente se pueden equiparar de la siguiente manera:

El horizonte holístico se expresa en el principio de que “el cuerpo es una unidad”.

El abordaje autopoiético se encarna en el principio de que “el cuerpo tiene capacidad de autocuración”.

Los métodos manuales corresponden a la noción de que “la estructura gobierna la función”.

Los criterios cibernéticos se alinean con el concepto de que “la ley de la arteria es suprema”.

La interpretación idiográfica se refleja en la idea de “tratar al paciente, y no la enfermedad”.

La ejecución etiotrópica se alinea con el concepto de “tratar la causa y no el síntoma”.

8 En *El Cuerpo y La Escucha*, muchas veces nos referiremos a todos estos conceptos bajo el nombre genérico de “enfoque holístico”. Salvo los casos en que aclaremos que estamos hablando específicamente de la unidad del cuerpo, cuando hablemos de una filosofía o una idea ‘holística’, queremos decir una filosofía o idea ‘holística, etiopática, idiográfica, autopoiética y manual’.

Nota: estos dos últimos principios, “tratar al paciente, y no la enfermedad” y “tratar la causa y no el síntoma”, no suelen estar explícitamente enunciados entre los principios tradicionales de la osteopatía, porque en principio no representan una diferenciación sustancial respecto de otras disciplinas médicas. Sin embargo, aunque comúnmente se incluyen entre las ideas conductoras de la medicina convencional, la realidad es que su implementación deja bastante que desear. En la práctica médica convencional, existe una creciente preocupación por centrarse más en las patologías que en las personas, y en muchos casos, la búsqueda de las causas puede quedar relegada. En contraste, en la osteopatía se observa una tendencia opuesta: un compromiso creciente con la identificación de las causas subyacentes y un énfasis cada vez mayor en establecer una conexión más profunda con la persona en su totalidad. Dada la significativa disparidad entre estas tendencias opuestas, podría ser valioso considerar la inclusión de estos principios dentro de la filosofía osteopática. Esto no solo contribuiría a resaltar y fortalecer la identidad distintiva de la osteopatía, sino que también subrayaría su enfoque único y beneficioso en comparación con las tendencias predominantes en la medicina convencional.

| | | CRITERIO | PRINCIPIO |
|----------------|--------------|--|--|
| Abordaje | Autopoiético | Aceptar la sabiduría del cuerpo y confiar en su capacidad de autocuración. Intervenir apenas lo necesario para que el cuerpo pueda restablecer sus mecanismos autocurativos. | El cuerpo tiene capacidad de autocuración. |
| Interpretación | Idiográfica | Entender que las cadenas etiológicas no son universales, sino que cada persona es distinta. | Tratar al paciente, y no la enfermedad. |
| Ejecución | Etiológica | Buscar la causa del problema. | Tratar la causa, y no el síntoma. |
| Horizonte | Holístico | El horizonte holístico incluye dos conceptos: 1) los eslabones de la cadena etiológica pueden encontrarse en cuerpo, mente y alma; 2) ninguna parte del sistema somatopsíquico funciona de manera independiente de otras partes. | El cuerpo es una unidad. |
| Criterios | Cibernéticos | Buscar y evaluar las vías de intercambio circulatorias, nerviosas y de tensiones mecánicas. | La ley de la arteria. |
| Métodos | Manuales | La clínica osteopática se basa en intervenciones manuales que modifican la estructura para restablecer la función. | La estructura gobierna la función. |

El hecho de que distintos autores y distintas instituciones propongan distinta cantidad, contenido y enunciación de los principios era esperable, porque la filosofía de la osteopatía es en realidad mucho más barroca y compleja, y resumirla en cuatro o cinco principios es una empresa quimérica. Los principios son solo un instrumento didáctico para entender y guiar. Son un resumen de una filosofía que es mucho más variopinta. Por otra parte, es necesario tener en cuenta que las enumeraciones circulantes de los principios son establecidas por instituciones que los modifican a lo largo del tiempo, dependiendo de decisiones tanto epistemológicas como políticas.

Más allá de esta variabilidad, esta filosofía de la osteopatía es poderosa.

Supongamos que te duele el hombro, vas al médico y te dice que tenés una tendinitis, y te prescribe diclofenac. Qué distinto sería si en lugar de eso se pusiera a trabajar con vos, analizando tu trabajo y tu actividad física, averiguando por antiguas cirugías y traumatismos, rastreando las tensiones persistentes y circunstanciales en el cuerpo que llevaron al músculo supraespinoso a una sollicitación tan intensa o prolongada que culminó en una tendinosis, y terminarías descubriendo que tu dolor de hombro viene de un movimiento subóptimo en tu técnica de revés en el tenis, que sería inocuo si no fuera por esa cirugía de vesícula complicada que sufriste hace un tiempo, más la mala contingencia de que fuiste a jugar al tenis justo la semana que te venías reponiendo de una gastritis. En ese caso, en vez de tomar diclofenac podrías entender ahí mismo cómo cambiar tu práctica deportiva, y aminorar los resabios de aquella cirugía para que no siga molestando, y quizás hasta descubrir por qué habías tenido esa gastritis. Tu dolor se iría, sí, y además evitarías que vuelva, y prevendrías que aparezcan otros futuros dolores.

O supongamos que te duele la espalda, vas al traumatólogo y te diagnostica lumbalgia, y te manda diez sesiones de fisioterapia. Qué diferente sería si en lugar de eso se pusiera a trabajar con vos, con tu historia pasada y el estado actual de tu cuerpo, y terminarías descubriendo que tu dolor de espalda viene de un mecanismo de protección establecido por una situación traumática infantil y cómo resuena en tu cuerpo con una cirugía de hace unos años. En ese caso, en vez (o, además) de hacer fisioterapia pueden hacer ahí mismo un trabajo con el cuerpo, el movimiento, la propiocepción, y entre los dos logran desarmar mecanismos de protección que ya no te sirven e incorporar en el cuerpo estrategias nuevas. Tu dolor se iría, sí, y además muchas otras cosas cambiarían en tu vida.

O supongamos que estás ansioso, quizás hasta con ataques de pánico, vas al psiquiatra y te prescribe clonazepam. Qué distinto sería si en lugar de eso se pusiera a trabajar con vos, con tu historia y tu cuerpo y tus posturas, y terminarías descubriendo que tu ansiedad viene de un embarazo complicado

que te dejó resabios en la fascia pulmonar, sumada a una situación externa que estás viviendo y que sentís que no se puede resolver. En ese caso, en vez de prescribirte una droga que te mantiene sedado, ambos encaran ahí mismo un trabajo con el cuerpo, la movilidad interna, los mecanismos de estrés, y entre los dos logran desmontar alarmas corporales obsoletas y aprender a sentir de otra manera. Tu ansiedad se iría, claro, porque esa alarma que te decía que tenías que cambiar algo en tu vida ya no tendría razón de ser.

La idea subyacente es simple: buscar entender. Y una vez que entendemos, tratar la persona, y no el síntoma. Y la persona es todo: cuerpo, mente y alma. Las enfermedades y dolencias afectan nuestras emociones. Las emociones afectan nuestros comportamientos. Nuestros comportamientos afectan el cuerpo. El cuerpo genera enfermedades y curas. Las emociones se despliegan en el cuerpo. Las dolencias modifican nuestros comportamientos y nuestros comportamientos afectan las dolencias.

Todo aspecto de lo que somos afecta todos los otros aspectos, porque somos uno. Separamos aspectos para estudiarlos o para comentarlos, pero somos uno. Unido, inseparable, coherente.

El cuerpo habla. A veces, sobre todo si no lo escuchamos, el cuerpo habla haciendo síntomas. Un dolor en la rodilla es el cuerpo pidiéndonos tener especial cuidado con esa estructura, sea porque percibe algún peligro de rotura, sea porque está trabajando para repararla.

El osteópata es básicamente alguien que escucha. La idea es escuchar los tejidos y ayudar a que los tejidos se escuchen. Ver dónde hay tensiones o movilidads afectadas, destrabar los mecanismos de recuperación que estén trabados, entender la historia y la memoria del cuerpo, desmontar estrategias y tácticas somáticas y emocionales que ya no sirven, equilibrar los mecanismos naturales de protección, y permitir que el paciente adquiera un nuevo paradigma del cuerpo propio.

**EL OSTEÓPATA ES BÁSICAMENTE
ALGUIEN QUE ESCUCHA.**

Los casos que expuse antes son ejemplos inventados de algo que suele pasar en una sesión. Alguien viene por un dolor o una molestia, y terminamos descubriendo una cadena de lesiones, enfermedades y/o eventos emocionales que confluyen en ese malestar. Y después, desde el cuerpo, trabajamos no los síntomas, sino toda esa historia.

Historia de una aceptación y una adaptación

Andrew Taylor Still no era un académico sino un hacedor. Sus ideas no fueron expuestas en congresos de medicina o en las aulas de las universidades, sino que nacieron y se fueron afianzando en su práctica individual. Comenzó atendiendo sus propios pacientes lejos de los centros académicos que eran las grandes ciudades, y a causa de su éxito, a medida que la gente acudía de lugares remotos y adquiría más y más pacientes, comenzó a reclutar más terapeutas a los que les enseñaba sus ideas. Esta dinámica fue creciendo hasta que Still estableció la Escuela Americana de Osteopatía en Kirksville, Missouri, en 1892. La escuela se convirtió en la base de la profesión osteopática en los Estados Unidos.

A pesar de su popularidad entre los pacientes, la osteopatía enfrentó una oposición significativa por parte del establecimiento médico. Los osteópatas a menudo eran vistos como practicantes poco ortodoxos, y muchos médicos se negaban a trabajar con ellos o a referirles pacientes. Still, por su parte, no hablaba bien de los médicos, a los que muchas veces acusaba de empeorar la situación de los enfermos.

El informe Flexner

Uno de los puntos de inflexión clave en la historia de la osteopatía en los Estados Unidos fue la publicación del Informe Flexner en 1910. El Informe Flexner fue una iniciativa de la American Medical Association encargado a la Fundación Carnegie, con el objetivo de elaborar una revisión exhaustiva de la educación médica en los Estados Unidos, y tuvo un profundo impacto en la medicina. El informe estableció estándares de educación y práctica médica, y, de acuerdo con ellos, examinó y calificó a todas las instituciones de enseñanza existentes en ese momento.

El informe Flexner estableció lo que se conoce como el modelo biomédico de la enfermedad, e introdujo cuatro cambios significativos en la medicina. En primer lugar, el confinamiento de la ciencia médica a cuestiones biológicas, vale decir, la separación de cuerpo y mente. En segundo lugar, la compartimentalización de la práctica y su división en especialidades, por oposición a cualquier enfoque integral o integrativo. En tercer lugar, el uso de fármacos como terapéutica por defecto. En cuarto lugar, la segregación

del rol del médico a uno de curación, al sacar de su campo de atención la prevención y las políticas de optimización de la salud general de la población, que pasarían a manos del estado.

Hay quien dice que tanto la orientación ideológica del informe como sus estándares y métodos de calificación, estaban destinados a favorecer la posición de mercado de John Rockefeller, quien lo financió y era propietario de buena parte de los laboratorios productores de drogas medicinales basadas en derivados del petróleo. Si bien esto es una especulación difícil de demostrar, lo cierto es que la publicación del informe en 1910 condujo al cierre de más de la mitad de las facultades y escuelas de medicina existentes al no cumplir con los estándares, en particular, todas las que promovían terapéuticas distintas a la medicina convencional, como quiropráctica, electroterapia, naturopatía y homeopatía.

La osteopatía, sin embargo, resistió. La American Osteopathic Association logró que muchas de sus escuelas se adecuaran a los estándares propuestos por el informe, de manera que no las cerraran, aunque esto implicó cambios significativos en su enfoque de la atención médica. Uno de los cambios más significativos fue alejarse del tratamiento manual y centrarse en el uso de medicamentos y cirugía, vale decir, orientarse hacia lo que se conoce como el enfoque biomédico.

Las vicisitudes de la guerra

Tanto la enseñanza como la práctica de la osteopatía lograron sobrevivir el informe Flexner y continuar con sus actividades, aunque poco tolerados por los médicos convencionales. La American Medical Association, en los años 20, había calificado a los osteópatas de “cultistas”, y se les negaba la admisión o la categoría de miembro en los hospitales. En 1923, la AMA declaró que era un deshonor que un médico convencional (MD) consultara a un osteópata (DO), y esto se hizo oficial en 1938, cuando prohibió cualquier relación profesional entre MDs y DOs (Gevitz, 1998).

Pero en los años siguientes, la coyuntura de la Segunda Guerra Mundial iba a ser significativa. Según Shawn Silver, en su artículo “*Thanks, but no thanks*” (Silver, 2012), sucedió que muchos osteópatas se alistaron para participar como médicos en el frente, pero el gobierno se negó a aceptarlos: solo serían reconocidos como médicos en la guerra los médicos convencionales. De manera que los osteópatas no pudieron viajar al teatro de operaciones, y tuvieron que quedarse en casa. Esto, que pareció una victoria para la medicina convencional, tuvo un efecto inesperado: ante la migración de la mayoría

de los médicos al frente, la población local sufrió una escasez de médicos, y tuvo que acudir a las prácticas de los que quedaban: los osteópatas. Cuando la guerra terminó y los médicos volvieron a sus prácticas, se encontraron con que muchos de sus pacientes habían migrado a la osteopatía. Esta situación produjo un equilibrio de poderes, y la AMA tuvo que negociar.

En estas negociaciones, la osteopatía logró ser reconocida como una práctica médica válida, y que los osteópatas fueran aceptados para integrar la AMA. Pero esta aceptación no fue gratuita. La implementación de la medicina estadounidense estaba regulada por el sistema de seguros médicos, que exigía la compartimentalización de especialidades según su campo de aplicación, de manera que los osteópatas necesitaron definir su objeto clínico para poder categorizarse como una especialidad médica.

El viraje filosófico

Eso fue una renuncia brutal, porque la osteopatía no puede ser una especialidad médica. Lo que diferencia a la osteopatía de la medicina convencional es el enfoque clínico, y no el objeto de aplicación. La disciplina osteopática está caracterizada por ver al cuerpo como una unidad, por ser una práctica manual, por buscar las causas de las aficciones, por establecer un diagnóstico y un tratamiento personalizados, y por intervenir lo justo y necesario para restablecer los procesos naturales de autocuración. Todos estos principios se oponen a los valores fundantes del modelo biomédico, donde se resalta la separación de cuerpo y mente, la terapéutica base es farmacológica, se tiende a tratar los síntomas, se implementan diagnósticos y tratamientos generalizados (medicina basada en la evidencia), y se interviene siempre que sea posible.

**LO QUE DIFERENCIA A LA OSTEOPATÍA DE
LA MEDICINA CONVENCIONAL NO ES
EL OBJETO AL QUE SE APLICA, SINO
EL ENFOQUE CLÍNICO.**

Por tanto, la adecuación a las instituciones médicas oficiales y a la implementación de sistemas de seguros médicos debía corresponder una aceptación, aunque fuera implícita, del modelo biomédico. En la osteopatía de Estados Unidos esto se plasmó en 1953, con la declaración de consenso de

Kirksville y la publicación de *The Osteopathic Concept*, que, entre otras cosas, modificó los principios de la osteopatía.

Los principios quedaron oficializados de esta manera:

- El cuerpo es una unidad.
- El cuerpo posee por sí mismo mecanismos reguladores.
- La estructura y función del cuerpo están recíprocamente interrelacionadas.
- La terapia racional se basa en entender la unidad del cuerpo, sus mecanismos propios de regulación y la interrelación estructura-función.

Una de las modificaciones fue la de quitar la ley de la arteria, aun si la importancia de este principio estaba explícita en su calificación de “suprema”. Este concepto era fundamental en el sentido de que guiaba el camino del razonamiento clínico. Para llenar este vacío, se agregó este otro: “La terapia racional se basa en la comprensión de la unidad del cuerpo, los mecanismos de autorregulación y la interrelación de estructura y función”.⁹

Pero el cambio más significativo fue la modificación del principio de “la estructura gobierna la función” a “la estructura y la función están interrelacionadas”. Este cambio no es banal, porque ese principio era el que legitimaba la práctica manual: si existe una disfunción, es posible corregirla por medio de modificaciones manuales a la estructura, porque “la estructura gobierna la función”. Pero si la estructura y la función están simplemente relacionadas de manera bidireccional, no solo la práctica manual ya no tiene preeminencia, sino que es posible actuar directamente sobre la función, incluso para modificar la estructura. Este cambio era necesario para que los DOs pudieran prescribir drogas farmacéuticas. De todas las concesiones filosóficas al modelo biomédico, esta es la que se encuentra más en oposición al pensamiento de Andrew Taylor Still.

De “lesión osteopática” a “disfunción somática”

Los cambios en la filosofía fundante pueden rastrearse siguiendo la evolución del concepto de ‘disfunción somática’.

9 Martinke (1991), por su cuenta, quizás reconociendo la omisión de una guía orientativa del camino del razonamiento clínico, agrega otros tres a modo de corolario, que parecen un buen resumen de lo que sería la ley de la arteria: - El movimiento de los fluidos corporales es esencial para el mantenimiento de la salud. - Los nervios juegan un papel crucial en el control de los fluidos del cuerpo. - Hay componentes somáticos de la enfermedad que no son solo manifestaciones de la enfermedad, sino también factores que contribuyen al mantenimiento del estado de enfermedad.

En Estados Unidos, los osteópatas fueron reconocidos como una especialidad médica, y dado que las distintas especialidades médicas se ocupan de distintas cosas y esta segregación teleológica es importante para la administración de los seguros médicos, la lesión osteopática pasó a ser “aquello de lo que se ocupan los osteópatas”. Y así como un gastroenterólogo se ocupa de las distintas enfermedades del sistema digestivo y un traumatólogo de los distintos tipos de daño de tejidos musculoesqueléticos, apareció la necesidad de definir la lesión osteopática como una entidad que fuera responsabilidad únicamente de los osteópatas.

Con esta intención, a principios de los años 70, Ira Rumney promovió el cambio de nombre, de “lesión osteopática” a “disfunción somática”. Esta idea perseguía dos objetivos. Por un lado, quitar del nombre la palabra “osteopática”, que detenta una circularidad que los sistemas de seguros médicos no toleran (una lesión osteopática es el tipo de lesión de la que se ocupan los osteópatas, y los osteópatas se ocupan de lesiones osteopáticas). Por otro, desvincularse del término “lesión”, del que ya se ocupaban otras especialidades médicas.

En este sentido, una disfunción somática no es una lesión (porque no hay daño material), pero tampoco una simple disfunción (en la que lo estructural no parece jugar ningún papel). La conjunción de las dos palabras, “disfunción” y “somática”, pareciera indicar que es un problema en la relación entre estructura y función, y no en solo uno de esos ámbitos.

De esta manera, el campo de aplicación de la osteopatía quedó diferenciado. De las lesiones, se ocuparían los cirujanos y los traumatólogos, de disfunciones a secas se ocuparían las distintas especialidades médicas, y los osteópatas se ocuparían de problemas intermedios, que son somáticos, pero sin ser lesiones. De esta manera, los osteópatas lograron encontrar un lugar libre en el catálogo de especialidades médicas, en la vecindad de traumatólogos y fisioterapeutas.

La escucha como elemento de resistencia

En ese escenario, la osteopatía parecía condenada a ser absorbida por la medicina convencional como una especialidad más. Pero, en esa coyuntura, sucede un acontecimiento salvador: el nacimiento de la escucha.

Hablo del nacimiento de la escucha porque es el tema de este texto, pero en realidad lo que nace es toda una teoría y un enfoque particulares de la clínica: el concepto de osteopatía craneal y todo el corpus del trabajo de Sutherland, con la escucha incluida. Este concepto atesora esta particularidad:

no hay manera de asimilarlo a la filosofía de la medicina convencional. Esto se debe a varias razones: no es medible, es difícil de transmitir por medio de gráficos, estadísticas o incluso textos de manual, pero, sobre todo, no es verificable mediante artilugios tecnológicos objetivos como resonancias o análisis de sangre. La escucha es claramente manual y además es necesariamente holística.

La inclusión de los conceptos craneales y la escucha dentro del canon osteopático frenó la tendencia migratoria hacia el modelo biomédico e impidió que la medicina convencional canibalizara la práctica osteopática, pero no fue suficiente para corregir el curso de la teoría e instrucción osteopáticas y traerlas de vuelta a la concepción original holística propuesta por Still. Las instituciones oficiales eran lo suficientemente fuertes como para mantener cautiva la osteopatía dentro del ámbito biomédico, y continuaban enajenando las prácticas craneales en general y a la escucha en particular.

Esta convergencia de las dos fuerzas, la escucha anclando la osteopatía hacia un modelo holístico, y la tendencia de las instituciones oficiales a llevarla a un modelo biomédico, generó una coyuntura particular donde ninguna de las dos tiene preeminencia sobre la otra.

Se produjo entonces una polarización. Muchos osteópatas se resistieron a los conceptos nuevos, y muchos se fanatizaron. Así como hay una corriente que seculariza la osteopatía intentando acercarla al pensamiento científico y, por lo tanto, ignora la escucha, hay otra corriente que romantiza a la escucha y, por lo tanto, ignora la deducción lógica de la cadena disfuncional. Si bien la mayoría de los osteópatas terminaron -y terminan- ubicándose en alguna posición intermedia, una extrapolación de esa dicotomía ocasionó un cisma, donde aparecieron la osteopatía estructural y la craneosacra.

Estructural y craneosacra son dos grandes corrientes de la osteopatía, que se alinean más o menos con dos grandes estilos de acercamiento al cuerpo: los mecanicistas y los vitalistas. Estas dos corrientes están ordenadas según el eje biomecánico/espiritualista que polariza la epistemología médica en general. No obstante, dado que ambas se mueven dentro de la osteopatía, no mantienen posiciones tan extremas. No son ideologías tan alejadas como para constituir distintas disciplinas, pero en muchos casos realizan aproximaciones o descripciones desde distintos paradigmas. Muchos terapeutas en su clínica, y sobre todo muchos autores en sus libros, se vuelcan hacia alguna de estas dos vertientes. En las posiciones más extremas, la actitud respecto de la escucha, o al menos la forma de hablar de ella, es un poco distinta. En ese juego de fuerzas que atrae a la osteopatía desde polos opuestos, los craneosacros son los que se ubican más cerca del polo esotérico, y los estructurales, del polo biomédico.

La mayoría de las instituciones osteopáticas de educación adoptan alguna posición intermedia, donde se desarrollan tanto las técnicas estructurales biomecánicas como las técnicas más sutiles de escucha. Esto es correcto, pero el problema es que estas dos nociones no terminan de integrarse, y muchas veces se enseñan casi como dos cosas separadas: en tal escenario, se adoptan técnicas estructurales; en tal otro, escucha.¹⁰ En este contexto, la escucha adquiere características de enseñanza esotérica.

Hubo una mistificación de la escucha, y esa mistificación hizo que muchas veces se olvidara de pensar como Still, aun si el mismo Sutherland insistiera una y otra vez que había que pensar como Still.¹¹ Esta mistificación a menudo da como resultado una desviación de la búsqueda recursiva de las causas de una aflicción y un alejamiento de la intención de respetar los mecanismos naturales de autocuración.

En algunos casos, la implementación de la escucha puede desviarse del razonamiento clínico patrocinado por Still. En lugar de seguir el enfoque de Still de anotar mentalmente una anormalidad y continuar investigando hasta construir una cadena etiológica, algunos osteópatas prefieren corregir inmediatamente algo anormal una vez que lo sienten. Esto contrasta con el concepto de Still, que enfatiza entender las causas subyacentes antes de intervenir. El enfoque ideal es corregir solo lo suficiente para facilitar el proceso de autocuración del cuerpo, alineándose con la visión de Still de permitir que los mecanismos naturales de curación tomen precedencia.

Dice Rollin Becker (2000): “La osteopatía es ante todo una profesión pensante, con un diagnóstico pensante y un tratamiento pensante. No hay un momento en el que pueda dejar de pensar con cada diagnóstico y tratamiento. Es demasiado fácil caer en la práctica descuidada de encontrar una disfunción, hacer lo que quieras y esperar que sirva de algo. Eso no es osteopatía”.

Mientras mistifiquemos la escucha, mientras la pensemos como una especie de magia o superpoder, la romantizamos, y romantizar la escucha es un privilegio de clase. Nos da la idea de que somos parte de unos pocos elegidos, y transforma al aprendizaje y práctica de la escucha en un fenómeno esotérico.

10 “Existe una tendencia consciente e inconsciente a separar en nuestro pensamiento la osteopatía craneal de la osteopatía corporal. Necesitamos eliminar esta noción de separación de nuestro pensamiento, consciente e inconscientemente. Es fundamental que eliminemos esta dicotomía en nuestro pensamiento” (Becker, 1997)

11 “El trabajo de A. T. Still nos dio la ciencia de la osteopatía. El trabajo de W.G. Sutherland nos dio el mecanismo respiratorio primario con su anatomía y fisiología detalladas, no como un componente separado del trabajo del Dr. Still, sino como una unidad integrada con la ciencia de la osteopatía”. (Becker, 1997)

Este es justamente el eje problemático actual: hay que desromantizar la escucha para darle poder.

**ROMANTIZAR LA ESCUCHA ES
UN PRIVILEGIO DE CLASE.**

Coyuntura y oportunidad

Hoy en día sobreviene una coyuntura cultural distinta. El escenario epistémico actual se caracteriza por una tendencia creciente hacia enfoques más holísticos de la salud, donde la gente busca tratamientos que aborden no solo sus síntomas físicos, sino también sus necesidades emocionales, sociales y espirituales. Esta tendencia está impulsada por dos razones: 1) una paulatina consciencia de las limitaciones de la medicina convencional, que a menudo se basa en un enfoque reduccionista y biomédico de la salud y descuida el contexto más amplio de la vida de los pacientes, y 2) una resistencia de los pacientes a ser objetificados, lo que los lleva a buscar alternativas que les ofrezcan agencia¹². Como resultado, muchas personas recurren a prácticas de medicina complementaria, entre las que se incluye la osteopatía, que ofrecen una perspectiva más holística de la salud y la curación.

La osteopatía, en particular, tiene el potencial de beneficiarse de esta tendencia hacia enfoques holísticos de la salud. La coyuntura epistémica actual presenta una oportunidad para que la osteopatía recupere sus valores holísticos y su estatus como una complementación viable a la medicina convencional. Esta oportunidad debería ser aprovechada, en dos sentidos.

Por un lado, para modificar los principios de la osteopatía y acercarlos a la idea original, que era más holística. Esto es lo que entendemos, con muchos otros autores, cuando decimos que hay que volver a pensar como Still¹³.

Por el otro, para integrar la escucha dentro de la filosofía osteopática.

Estas dos propuestas podrían capitalizar la tendencia actual. Por un lado, aproximar la utilización de la escucha hacia un razonamiento clínico. Por el

12 Agencia: La capacidad de actuar o de elegir qué acción tomar de forma activa e independiente.

13 Como dicen Julieta Hosselet, DO y Julián Aguilar, DO (2022): “La osteopatía estará a salvo en manos de aquellos que mantengan pura la filosofía de Still y no corran tras el éxito y reconocimientos de sus técnicas”.

otro, recuperar los ideales holísticos de los principios de la osteopatía. Estos dos objetivos se pueden resumir en una sola frase: hay que acercar la filosofía y la escucha. Y así como se puede resumir en una sola frase, se puede cumplir en un solo paso. Se puede al mismo tiempo utilizar la escucha como herramienta de legitimación para devolver los principios de la osteopatía a su visión original, y al mismo tiempo integrar la escucha desde esos mismos principios recuperados y reivindicados.

La escucha como herramienta ideal

De lo dicho en este capítulo y el anterior, ya dije que puedo resumir mi postura en dos proposiciones: 1) la osteopatía es una filosofía, y esta filosofía es un razonamiento clínico particular, que nombramos como “pensar como Still”, y 2) la escucha es la herramienta cardinal de la osteopatía. Esas son las dos premisas de la osteopatía para mí. Pero estas dos proposiciones parecen oponerse. Por un lado, propongo reencauzar la práctica osteopática para volver a pensar como Still, y por otro recuperar, potenciar y explotar la escucha, pero Still no habla de escucha. ¿Cómo superar este dilema? Veamos.

Still nos brindó los lineamientos de un objetivo clínico, con una estrategia y un proceso para alcanzarlo, y también definió el campo de aplicación, una guía de razonamiento clínico y una herramienta terapéutica.

El objetivo del abordaje es restaurar el mecanismo de autocuración natural del cuerpo. La estrategia interpretativa es investigar y tratar a la persona y no la patología. La ejecución se realiza buscando las causas de las disfunciones que presenta el paciente. El horizonte de aplicación es la totalidad somatopsíquica de la persona. El criterio clínico es la ley de la arteria, que nos propone detectar interferencias en los intercambios energéticos e informáticos corporales (por “arteria” hay que entender todo sistema de comunicación: arterias, venas, vasos linfáticos, ventrículos cerebrales y también nervios). Los métodos terapéuticos son los procedimientos manuales.

| | | DIAGNÓSTICO | TRATAMIENTO |
|----------------|--------------|---|--|
| Abordaje | Autopoiético | Entender por qué no se está autocurando. | Restaurar la capacidad de autocuración. |
| Interpretación | Idiográfica | Buscar qué le sucede a esta persona, y no interpretar sus signos en base a estándares estadísticos. | Tratar al paciente, y no la enfermedad. |
| Ejecución | Etiológica | Buscar las causas de las disfunciones. | Tratar las causas de las disfunciones, y no las desviaciones emergentes. |
| Horizonte | Holístico | Las disfunciones pueden manifestarse en cuerpo, mente o alma. | En la elección de técnicas, considerar efectos en cuerpo, mente y alma |
| Criterios | Cibernéticos | Evaluar las vías de comunicación circulatorias, nerviosas y mecánicas. | Restaurar las vías de comunicación circulatorias, nerviosas y mecánicas. |
| Métodos | Manuales | | Las técnicas manuales. |

En el diagnóstico, busco armar un modelo fisiológico del paciente para ver por qué no se está curando. Para eso, voy remontando las disfunciones hacia sus causas, encontrando otras disfunciones originantes que agregó al modelo. Estas disfunciones pueden estar en el cuerpo, la mente o las emociones, y las relaciones entre ellas pueden ser de tipo vascular, nervioso o mecánico.

En el tratamiento, busco desnaturalizar la cadena disfuncional para liberar el proceso de autocuración. Para eso, voy liberando las disfunciones primarias, preponderantes y perpetuantes que desarticulan la totalidad de la cadena. La forma de liberarlas es restaurando el intercambio interno vascular, nervioso o mecánico mediante intervenciones manuales.

Según este razonamiento, en la osteopatía no había una herramienta de diagnóstico idiosincrática. La propuesta por Still era conocer la anatomía al dedillo y pensar como mecánicos, dos ideas muy válidas, pero no lo suficientemente detalladas como para distinguirse de otras prácticas médicas. Fue Sutherland el que proveyó la herramienta de diagnóstico: la escucha. Su razonamiento podría haber sido: dado que la estructura gobierna la función y la vida es movimiento, y usamos esos principios para tratar disfunciones actuando sobre la estructura, esos mismos principios

podrían aplicarse al diagnóstico, de manera que, sintiendo la estructura, puedo deducir la disfunción. De esta manera, podemos agregar la escucha al cuadro de una manera casi inmediata:

| | | DIAGNÓSTICO | TRATAMIENTO |
|----------------|--------------|---|--|
| Abordaje | Autopoiético | Entender por qué no se está autocurando. | Restaurar la capacidad de autocuración. |
| Interpretación | Idiográfica | Buscar qué le sucede a esta persona, y no interpretar sus signos en base a estándares estadísticos. | Tratar el paciente y no la enfermedad. |
| Ejecución | Etiológica | Buscar las causas de las disfunciones. | Tratar las causas de las disfunciones, y no las desviaciones emergentes. |
| Horizonte | Holístico | Las disfunciones pueden manifestarse en cuerpo, mente o alma. | En la elección de técnicas, considerar efectos en cuerpo, mente y alma |
| Criterios | Cibernéticos | Evaluar las vías de comunicación circulatorias, nerviosas y mecánicas. | Restaurar las vías de comunicación circulatorias, nerviosas y mecánicas. |
| Métodos | Manuales | La escucha | Las técnicas manuales. |

Pareciera que la escucha no es simplemente una herramienta agregada más, sino que viene a completar el cuadro de elementos teóricos. Sutherland encontró la herramienta exacta que provee un procedimiento diagnóstico manual, cuya posición estaba vacante. Encaja tan a la perfección, que es casi inmediato integrar el aporte de Sutherland con el pensamiento de Still. Más específicamente, construir un modelo teórico-académico que integre la escucha dentro de los lineamientos propuestos por Still, de manera que no se constituya en una entidad independiente que muchas veces termina contraponiéndose a los otros lineamientos.

Esa empresa requiere varios pasos: demostrar que la escucha es un procedimiento de diagnóstico no solo eficaz sino también idiosincrático, recuperar las cualidades holísticas de la filosofía de la osteopatía, mostrar que la escucha armoniza con esos principios “holísticos”, y finalmente mostrar que una práctica que incluya a la escucha no puede ser otra cosa que holística, y que una disciplina holística no puede no incluir algún tipo de escucha.

El primero de esos pasos es legitimar la escucha en tanto herramienta de diagnóstico, en particular, mostrar cómo permite un diagnóstico que no

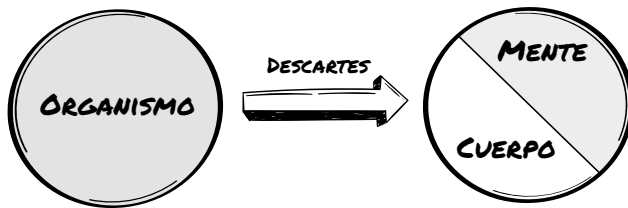
reemplaza, sino que incluye, encapsulado, el razonamiento clínico propuesto en la filosofía osteopática.

El Cuerpo y La Escucha quiere ser una aproximación a este primer paso.

3. El tacto

El dualismo cartesiano

En 1641, René Descartes publicó sus *Meditaciones Metafísicas*. En ese libro, sin sospechar que el revuelo que estaba por generar iba a perdurar por siglos, estableció las bases para legitimar el dualismo cuerpo/mente, que ya se venía pergeñando en las clases sociales privilegiadas. Básicamente, consistía en decir que el cuerpo y el alma (o la mente) son sustancias de índole fundamentalmente distinta, donde el cuerpo es una sustancia extensa (que ocupa lugar) y el alma es una sustancia pensante (que no ocupa lugar). No era la primera vez que alguien las trataba como cosas separadas, pero Descartes implantó una separación tan categórica, donde ninguna de las sustancias tiene comunicación con la otra, que la división adquirió carácter paradigmático.

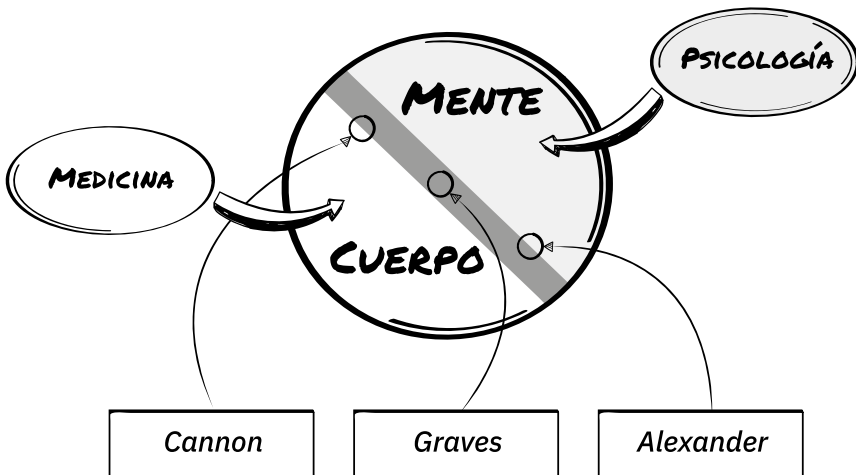


Era el argumento que hacía falta para quitarle a la Iglesia Católica su injerencia sobre el cuerpo, que impedía cualquier avance en los conocimientos médicos. Como la enfermedad era considerada un castigo divino y la cura se canalizaba por la oración y el perdón, cualquier estudio etiológico era impensable. Y como, según el dogma católico, los cuerpos tenían que estar intactos para que el alma llegara al cielo, estaba prohibida la disección y estudio de cadáveres. Gracias a Descartes, pudieron desarrollarse disciplinas que estaban estancadas desde la antigüedad, como la anatomía, la fisiología, la patología y la etiología.

Pero al mismo tiempo, ese materialismo en el que la medicina concentró todo su aliento redujo su objeto de estudio y obligó a desechar o modificar algunos de los principios que habían estipulado los padres de la medicina clásica. El organismo empezó a ser visto como una suma inanimada de partes, una máquina operada por la causalidad mecánica, y no como una entidad viva. La enfermedad pasó a ser una desviación del funcionamiento correcto, y con esto, la salud empezó a considerarse como la ausencia de enfermedad. El viejo precepto de “tratar al paciente y no la enfermedad” se desdibujó ante la alienación del cuerpo. Cuando el cuerpo se despersonaliza, necesariamente la enfermedad debe despersonalizarse también.

Hubo que esperar tres siglos, hasta la década de 1940, para que filósofos como Gilbert Ryle se atrevieran a criticar el dualismo cartesiano y que Merleau-Ponty introdujera el concepto de “cuerpo propio” (*le corps propre*) en oposición al cuerpo objeto, y muchos años más para que estos conceptos fueran asimilados por la epistemología primero y por la medicina después, y tuvieran algún resultado visible.

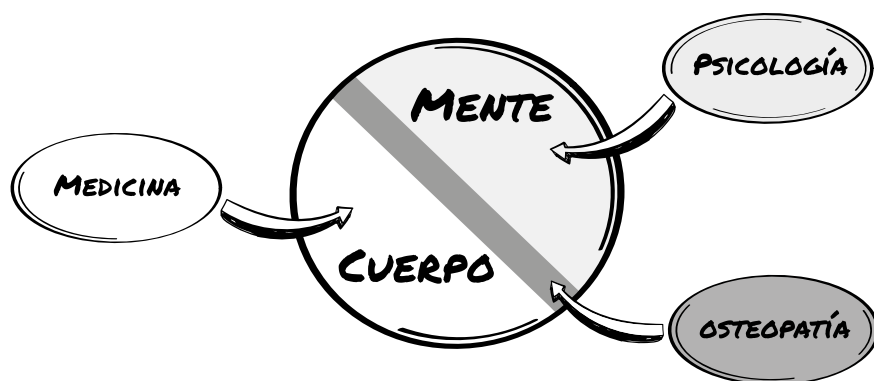
Dentro de la medicina, hubo varios intentos de superar esta división que no obtuvieron grandes resultados. Esfuerzos de la primera mitad del siglo XX, como los trabajos de Hans Selye y Walter Cannon sobre el estrés, el de T. C. Graves sobre el efecto placebo y el de Franz Alexander sobre medicina psicosomática, tuvieron una gran aceptación inicial, pero la fuerza con la que está instalado el dualismo en las mentes médicas, más el interés económico de algunas corporaciones, los redujeron a una posición casi pintoresca. En la segunda mitad del siglo XX, todos los intentos de unificación cuerpo/mente en las ciencias de la salud (como los de Henri Laborit, Joyce McDougall, Robert Ader o John Sarno) fueron directamente alienados o aislados.



Ahora algo cambió. Es como si los libros de Merleau-Ponty se hubieran perdido en las bibliotecas de las universidades de medicina por medio siglo y los encontraron recién ahora. Solo en los últimos años la filosofía médica occidental empezó a sospechar la visión objetual del cuerpo y a darle más difusión a las concepciones holísticas, desde discusiones epistemológicas dentro del mundo académico médico, hasta su adopción en los tratamientos clínicos corrientes, como en los casos de mindfulness, psiconeuroinmunología y las terapias cuerpo/mente.

La osteopatía es una de estas medicinas holísticas, y me atrevo a decir que uno de sus rasgos distintivos es que pone el foco justo ahí en los dos terrenos donde se evidencia el ensamblaje de mente y cuerpo: las emociones y las sensaciones y, entre estas últimas, el tacto de manera particular. En la clínica diaria, estas dos entidades son habituales y están relacionadas. Por un lado, las sintomatologías de causa emocional no son raras, y por otro, la interacción osteopática suele despertar emociones.

En este capítulo y el siguiente vamos a elaborar una breve introducción al tacto y la sensopercepción. Veamos un poco el tacto.



El tacto como co-presencia

La superficie táctil y el sentido del tacto forman el acoplamiento entre mis procesos mentales y el mundo físico, y están justo en el medio entre lo que es adentro y lo que es afuera¹⁴. La superficie táctil delimita lo que soy yo.

Como dice Deane Juhan (1987): “Frotándome contra el mundo, me defino yo mismo a mí mismo”.

En la filosofía, particularmente en la fenomenología, los sentidos se constituyeron en el puntal de escape del dualismo cartesiano. Pensemos que los sentidos son los únicos que posibilitan el pasaje de información entre la sustancia extensa y la sustancia pensante, y, por lo tanto, ocupan una posición de conjunción. Merleau-Ponty decía que las sensaciones no son ni puramente extensas ni puramente pensantes, sino ambas cosas. Pero, entre los sentidos, el tacto tiene una categoría especial, porque es el encargado de percibir la sustancia extensa en su misma extensión.

Como dice Massie (2013): “el tacto principalmente da acceso a los cuerpos *qua* cuerpos, experimentamos la presencia, la sustancialidad de las sustancias materiales. El color, el sonido, el olor y el sabor de algo se refieren, por supuesto, a la sustancia material a la que pertenecen; pero lo hacen indicándolo, presuponiéndolo; no expresan su materialidad. El tacto, por el contrario, es el sentido de la materialidad por excelencia; y esto solo puede ocurrir si la experiencia de presencia es una experiencia de co-presencia”.

Este concepto de co-presencia merece especial consideración. Los sentidos se clasifican en telepáticos y peripáticos. Los telepáticos son aquellos que no necesitan estar en contacto con el objeto percibido, sino que lo perciben mediante un medio ajeno tanto al sujeto como al objeto. Son la vista, que percibe mediante la luz, y el oído, que percibe mediante ondas sonoras. Los peripáticos son los que necesitan estar en contacto con el objeto percibido, porque no utilizan un medio de transmisión. Son el gusto, el olfato y el tacto. Si bien es claro que el gusto y el tacto necesitan estar en contacto, el caso del olfato es menos claro, porque puedo, por ejemplo, oler una montaña de basura sin tocarla. Sin embargo, lo que percibe el olfato son partículas de basura que están en el aire, penetran en los conductos nasales y son reconocidos por el epitelio olfatorio. Perdón por la revelación desagradable, pero si no lo sabías, cuando oliste algo podrido es porque un poco de lo podrido entró en tu nariz.

14 Massie (2013): “El sentido del tacto se produce en el umbral de la distinción entre interior y exterior”.

La vista y el oído muestran lo que está allí. El olfato muestra lo que está por aquí cerca. El tacto y el gusto muestran lo que está aquí.¹⁵

Dado que los medios de transmisión necesitan de cierto tiempo para viajar desde el objeto al sujeto percipiente, en los sentidos telepáticos (pero también en el olfato) sucede otro fenómeno particular: lo percibido es parte del pasado, y el objeto podría ya no estar allí. Ayer, por ejemplo, mi tía Fefe volvió de hacer unas compras, arrugó la nariz, y me preguntó si había estado Carlos. Carlos es un amigo, que efectivamente había pasado por casa a dejarme unas cosas y se había ido. Carlos fuma, aunque no había fumado en casa, pero Fefe tiene nariz de sabueso. Un buen ejemplo de cómo el olfato puede percibir objetos del pasado, porque no percibe los objetos de manera directa, sino las estelas de su paso por el mundo.

Con la vista y el oído sucede algo similar, pero como los medios son menos persistentes, el efecto es notorio en tiempos más largos o grandes distancias. A veces oímos al pasaje de un avión, y cuando miramos al cielo, ya no está ahí. Para la vista, necesitamos recurrir a distancias astronómicas. Para muchas de las estrellas que vemos, la luz recorrió el espacio por miles o millones de años, y quizás hace rato que ya no existen.

Esto es lo que sabemos del mundo: si veo u oigo algo, estuvo allí antes. Si huelo algo, estuvo por aquí antes. Si toco o saboreo algo, está aquí ahora.¹⁶

Pero el tacto tiene una característica adicional que lo diferencia del gusto y el olfato, y lo acercan aún más al objeto percibido. El gusto y el olfato necesitan la percepción directa de una parte del objeto percibido, pero no pueden percibirlo en su totalidad. Es más, solo pueden percibir una de sus propiedades, y de esa propiedad deducir la presencia. El tacto, en cambio, percibe al objeto de manera directa. El tacto es contiguo de manera pura y completa.

De estímulos proximales y distales a la proyección

Sin embargo, esta inmediatez del tacto puede complicarse si consideramos la diferencia entre estímulos proximales y distales.

15 Massie (2013): “La vista, el olfato y el oído ocurren a distancia, mientras que el tacto y el gusto (que Aristóteles trata como una especie de tacto) requieren contigüidad”.

16 Esta característica es fundamental para cuando hablemos de la escucha como estado, en particular, como un estado alterado de consciencia. Naval Ravikant dice que la meditación es desconectarnos de la sociedad y escucharnos. En ese sentido, dado que es aquí y ahora, el tacto es el escenario propicio para establecer estados meditativos.

Hay dos tipos de estímulos sensorio-perceptivos: los proximales y los distales. El estímulo distal es el objeto que existe; el estímulo proximal es el que llega a mi percepción. Cuando veo un árbol, el estímulo proximal es la luz que es captada por mi retina después de reflejarse en las hojas, y el estímulo distal es el árbol en sí mismo y todas sus componentes (tronco, ramas, hojas) y características (altura, color, movimiento). El estímulo proximal es un manojo de energía que actúa directamente sobre un receptor sensorial, produciendo un efecto físico inmediato llamado transducción, que es el pasaje de una forma de energía a otra (por ejemplo, la energía lumínica que llega a la retina y se transforma en impulsos bioeléctricos que pueden ser transportados por los nervios). El estímulo distal es el aspecto de la realidad que causa el estímulo proximal y es el referente del acto sensorio-perceptivo. Lo que *siento* es el estímulo proximal. Lo que *percibo* es el estímulo distal, y es este el que me llega a la cognición. No tengo consciencia de ver la luz, sino de ver el árbol.

GLOSARIO: ESTÍMULOS PROXIMALES Y DISTALES

EGOCENTRO: Marco de referencia donde se localizan las entidades sensorio-percibidas, cuyo origen es el sujeto percipiente.

PROXIMAL: Forma de referenciar, de entre dos o más entidades, la que está más cercana al egocentro.

DISTAL: Forma de referenciar, de entre dos o más entidades, la que está más lejana del egocentro.

ESTÍMULO PROXIMAL: El estímulo proximal, por oposición al estímulo distal, es el estímulo perceptivo que llega a los órganos de mis sentidos. *Ejemplo: en la percepción visual de un árbol, el estímulo proximal es la luz que impacta mi retina, mientras que el estímulo distal es el árbol mismo en el que la luz se refleja.*

ESTÍMULO DISTAL: El estímulo distal, por oposición al estímulo proximal, es la entidad real que da origen a los estímulos perceptivos que llegan a los órganos de mis sentidos. *Ejemplo: en la percepción visual de un árbol, el estímulo proximal es la luz que impacta mi retina, mientras que el estímulo distal es el árbol mismo en el que la luz se refleja.*

En la vista, el estímulo proximal es la luz que impacta la retina y el estímulo distal es el árbol. En el tacto el estímulo distal y el proximal son el mismo. En la vista yo no percibo al árbol porque el árbol está lejos; yo percibo la luz, que es un mediador entre el árbol y mi persona. En el tacto

yo sí percibo al objeto que estoy percibiendo porque no hay un mediador; el objeto que impacta mi sensor táctil tiene que ser inmediato.

A partir de este razonamiento, parecería que el único tacto posible es proximal. Sin embargo, puedo pensar casos donde siento de manera táctil algo con lo que no estoy en contacto. Por ejemplo, si mi perro Pipa apoya su cabeza encima de mi pantalón, lo siento en la pierna como si me estuviera tocando, aunque toque la tela y no a mí. O si, andando en el auto, el pavimento cambia de asfalto a ripio. O si pongo la mano en el suelo y siento los caballos galopando a cien metros. En estos ejemplos, no estoy en contacto directo ni con Pipa, ni con el pavimento, ni con los caballos, y, sin embargo, los percibo, y los percibo mediante el tacto.

Lo que sucede aquí es que del objeto percibido de manera directa (el pantalón, el auto, el suelo) desgloso variaciones perceptivas. A partir de esas variaciones deduzco influencias lejanas (*estos bordes rígidos que siento en la pierna no pueden ser del pantalón mismo*), y le asigno esas diferencias a una entidad que se encuentra más allá (*estos bordes deben pertenecer a algo que está del otro lado de mi pantalón*), e incluso deduzco características de esa otra entidad (*estos bordes parecen los huesos del hocico de un perro*) y puedo llegar a identificarla sin tocarla directamente (*esta sensación debe venir de la cabeza de Pipa, que está apoyado en mi pantalón*). Puedo identificar el objeto distal sin tocarlo directamente; es decir, “proyecto” mi sensación táctil más allá del objeto percibido de manera directa. A partir de características del tacto proximal, puedo establecer un tacto distal. El objeto proximal se vuelve táctilmente transparente.

Para analizar este fenómeno de “proyección”, veamos un ejemplo más en detalle. Supongamos que estoy en un cuarto oscuro, sosteniendo una pelota de básquet sobre una mesa. Con solo mover la pelota, puedo detectar dónde termina la mesa. Puedo rodar o deslizar la pelota sobre la superficie, y cuando llegue al borde, voy a sentir una disminución de la resistencia y me voy a dar cuenta de que, si sigo, la pelota se va a caer. Si me detengo justo antes del borde, puedo mantener la pelota contra la arista de la mesa, recorriéndola para un lado o para el otro para explorar el perímetro. De esta manera, puedo determinar si la mesa es rectangular o redonda, y dar una aproximación bastante exacta de su tamaño, todo sin haberla visto ni haberla tocado directamente, solo con ese tacto proyectado a través de la pelota.

Además, con la pelota puedo sentir objetos sobre la mesa. Con una pelota de básquet no tendré un tacto demasiado fino, pero si hubiera sobre la superficie de la mesa una banana y un lápiz, al encontrarlos con la pelota en el recorrido podría reconocer cuál es cuál.

En este ejemplo, toco la pelota de básquet, pero proyecto mi percepción

del otro lado. Esta proyección es en parte un proceso cognitivo, donde adjudico ciertos movimientos anómalos de la pelota a entidades que están más allá de ella, pero también en parte un proceso corporal. El tacto es enactivo. Si no pongo presión, me quedo sintiendo la superficie de la pelota, y no puedo proyectar. Si pongo demasiada presión, evito que la pelota se mueva, y siento su elasticidad en lugar de los objetos que existen detrás de ella. Para poder utilizar la pelota como medio de transmisión de información táctil, necesito emparejar la presión de mi mano con la resistencia de la pelota. A este proceso lo llamo “reclutar” a la pelota como parte de mi sistema sensorio-perceptivo.

Supongamos que tomo una lapicera de una punta y apoyo el otro extremo en la panza de mi tía Fefe. Sin mirar, puedo recorrer con la lapicera y encontrar el ombligo. Mi percepción está en la punta de la lapicera. Ahora me pongo un guante, tomo la lapicera y hago lo mismo. Después lo repito no apoyándola directamente sobre la piel, sino sobre la blusa floreada de mi tía. Aun después de añadir esos obstáculos, puedo percibir la posición y forma del ombligo. Estoy reclutando el guante, la lapicera y la blusa para que sean parte de mis órganos de percepción.

Pero si en vez de todo eso tomo una almohada, ya no puedo percibir el ombligo. La percepción se pierde en la consistencia flácida del relleno. Es decir, que hay objetos que son buenos conductores de la tactilidad y otros que no. Los buenos conductores son rígidos, afinados y continuos, y deben tener un peso acorde al largo, ni muy pesados (no me sirve una barra de hierro, cuyo desplazamiento me cuesta dirigir) ni muy livianos (el envoltorio de papel de un sorbete, que no se subordina a mis órdenes motrices).

Adaptación sensorial

Por otra parte, hay que tener en cuenta el fenómeno de adaptación sensorial, que hace que cuando hay una estimulación constante, los sentidos se ajusten. Esto puede generar, por un lado, que dejemos de percibir estímulos repetidos, pero también, al quitar del procesamiento los estímulos redundantes, puede permitirnos percibir cosas que en un principio nos pasaban inadvertidas.

Un ejemplo del primer caso es el peso de la ropa que llevamos puesta, que nos provoca estímulos todo el tiempo pero no la sentimos, o el ruido de motor de la heladera que no percibimos hasta que se apaga, y en ese momento nos damos cuenta de que todo el tiempo estuvo ahí y lo estuvimos percibiendo, como si nuestra sensorio-percepción volviera atrás en el tiempo.

Este fenómeno existe también a plazos largos: si llevo la billetera en el bolsillo izquierdo del pantalón (que es su ubicación habitual), tengo que tocarla a ver si no me la olvidé en casa, pero si la pongo en el bolsillo derecho la siento como si llevara un almohadón gigante que hasta me impide caminar bien. Mi tía Fefe usa el fenómeno de adaptación sensorial como un amplificador de atención mnemónica cuando, para no olvidarse que dejó la torta en el horno, se quita el anillo y se lo pone en la otra mano.

Voy a dar dos ejemplos del segundo caso, en que la adaptación sensorial amplifica la percepción de estímulos pequeños, y los voy a robar de la estimulación visual. El primero es cuando apagamos la luz en una habitación y nos quedamos casi a oscuras, con la luz que entra por las rendijas de la ventana como único resplandor, y poco a poco empezamos a distinguir formas y objetos. El segundo es el del cielo estrellado. Una noche tranquila y despejada nos recostamos en el pasto a mirar el cielo. Al principio vemos dos o tres estrellas, las más brillantes, pero de a poco nuestros ojos se van acostumbrando y aparecen otras, y si nos quedamos tiempo suficiente toda la superficie celeste se puebla, y no podemos creer que todas esas estrellas estuvieran ahí todo ese tiempo. Mi tía Fefe dice que cuanto más miras, más estrellas hay, como los piojos.

El fenómeno de adaptación sensorial hace que, ante la ausencia de cambios, dejemos de percibir¹⁷. Hacer buen uso de este hecho es fundamental para el resultado de la escucha. A veces, para poder percibir, tengo que cambiar. Para escuchar mejor, necesito que eso donde quiero focalizar mi atención me incomode un poco y me permita además sentirme cómodo con los estímulos periféricos que quiero ignorar¹⁸.

**PARA ESCUCHAR MEJOR, NECESITO QUE ESO
DONDE QUIERO FOCALIZAR MI ATENCIÓN ME
INCOMODE UN POCO Y ME PERMITA ADEMÁS
SENTIRME CÓMODO CON LOS ESTÍMULOS
PERIFÉRICOS QUE QUIERO IGNORAR.**

17 O, por lo menos, cuando no hay cambios lo suficientemente significativos como para superar el umbral de percepción.

18 Hugo Chiera, revisando el texto, me plantea la siguiente pregunta: “¿Este proceso de selección implica un a priori que conozco o que sospecho?”. Esta pregunta es el meollo de este trabajo, y espero que quede respondida al final. Vamos a necesitar varios argumentos y conocimientos previos que irán construyendo la respuesta. Un adelanto rápido podría ser: sí, existe un a priori, pero para determinar si lo conozco, lo sospecho o lo intuyo necesitaremos definir qué es conocer, sospechar o intuir.

Tacto distal e imagen corporal

Volvamos por un momento a los ejemplos del pantalón y de los caballos, porque son representativos de otra característica propia del tacto distal, y es la relación con la imagen corporal propia. En el primer caso, pareciera que el objeto mediador (el pantalón) está incorporado a mi imagen corporal. De hecho, si alguien me toca por encima de mi ropa, digo que “me toca”. En el caso de los caballos, no podría decir que los cien metros de suelo entre los caballos y yo quedan incluidos en mi imagen corporal. Si alguien toca el suelo a mi lado, no diría que me tocó.

Pareciera entonces que, en una instancia de tacto distal, puede haber objetos mediadores que incorporo a mi imagen corporal y otros que no. Pero... ¿qué sucede en el caso del auto? Es claro que decir que mi imagen corporal incluye a la totalidad del auto es muy ambicioso. Sin embargo, podría aceptar que un ciego incluya a su bastón dentro de su imagen corporal, o un tenista profesional a su raqueta. ¿Dónde está el límite de mi imagen corporal?

Mi propuesta es atrevida: mi imagen corporal no tiene límites concretos, sino borrosos. Hay objetos, como la camisa que tengo puesta, que forma parte de mi imagen corporal mientras no la perciba, pero en cuanto presto atención a su textura, a la sensación que me causa en el deslizamiento sobre mi piel, deja de ser parte de mi imagen corporal. En ese caso, postulo que no es que mi imagen corporal se modifique cada vez que presto o no atención a mi camisa, sino que son dos imágenes corporales distintas, una más amplia y otra más restringida, incluida dentro de la primera.

En el caso del auto, formo una imagen corporal extendida de un objeto que me trasciende (es más que yo), pero me incluye como centro de referencia (auto/yo). Esta fusión referencial permite una percepción unívoca pero no conforma una identidad. Cuando manejo, opero el auto como si fuera mi propio cuerpo, aun siendo consciente que mi auto no es parte de mí. Podría decir que incluyo al auto en mi imagen corporal, pero siendo consciente que el mapa no es el territorio.

Esta identidad extendida es compleja y disgregable. Hay una entidad auto/yo, y dentro de ella hay una entidad camisa/yo, y dentro de ella otra entidad yo. Es claro, además, que podría agregar capas de entidades entre unas y otras: un apósito adhesivo en la piel debajo de la camisa, un almohadón entre la camisa y el asiento del auto, una piedra entre el auto y el pavimento. Estas entidades concéntricas son identidades en potencia que se establecen

como identidades en acto¹⁹ de acuerdo con dos fenómenos particulares.

Por un lado, la identidad en acto se fija en un nivel o en otro de acuerdo con la atención. En el momento que presto atención al auto como entidad separada, mi imagen corporal incorpora a mi camisa. Si presto atención a mi camisa, mi identidad queda delimitada a mi cuerpo.

Por otro lado, la atención requerida depende de la experiencia pasada (en particular, de la práctica) y el grado de automatismo adquirido. Es más fácil incorporar mi auto a mi imagen corporal que un auto ajeno; es más fácil incorporar a mi auto luego de 10 años de manejarlo. La práctica genera automatismo, el automatismo elimina la necesidad de atención, los objetos que uso sin prestarles atención específica quedan incorporados a mi imagen corporal. Pareciera que la familiaridad expande mi imagen corporal, o al menos facilita la entrada y asimilación de objetos originalmente externos.

Antes dijimos que el tacto separa lo que es externo a mí, que mi superficie táctil delimita lo que yo soy respecto del mundo exterior, pero si los límites son difusos, si mi propia imagen corporal es un conglomerado de imágenes corporales concéntricas sucesivamente menos densas que difunden hacia fuera, no puede ser el tacto el que me delimita. Efectivamente, como dice Fulkerson, es la vista la que fija los límites del cuerpo, no el tacto. La vista posee esa capacidad de foco rabioso que falta en el tacto.

El tacto es íntimo

Pero que los límites del tacto sean difusos no quiere decir que no existan. La contigüidad intrínseca del tacto se mantiene, y no es banal. Incluso el tacto distal sigue siendo íntimo. El ejemplo más extremo que dimos, sintiendo el galope de caballos lejanos con una mano en el suelo, establece entre los caballos y yo una relación particular. No es un acto pasivo y frío,

19 Aristóteles llama ser “en acto” a la entidad tal como se nos presenta, y ser “en potencia” al conjunto de posibilidades que tiene esa entidad para ser algo distinto de lo que actualmente es. Un niño es un niño en acto, pero un hombre en potencia. De la misma manera, una semilla es un árbol en potencia. Esta ocurrencia nos suena un tanto insólita fuera de contexto, pero lo que intentaba resolver Aristóteles era un planteo de Parménides, que decía que el cambio no existe, porque lo que es, es y lo que no es, no es, y el cambio implica una entidad que no es algo y pasa a ser ese algo. Pero ese algo no puede surgir de algo que no es, porque nada puede surgir de la nada. Para saltar esa paradoja, Aristóteles define dos cualidades del ser: en acto y en potencia. El cambio, entonces, es la realización (acto) de una posibilidad (potencia). En el caso del niño, el cambio consiste en el paso de la posibilidad de ser un hombre (ser un hombre en potencia) al hecho de ser un hombre (ser un hombre en acto).

como cuando veo una tropilla de caballos o los oigo relinchar, sino que hay, entre los caballos y yo, cierta conexión íntima.

La vista pone en evidencia. La audición pone en resonancia. El tacto pone en presencia, que es la interrelación entre la evidencia y la resonancia.

**LA VISTA PONE EN EVIDENCIA.
LA AUDICIÓN PONE EN RESONANCIA.
EL TACTO PONE EN PRESENCIA.
LA PRESENCIA ES LA INTERRELACIÓN ENTRE
LA EVIDENCIA Y LA RESONANCIA.**

Quizás por situarse entre la mente y el cuerpo, o entre yo y el mundo, el tacto es, siempre, íntimo.

Esa intimidad le da una inmediatez despiadada. Al posicionarse entre lo que soy y lo que no soy, es el tacto el que me presenta el placer y el dolor, dos experiencias extremas que los otros sentidos no ofrecen. Mi tía Fefe, que está leyendo sobre mi hombro y no me deja mentir, dice que la vista y el oído también pueden producir placer, por ejemplo, al mirar una pintura de Klee o escuchar una melodía de Brahms. Tiene razón, como siempre, pero me veo en la obligación de aclarar que, para que el cuadro o la melodía despierten placer, deben pasar primero por el intelecto, ser procesados y ser juzgados en función de ciertas reglas o protocolos de armonía y proporción, mientras que el placer de una caricia y el dolor de un alfiler clavándose en la carne son inmediatos.

El tacto es enactivo

Pero que esa contigüidad, inmediatez e intimidad no nos confunda. Tendemos a creer que el tacto es directo, que sentimos directamente las características del objeto. No como la vista, donde el tamaño y la distancia de un objeto deben deducirse según reglas de perspectiva e iluminación (si veo un objeto más pequeño y oscuro que otro, quizás sea más pequeño y más oscuro, pero quizás simplemente está más lejos y menos iluminado), ni como el oído, donde a partir de un sonido no puedo deducir nada de un objeto sin apelar a memorias de experiencias similares. Si tocamos algo liso, frío, blando y pesado, no hay nada que interpretar. Podré usar el intelecto para darle una identidad al objeto, pero lo que sentí es directo: el objeto es claramente liso, frío, blando y pesado.

Así y todo, hay un proceso de interpretación: yo toco algo cuya identidad aún no puedo distinguir; lo que siento es una superficie curva, lisa, fría, con determinados bordes, que solo después interpreto como una botella. Una diferencia importante es que, en la vista, para traducir de los estímulos proximales al estímulo distal, o sea de las diferentes frecuencias lumínicas al árbol, comparo estímulos atómicos de distinta ubicación. En el tacto comparo estímulos atómicos en distintos momentos; en la botella toco primero el cuerpo y luego el cuello. No puedo tener una foto estática del tacto. En la vista puedo tener una foto estática e interpretarla, en el tacto no. Si quiero tener un registro de información táctil necesito considerar el tiempo. Para deducir el estímulo distal necesito comparar distintos estímulos atómicos. En la vista estos distintos estímulos tienen una distribución espacial, en el tacto estos distintos estímulos tienen una distribución temporal. En la vista, la presentación de los distintos estímulos de un escenario es sincrónica: todos los estímulos se presentan al mismo tiempo. En el tacto, esa adquisición es diacrónica: un estímulo por vez, uno después del otro.

La vista es un sentido sincrónico y perspectivizado; puedo ver simultánea y estereoscópicamente una casa que está acá y un árbol que está allá, y gracias a eso puedo ubicar los objetos en un espacio tridimensional. El sentido del tacto es diacrónico y disgregado: dado que solo puedo percibir un conjunto contiguo de estímulos a la vez, para construir un modelo persistente de mi percepción táctil y ubicar espacialmente a los objetos percibidos, necesito, por un lado, mantener en memoria activa lo que voy descubriendo táctilmente, y por otro ensamblar un modelo espacial que represente la relación topológica y volumétrica de todos y cada uno de los estímulos unitarios que voy percibiendo en sucesión.

Pensemos el caso cuando nos grafican con el dedo una letra en la espalda. Podemos reconocer cuál letra porque a cada uno de los distintos puntos de contacto del dedo con la piel de nuestra espalda le asignamos una ubicación y la relacionamos geométricamente con los puntos de contacto anteriores, armando un esquema que es eminentemente visual. Cuando el trazado termina, *vemos* a la letra en el fondo de nuestra mente. Para armar ese esquema necesitamos traducir de una línea de estímulos táctiles sucesivos en el tiempo a una estructura de estímulos visuales simultáneos en el espacio. Cada estímulo permanece en su lugar luego de que el dedo se mueva, como si trazáramos la letra en la arena. De hecho, si en vez de trazarnos una letra con un dedo en la espalda, nos apoyan una letra en relieve, se nos hace mucho más difícil reconocerla.

Lo que unifica y da coherencia a los estímulos percibidos separadamente es la relación de los estímulos externos (exterocepción) con los estímulos internos (propiocepción), que están sincronizados con mis planes motores.

Sentir con el tacto es inseparable de tocar. Si bien todo conocimiento es enactivo, es decir, no meramente recibido sino co-creado en la interacción entre un sujeto y un objeto, el conocimiento adquirido mediante palpación, donde sentir y hacer son indiscernibles, hace del tacto el sentido enactivo por excelencia.

El tacto es prenoético

La ausencia de descriptores abstractos, generalizados e intelectualizados (así como en la vista existen perspectiva, punto de foco, apertura de campo, cálculo de trayectorias y posiciones relativas) genera en el tacto una relación necesariamente personalizada, porque no se puede traducir a palabras lo que estoy sintiendo, y, por lo tanto, no puedo teorizar. Se mantiene en un plano procedimental, y si bien puede extraerse un conocimiento declarativo, este solo puede desarrollarse en una instancia posterior. El tacto es prenoético.

El tacto es visceral

Decimos que escuchamos al cuerpo y que establecemos un diálogo con los tejidos, y estas dos expresiones nos remiten fácilmente a una conversación, donde el cuerpo habla y nosotros oímos. Pero el cuerpo no habla con palabras. El lenguaje del cuerpo no es simbólico sino analógico. Escuchar al cuerpo no es como escuchar una narración o una disertación, sino más bien como escuchar una sinfonía o una batalla, o más bien como escuchar música con auriculares mientras vamos en tren, donde se nos mezclan las guitarras, los anuncios de estación, el runrún del vagón y conversaciones de los co-viajantes. Lo que oímos desde la profundidad del organismo no son conceptos ni pedidos de auxilio, o por lo menos no antes de una interpretación, sino las expresiones ontogénicas de objetos. Si sigo con la metáfora auditiva, lo que oímos es un portazo aquí, allá una frenada, más acá un tic tac que puede ser un reloj o una bomba, al lado algo que puede ser un crujido o una mordida, allá a lo lejos un silbido constante que no cesa. La comunicación a través del cuerpo no tiene código ni referente. Las informaciones intercambiadas no son formales, sino materiales.

La vista propone una imagen del mundo estructurada y organizada espacial y volumétricamente, con cercanías y lejanías relativas, longitudes, ángulos, alturas, desplazamientos, velocidades, formas. Y, además,

la apreciación de entidades enteras y definidas: vemos un árbol. No solo eso: permite apreciar una situación y un entorno. Vemos el árbol en el paisaje, el cielo, las montañas lejanas. Con el tacto, en cambio, no sentimos un árbol, sino solo un punto en su superficie. En cuanto tocamos otra cosa, el árbol se hunde en un vacío oscuro. El tacto propone un mundo desestructurado, parcial, oscuro, profundo, visceral.

La diferencia más patente entre algo percibido por la vista y algo percibido por el tacto es la inmersión. La vista nos muestra algo separado de nosotros; algo que está allí. En el tacto no hay esa disociación. El tacto nos llega de todos lados, estamos inmersos en la sensación táctil; nos rodea.

Audio, ergo sum. Postquam audi, cogito.

El fundamento de toda la filosofía de Descartes es su procedimiento de la duda metódica. El principio fundamental es examinar cada conocimiento uno a la vez y descartar todo aquello que no pueda demostrarse categóricamente como cierto. Descartes tamiza, por este proceso de dudar y rechazar, la realidad de Dios, el mundo exterior e incluso las reglas matemáticas, hasta que se queda sin nada en qué pensar. Pero en este punto tiene una revelación: estoy pensando, y puesto que estoy pensando, debo existir. De esto no puedo dudar. Todo está abierto a debate, menos mi propia existencia. Esto es lo que significa la conocida frase *Pienso, luego existo*.

Dice Descartes (1637):

“Pero enseguida advertí que mientras de este modo quería pensar que todo era falso, era necesario que yo, quien lo pensaba, fuese algo. Y notando que esta verdad: *yo pienso, por lo tanto soy*, era tan firme y cierta que no podían quebrantarla ni las más extravagantes suposiciones de los escépticos, juzgué que podía admitirla, sin escrúpulo, como el primer principio de la filosofía que estaba buscando”.

A partir de ese punto de partida, empieza a construir toda su teoría filosófica.

Pero ese pensamiento fundador contiene una premisa no inocente: me identifica con el que piensa. Luego de decir “Pienso, luego existo”, podría preguntar “¿qué soy?”. Dado que en la duda metódica la única certeza que tengo hasta el momento es que existo porque pienso, a la pregunta “¿qué soy?”, solo puedo responder: “soy el que piensa”.

Sin embargo, consideremos la propuesta de Michael Singer en *The Untethered Soul* (2007). Todos tenemos una voz en la cabeza, que habla todo el

tiempo y no se calla nunca. Tendemos a creer que esa voz somos nosotros, pero esto no puede ser cierto. Singer sostiene que, si la escuchamos, es porque no somos nosotros. Yo soy el que escucha la voz, no puedo ser ni la voz ni quien la pronuncia.

Por si necesito más pruebas, esa voz ocasionalmente adopta las voces de otros individuos. A veces represento en mi cabeza una discusión con mi amigo José, y la voz alternativamente nos imita a mí y a José, de manera que no puedo ser yo. Por otra parte, la voz a veces me critica por alguna decisión tomada, y otras veces me aconseja qué hacer. No es que yo critique a otro, sino que la voz es algún otro que me critica a mí. Yo soy el que escucha la crítica y las recomendaciones.

Como dice Singer (2007): “No hay nada más importante para el verdadero crecimiento que darse cuenta de que no eres la voz de tu mente, sino que eres quien la escucha”.

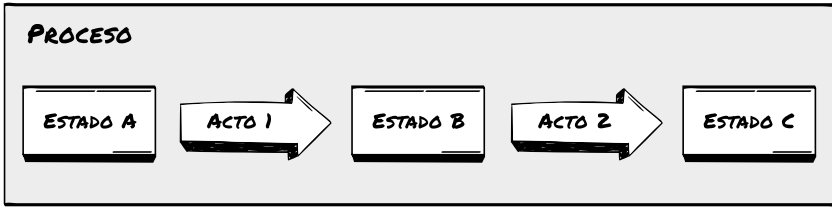
Por lo tanto, a Descartes le faltó un paso más en su duda metódica. En el que él decidió como el último nivel, en realidad quedaban todavía dos elementos: la voz y quien la escucha, y yo podría descartar la voz bajo sospecha de que sea falsa, pero no puedo cuestionar la escucha. En lugar de decir “Pienso, luego existo”, sería más apropiado decir “Escucho, luego existo”. Yo soy el que escucha, no el que piensa. Solo después de escuchar puedo pensar.

4. La sensopercepción

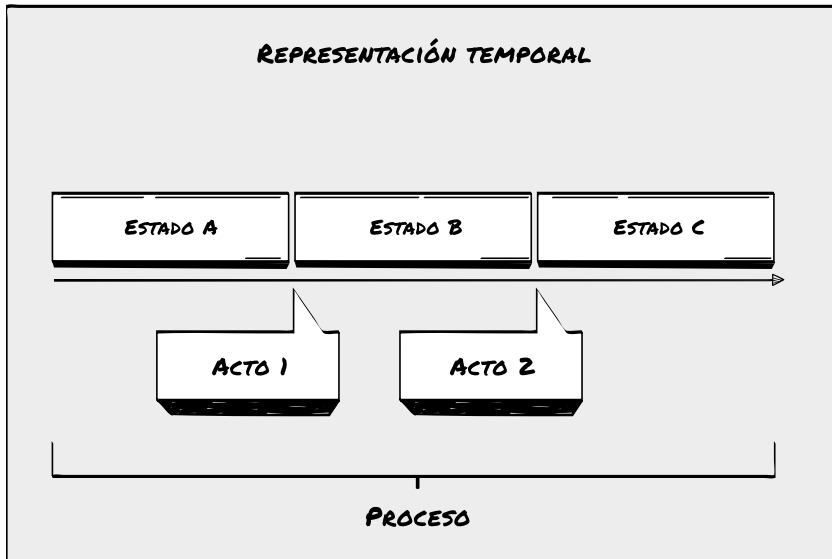
La escucha es un proceso, un estado y un acto

Una de las particularidades que signan a la escucha es que es a la vez un proceso, un estado y un acto. Es un *proceso* en el que suceden cosas, y que se establece para lograr algunos resultados. Es un *estado* particular que adopta la unidad somatopsíquica tanto del terapeuta como del paciente, y este estado no solo posibilita el proceso, sino que además brinda otros efectos valiosos. Es, además, un *acto* relacional, donde se establece entre dos participantes un vínculo particular que posee una idiosincrasia independiente de las del proceso y del estado, pero es simbiótica con ellos. Y, por otra parte, la escucha, considerada en conjunto proceso/estado/acto, requiere y fundamenta una nueva concepción de salud, asociada a la ideología holística. Estos cuatro aspectos de la escucha se corresponden a las cuatro misiones del osteópata que enunciamos en la introducción. La escucha en tanto proceso representa una nueva forma de saber sentir. La escucha en tanto estado fragua una forma particular de saber ser. La escucha en tanto acto, al moldear una manera de correlacionarse, configura un modo específico de saber hacer, y este hacer no es mucho más que saber estar. La escucha en tanto legitimación paradigmática funda un nuevo camino para saber entender.

La diferencia principal entre proceso, estado y acto está en la relación del cambio con respecto al tiempo. Un estado es la condición estable en que se encuentra una entidad en un momento o un período determinado, es decir, un período de tiempo en el que no suceden cambios significativos. Un acto es un evento particular que tiene lugar en un momento específico en el tiempo y que implica el cambio de un estado a otro. Un proceso es una secuencia de actos (y sus estados intermedios) que se desarrolla a lo largo del tiempo, y cambian las características de una entidad de un estado inicial a uno final.



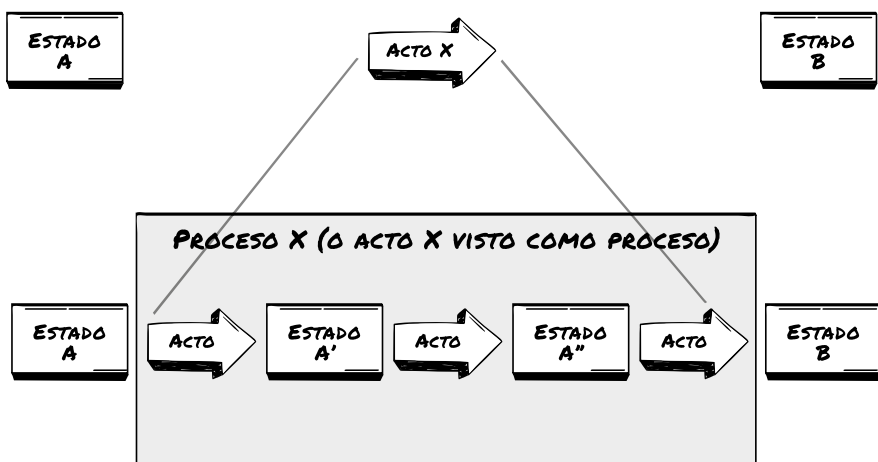
Los procesos y los estados tienen una duración. Los procesos duran mientras se llega a un estado final dado; los estados duran mientras no hay cambios significativos. Los actos no tienen duración, sino que tienen lugar en un momento particular e indivisible en el tiempo. Un acto es instantáneo, un estado es inmanente, un proceso es cambio a través del tiempo. En una línea temporal, un acto se representa con un punto, y los estados y procesos son los segmentos de la línea, con principio y fin.



Estas definiciones no son ontológicas, sino gnoseológicas, es decir, que no existen en la realidad, sino en cómo la comprendemos, y esto implica que la adjudicación de uno de esos términos a un fenómeno real puede variar. Un proceso es una sucesión de actos, pero si tomo el proceso como una caja negra, sin analizar su funcionamiento interno, sino viendo solo sus inputs y

outputs, lo puedo utilizar como acto²⁰.

De la misma manera, puedo decidir investigar en profundidad algún acto, separarlo en pasos, y entonces tomaría ese acto como proceso.



En tanto proceso, la escucha es una habilidad. En tanto estado, es un estado alterado de consciencia. En tanto acto, es una actitud. Estos tres aspectos son inseparables. La habilidad posibilita el estado alterado de consciencia y promueve la actitud. El estado alterado de consciencia favorece la habilidad y la actitud. La actitud amplifica la habilidad y facilita el estado alterado de consciencia.

| GLOSARIO: ESTADO, ACTO, PROCESO |
|--|
| <p>ESTADO: Constructo gnoseológico que agrupa una serie de características internas que no cambian durante un período de tiempo, asignándoles una teleología común.</p> <p>ACTO: La ejecución de un cambio de estado.</p> <p>PROCESO: Secuencia diacrónica de cambios de características atómicas de una entidad, tal que cada uno de esos cambios es causa o consecuencia de los otros, y cuya finalidad o resultado es el pasaje de un estado a otro.</p> |

20 Este artilugio intelectual de enquistar procesos para poder utilizarlos como actos se denomina “encapsulación”; es la base de la conversión de procesos deductivos a procesos inductivos, y lo veremos en detalle más adelante.

Sensación, percepción y cognición

Vamos a empezar estudiándola en tanto proceso, y para eso voy a separar la escucha en tres fases que son correlativas desde un punto de vista lógico, aunque en la práctica se den simultáneamente. Estas tres fases se corresponden con las establecidas en las teorías psicológicas clásicas de la percepción, aunque yo me permito asimilarlas y acomodarlas de acuerdo con su importancia clínica, siguiendo un poco (y a la vez desviándome de) la idea de Viola Frymann (1963), que dice:

Entonces, el primer paso en el proceso de palpación es la detección; el segundo paso es la amplificación; y el tercer paso debe ser, por tanto, la interpretación.

Esas fases son sensación, percepción y cognición, y a cada una corresponde un nivel de agregación y de procesamiento más elevado que la anterior. Sensación es adquisición de información. Percepción es normalización de información. Cognición es procesamiento de información. Las primeras dos suelen unificarse bajo el nombre de “sensopercepción” y, según la tipología usual, las principales diferencias con la cognición es que son instantáneas y no se pueden traducir en palabras: son asimbólicas e inconscientes. En mi visión, la cognición, o, mejor dicho, la parte de la cognición que es parte de la escucha, es prenoética, y, por lo tanto, es en parte asimbólica y en parte inconsciente. No es del todo asimbólica porque usa símbolos, pero es asimbólica en el sentido de que los usa como objetos y no como símbolos; usa signos en su valor de uso, y no en su valor de cambio. No es del todo inconsciente porque es el andamiaje de la consciencia, pero es inconsciente porque este andamiaje es invisible a la consciencia misma²¹.

21 Soy consciente que este párrafo puede ser críptico, porque está lleno de intertextualidades, entre ellas, tres dicotomías pertenecientes a dominios diferentes: valor de cambio/valor de uso, simbólico/asimbólico y consciente/inconsciente, que vienen de la economía, la semiótica y la psicología. Para bajarlo un poco a la tierra, propongo el siguiente ejemplo. Supongamos que mi hija cumple años, y en la fiesta quiero poner un cartel grande que diga “Feliz cumple”. Es un mensaje simbólico. Pero para armar el cartel, voy y compro letras de madera sueltas. El carpintero que me las vende no las ve como símbolos, sino como objetos. Me vende 11 letras, y cada una sale 10 pesos, no le importa cuáles letras me llevo ni en qué orden las pongo ni en qué orden las elijo. El lo único que hace es contarlas. Yo, por mi parte, después las uso como símbolos. A mí sí me importa qué letras y en qué orden van. Si están en mal orden no me sirven. De manera que para el carpintero son objetos asimbólicos que él evalúa según su valor de cambio, mientras que para mí son objetos simbólicos que evalúo según su valor de uso (ah, pero en mi transacción con el carpintero primero tuve que considerar su valor de cambio). En cuanto a la consciencia, en el párrafo referido, hago un razonamiento similar. Hay procesos mentales que no son simbólicos pero preparan el terreno para la consciencia simbólica. Como el carpintero, que al fabricar letras casi puedo decir que es presimbólico, porque sin lo que él produce yo no puedo hacer el cartel. Él produce símbolos, pero no los usa como símbolos. De hecho, el carpintero bien podría ser un esloveno o un chino que no sabe lo que quiere decir “Feliz cumple”.

El proceso perceptivo no es tan sencillo como recibir estímulos y enviarlos al cerebro. El proceso completo se compone de una serie de operaciones sucesivas, que incluye (y perdón por el fárrago que viene a continuación): recibir los estímulos proximales (luz, sonido, presión), transducirlos a impulsos nerviosos, transportar la señal desde los órganos sensoriales al encéfalo, recuperar, reconstruir y organizar rasgos (color, forma, propiedades táctiles, peso, gusto) a partir de los estímulos, determinar de todos esos rasgos cuáles son fundamentales y abstraer los triviales, comparar los rasgos percibidos con una memoria de estímulos esperados para relacionarlos topológicamente en el espacio, ajustar para su próximo uso la memoria de estímulos esperados con las desviaciones experimentadas, normalizar conjuntos de rasgos que se desplazan de manera coherente para abstraer movimientos que pudieran dificultar la identificación, unificar los grupos de indicios esenciales y básicos y confrontar el conjunto de rasgos percibidos con conjuntos de rasgos almacenados en memoria para reconocer objetos y asignar identidades, comparar el esquema de objetos percibidos con un esquema de objetos esperables para corroborar identificaciones y detectar desviaciones, ajustar el mapa de objetos esperables de acuerdo con la probabilidad del esquema de objetos percibidos, determinar trayectorias y ciclos de movimientos de los objetos identificados, determinar variaciones morfológicas a lo largo del tiempo en los objetos percibidos, deducir causalidades directas y especular teleologías y causalidades indirectas.

En todo ese recorrido (quiero creer que lo salteaste a mitad de párrafo y no intentaste entenderlo todo), la primera fase es la sensación, la captación de estímulos externos a través de los sentidos. En las teorías clásicas de la percepción este paso sucede meramente en el ámbito de los órganos sensoriales, sin intervención del sistema nervioso central, pero en el modelo que vamos a desarrollar aquí participan ambos. En el acto de escucha en particular, la sensación se produce a través de las manos, aunque ya veremos después que no involucra solo las manos, sino el cuerpo en su globalidad, y que incluso nace desde otra parte del cuerpo (no por nada digo que se produce “a través” de las manos y no “en” o “con” ellas).²²

La segunda fase es la percepción, que es el reconocimiento de los estímulos recibidos y la colección de todas esas piezas en un modelo funcional, con entidades e interrelaciones, una perspectiva específica y una manera no solo de verlo sino de habitarlo. Este paso es mental, pero inconsciente; se ejecuta en sistemas encefálicos, incluida la corteza cerebral, pero no hay todavía un procesamiento consciente.

22 “Escuche a través de las manos, no con las manos.”. (Becker, 1997)

El tercer paso es justamente la cognición, que es la asimilación intelectual y el entendimiento de los estímulos que fueron captados en la sensación y luego organizados en la percepción. Es la relación de lo sensorial con conocimientos anteriores (memoria) y el contexto situacional.

Al contemplar un árbol, la sensación incluye la luz que llega a mi retina y la transformación de esa energía lumínica en impulsos nerviosos, la percepción incluye la aglomeración de los distintos impulsos en un objeto percibido “árbol”, y la cognición me permite determinar si ese árbol es un roble, o decidir que ese árbol me viene bien en medio de esta caminata para ir a buscar un poco de sombra.

Una de las razones por las que separo las tres fases de esta manera es porque entre cada una de ellas hay umbrales que permiten o no el pasaje a la siguiente fase. Por tanto, hay estímulos que son captados por mis sentidos, pero no tienen la intensidad suficiente para ser procesados en la percepción. Por ejemplo, podría sentir una pluma que cae sobre mi piel, pero, si es lo suficientemente liviana, no percibirla. De la misma manera, hay estímulos que son sentidos y percibidos, pero no logran la atención suficiente para penetrar en la cognición. Por ejemplo, no tenemos consciencia de la ropa que llevamos puesta, aunque la sentimos y la percibimos, a menos que prestemos atención a propósito.

Algunas teorías clásicas de la percepción no suelen hacer distinciones entre las que yo llamo percepción y cognición, pero es necesario establecer un umbral intermedio para estudiarlo. Los estímulos que se perciben pero no son integrados cognitivamente tienen un efecto psíquico importante, aunque este efecto sea inconsciente.²³ Es el caso, nada menos, de la publicidad subliminal. En ese mismo grupo podemos incluir los reflejos condicionados, los mandatos parentales, los condicionamientos sociales, las asimilaciones y gran parte de los traumas emocionales. Estos casos no son para nada banales -de hecho, gran parte de lo que nos interesa en la clínica sucede alrededor de ese umbral- y sin separar la percepción de la cognición no es posible establecer un marco teórico que permita estudiarlas.

En los próximos capítulos vamos a ahondar más en este proceso y en las vicisitudes de cada una de sus tres fases, pero antes de meternos de lleno en ellas necesitamos definir algunos conceptos y directivas generales.

23 Los estímulos que son sentidos pero no percibidos no llegan al aparato psíquico, y, por lo tanto, no tienen efectos persistentes.

Algunos conceptos

Exteroceptores, interoceptores y propioceptores

Según el origen de la estimulación y el tipo de receptores implicados, los sistemas sensoriales se suelen clasificar en tres clases: exteroceptivos, interoceptivos y propioceptivos. Los sistemas exteroceptivos son básicamente los cinco sentidos clásicos que nos proveen información del mundo exterior. Los sistemas interoceptivos y los propioceptivos corresponden a sensores ubicados dentro del propio cuerpo, y se llaman interoceptivos a los que proveen información acerca de órganos y vísceras para poder monitorear la regulación de necesidades vitales (son los que detectan, por ejemplo, una baja de presión arterial o glucosa en sangre), y propioceptivos a los que proveen información acerca de la posición y movimiento del cuerpo. Hay básicamente dos sistemas propioceptivos, el cinestésico, con receptores sensoriales o terminaciones nerviosas mecanosensitivas ubicadas en articulaciones, tendones y músculos, y el sistema vestibular, ubicado en el oído interno, que provee información general acerca de equilibrio y orientación espacial.

Los sistemas interoceptivos proporcionan información difusa sobre el estado de los órganos. Son básicamente puntos de control para regular cambios internos del organismo, y son los que transmiten (o construyen) los estados emocionales. En este sentido, los sustratos neuronales responsables de la consciencia subjetiva del estado emocional se basan en la representación neuronal del estado fisiológico del cuerpo. Craig (2002), además, sugiere que el término “interocepción” debe redefinirse como el sentido de la condición fisiológica de todo el cuerpo (y no solo de los órganos).

La información provista por el sistema de propiocepción incluye datos acerca de la posición de cada parte del cuerpo, de la situación específica de cada articulación, de la localización topológica de las partes, del grado de estiramiento de cada músculo y de la velocidad a la que ese grado está cambiando, los límites de los miembros y los rangos de movimiento, las cargas y tensiones actuales y sus variaciones.²⁴ El sistema propioceptor es el que me

24 Las definiciones existentes entre los estudiosos académicos son variadas. Hay quien separa la propiocepción de la cinestesia, diciendo que la primera es la percepción de la posición del cuerpo y la segunda la percepción del movimiento. Aquí vamos a adoptar la posición de O'Shaughnessy y Ratcliffe, los autores a los que seguimos, utilizando el término “propiocepción” para indicar la suma de ambos conceptos.

permite tocarme la punta de la nariz sin errar y saber en qué posición están mis piernas, aunque no las mire. Sin el sistema propioceptivo no podría hablar, bailar, manejar un auto o caminar en la oscuridad.

La información provista por los propioceptores es a la vez consciente e inconsciente. Algunos envían información de modo directo a la consciencia, pero algunos la remiten hacia un mecanismo de regulación autónoma. La mayoría de los propioceptores emite información a la vez a varios mecanismos autónomos y a la consciencia. Un ejemplo sencillo es el de un termosensor en la piel. Al posar la mano en la estufa encendida manda información hacia dos destinos. Por un lado, a un circuito neuronal simple ubicado en la médula espinal, que es el responsable del reflejo incondicionado que nos hace quitar la mano con rapidez. Por otro, a la consciencia, para que podamos entender qué está sucediendo.

Como dice Gallagher (2005): “Por un lado, los neurocientíficos pueden tratar la propiocepción somática como una función totalmente subpersonal, inconsciente: el registro inconsciente en el sistema nervioso central de la posición de las extremidades del propio cuerpo. En este sentido, da como resultado información sobre la postura corporal y la posición de las extremidades, generada en propioceptores fisiológicos (mecánicos) ubicados por todo el cuerpo, llegando a diversas partes del cerebro, permitiendo el control del movimiento sin que el sujeto sea consciente de esa información. Por otro lado, los psicólogos y filósofos a veces tratan la propiocepción somática como una forma de consciencia. Se dice que uno está propioceptivamente consciente de su propio cuerpo, que uno sabe conscientemente dónde están sus miembros en cualquier momento cuando uno se mueve por el mundo. Por tanto, la propiocepción puede significar tanto una información no consciente como una forma de consciencia”.

| SENSORES | UBICACIÓN | QUÉ SENSAN |
|----------------|---|--|
| Exteroceptores | Piel, oídos, ojos, nariz, lengua. | Estímulos de proximidad (calor, textura, Dureza, forma). |
| Propioceptores | Sistema vestibular. | Equilibrio. |
| | Articulaciones, músculos, tendones, fascia. | Posición y movimiento de las distintas partes. |
| Interoceptores | Órganos y puntos de control. | Demandas fisiológicas conscientes (hambre, sed, sueño, ganas de orinar). |
| | | Demandas fisiológicas inconscientes (presión arterial, glucosa en sangre). |
| | | Emociones, estado anímico, sentimientos. |

| GLOSARIO: SENSORES TÁCTILES |
|--|
| <p>EXTEROCEPTORES: Sensores del organismo que recogen estímulos provenientes del exterior. Son los órganos de los sentidos: ojos, oídos, papilas gustativas, nariz, y todos los sensores ubicados en la piel (mecanoceptores, termoreceptores, quimioceptores, etc.).</p> <p>INTEROCEPTORES: Sensores que se ubican en el interior del cuerpo y que proveen al cerebro de información sobre el estado de órganos y otras estructuras anatómicas, o de la fisiología en general.</p> <p>PROPIOCEPTORES: Sensores ubicados en las articulaciones y en el aparato vestibular, que proveen al cerebro de información espacial acerca del estado, posición y movimiento relativo de las distintas partes del cuerpo.</p> |

Sin embargo, esta división es teórica. Estudios actuales sobre el sentido del tacto nos muestran que prácticamente no existe sensación táctil puramente exteroceptiva, porque siempre es necesario un índice de propiocepción. Sin ir más lejos, la sensación táctil necesita establecer una distinción entre tocar y ser tocado, y sin consciencia de cómo el cuerpo propio se está moviendo, esta distinción sería imposible. El sentido del tacto no consiste tanto en tocar como en la diferencia entre tocar y ser tocado.

**EL SENTIDO DEL TACTO NO CONSISTE TANTO
EN TOCAR COMO EN LA DIFERENCIA
ENTRE TOCAR Y SER TOCADO.**

Además, hay casos que se creen puramente exteroceptivos, pero en realidad necesitan de la propiocepción. Por ejemplo, cuando evaluamos con un dedo una superficie, la sensación de textura es un proceso complejo, resultado de la normalización a través del tiempo de distintas sensaciones estáticas sucesivas de presión, y para este cálculo es necesario saber la velocidad a la que se desliza nuestro dedo y en qué dirección. La posición en el espacio y el sentido de movimiento proporcionados por los propioceptores son indispensables incluso en casos en que la traslación de la mano sensible parece despreciable. La textura se evalúa desplazando la mano tangencialmente a la superficie, mientras que la dureza se evalúa por desplazamientos perpendiculares a ella. Por lo tanto, el tacto no puede separarse de la propiocepción, y en su ejecución son tan importantes los exteroceptores como los propioceptores.

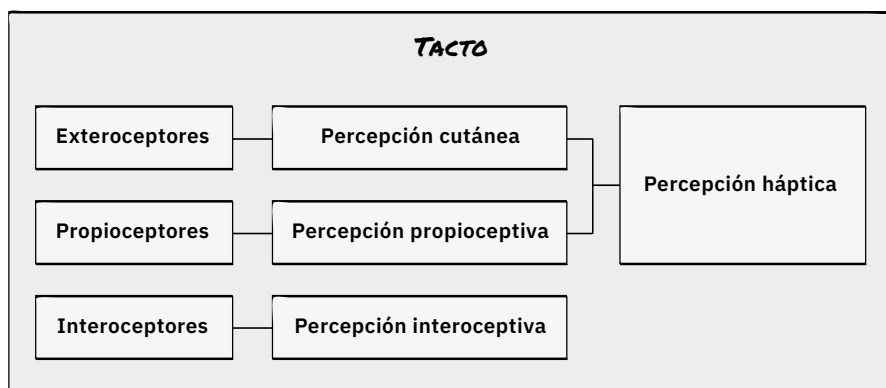
También es puesta en duda la idea que establece que la información provista por los propioceptores proviene del interior de nuestro cuerpo. La realidad es que, si bien los propioceptores están situados en la parte interna, pueden proveer indirectamente información sobre acontecimientos u objetos externos. De hecho, la información que proveen a veces es fundamental, y no puede ser obtenida por otro medio. Turvey (1996) llama a esta capacidad “Tacto Dinámico”, y en su artículo da variados ejemplos de experimentos donde los sujetos determinan la forma y el tamaño de distintos objetos solo sopesándolos, empuñándolos y blandiéndolos en el aire.

Percepciones cutánea, propioceptiva y háptica

Además de categorizar los distintos tipos de sensores según su ubicación, las teorías clásicas separan tres tipos de sensación táctil de acuerdo con cuáles de esos sensores entran en juego. Percepción cutánea es cuando la información se adquiere solo a través de los exteroceptores situados en la piel. Percepción propioceptiva es la información adquirida a través de propioceptores. Percepción háptica es la combinación de las dos, y está asociada sobre todo al tacto activo. Un ejemplo de percepción háptica es cuando metemos la mano en el bolsillo del abrigo y ahí mismo, sin sacarlas, palpamos

las distintas cosas y reconocemos las llaves. Los componentes epidérmicos y propioceptivos se potencian, y la percepción háptica es más completa que la simple suma de la cutánea y la propioceptiva.

La percepción háptica se da cuando exploramos un objeto tridimensional con las manos. En este caso, la superficie de la piel, junto con sus sensores, se va desplazando sobre la superficie del objeto que intentamos evaluar de acuerdo con movimientos voluntarios. La sucesión de estímulos recibidos en los sensores exteroceptivos, organizados espacialmente de acuerdo con los estímulos propioceptivos que nos indican la posición de nuestras manos y dedos, nos permite determinar la forma y tamaño del objeto sin mirarlo.



La localización de los estímulos en un modelo tridimensional

Una de las diferencias entre las tres fases de sensopercepción en el tacto consiste en el procesamiento de ubicación espacial de los estímulos percibidos. En la vista, este procesamiento es casi inmediato: de una sola escena, las localizaciones relativas se deducen inconscientemente a partir de parámetros de iluminación, velocidad angular y diferencias entre la percepción de un ojo y el otro (lo que se llama estereoscopia). En el tacto, todas estas herramientas no existen, y la localización requiere, por un lado, la interacción y resonancia entre mis percepciones y mis movimientos (la percepción háptica) y, por otro, el mantenimiento de un modelo en memoria al que le voy agregando estímulos a medida que los percibo. En la vista, los puntos de referencia espaciales son sincrónicos, mientras que en el tacto son diacrónicos.

Según Fulkerson (2013), en un primer paso se perciben propiedades intensivas básicas (un peso, una textura), que aún no tienen ni localización ni identidad, y a partir de ellas se genera una ubicación espacial. Dice: “Mi propuesta es que las características tangibles básicas son características intensivas que involucran una sola dimensión cualitativa que varía en intensidad”. Y más adelante: “Mi afirmación especulativa es que, en el tacto, las características intensivas tienen prioridad computacional e informativa sobre las características espaciales. (...) La idea es que la extracción de rasgos intensivos sirva de base para la construcción de representaciones espaciales”.

Esta localización de los estímulos en el espacio externo puede darse según tres puntos de vista:

- Topológica: la localización de cada estímulo con respecto a otros estímulos, donde no hay marco de referencia único, sino que a cada estímulo se le asocia una localización respecto de otros como si fuera un atributo del objeto y no una ordenación del ambiente,

- Egocéntrica: la localización con respecto al sujeto percipiente, donde el marco de referencia es el sujeto y el punto origen de la perspectiva es el punto en donde se produce la recepción de estímulos, llamado el egocentro (Lederman & Klatzky, 2009),

- Alocéntrica: la localización respecto a un sistema de coordenadas externo e independiente, donde el marco de referencia está dado por hitos y ejes externos al observador, como si fuera una visión desde una tercera persona.

Estos tres tipos de localización son sucesivos, es decir, que cada uno requiere un procesamiento a partir del anterior, y cada una de las fases de la sensopercepción incluye uno de ellos.

Tomemos como ejemplo la percepción táctil de la superficie de una pelota de tenis.

En la sensación, mediante la comparación entre lo que percibo y los movimientos de mi mano, mi inconsciente calcula el desplazamiento de la piel contra el relieve micro orográfico de la superficie del objeto y lo convierto en texturas. A medida que recorro el exterior de la pelota, reconozco varias de estas texturas. También se va reconociendo la forma, a medida que mi mano la recorre y mis dedos se adaptan a la resistencia táctil. Todavía no reconozco que estoy tocando una pelota de tenis, ni siquiera que es una pelota, y ni siquiera que es un objeto único. Todo eso lo deduciré (de manera inconsciente) en un segundo momento, a partir de la textura y la curvatura y la posición del dibujo. Por ahora, al final de la fase de sensación, solo tengo esos datos sueltos, sin unidad ni identidad.

En la percepción, reconozco las partes (una superficie peluda, una línea curva lisa), la forma redondeada general, las ubico en el espacio, y logro determinar que esto que estoy tocando es una pelota.

En la cognición, ubico la pelota en el espacio, en relación con otros objetos que toqué antes y que forman el espacio total.



LA ESCUCHA COMO PROCESO 1: SENSACIÓN

5. Variables y mecanismos de la sensopercepción

Voy a mostrar, a la manera de un retrato puramente fenomenológico, el acto de escucha, o lo poco del acto de escucha que se deja transcribir en palabras. Lo voy a ir desplegando más o menos como se me fue construyendo a mí a medida que avanzaba en mis estudios, desde lo micro a lo macro y desde lo más evidente a lo más sutil, empezando por las propiedades y parámetros y luego determinando planos y sutilezas para formar un esquema topológico tridimensional (que llamaré esquema proximal).

No conozco relatos del acto de escucha tal como yo lo quiero mostrar, y justamente por eso me decidí a intentar plasmarlo. Sin embargo, en cuanto empecé a hacerlo me di cuenta de por qué no existen. Es un retrato complejo, donde tengo que valerme de metáforas todo el tiempo, y donde a veces necesito diferenciar características por rasgos tan mínimos que no existen palabras precisas.

Voy a intentar que no sea un fárrago de sensaciones ininteligibles, así que voy a organizar mi descripción según los siguientes ejes:

- Las variables de la sensopercepción (este capítulo). Qué escuchamos cuando decimos que escuchamos (distintos aspectos táctiles), qué parámetros permiten clasificar distintos niveles de escucha, y qué procedimientos modifican la escucha (rutinas básicas de sensopercepción táctil como proyectar, amplificar o discriminar).

- Los niveles de sensopercepción (el capítulo 6). A partir de las variables de aspectos, parámetros y procedimientos de escucha del momento, y las combinaciones de los distintos valores posibles, determino una clasificación con doce niveles de sensopercepción.

- El mecanismo de la fase de sensación (el capítulo 7). Un intento de entender por qué la escucha funciona como funciona, y las implicaciones que esto puede tener.

¿Qué escuchamos?

No escuchamos ruidos, por supuesto, sino formas o movimientos. Como osteópata, utilizo la escucha para sondear el estado de los tejidos o sistemas que estoy examinando. La idea es detectar congestiones, adherencias, fijaciones, fibrosis y otras entidades que describiremos cuando llegue su momento, y para eso evalúo distintos aspectos táctiles como textura, diferencias de temperatura, variaciones en la elasticidad, y rangos y calidades de movimientos. Los aspectos estudiados pueden ser estáticos, dinámicos o mixtos.

1. Aspectos estáticos

Los aspectos estáticos son los que describen un objeto en cuanto a su forma o a su material, y no dependen del movimiento de los tejidos del paciente. Son: temperatura, bordes, forma, textura, durezas, densidad, tensión, turgencia, tono muscular.

Podemos percibir la temperatura de una zona corporal, sobre todo en comparación con otras zonas. Los bordes de huesos, cartílagos, ligamentos, tendones, músculos, órganos. La forma de estos: si son redondos, chatos, ahusados. La textura, no solo de la piel, sino de estructuras más profundas. La densidad o la turgencia. Las presiones cavitarias. El tono muscular. La red de tensiones ligamentarias.

2. Aspectos dinámicos

Los aspectos dinámicos son los que se refieren a características del movimiento de los tejidos, las que llamamos “características cinemáticas”. Entre ellos podemos incluir: rangos de movilidad, calidad del movimiento, ritmos, corrientes, temblores, turbulencias, latidos, ruidos hidroaéreos, mareas.

Si ponemos una mano sobre el abdomen del paciente podemos sentir un buen muestrario de todos ellos: el movimiento de los músculos abdominales si el paciente los contrae, el ritmo de la respiración pulmonar, los latidos del corazón o de la aorta, los ruidos hidroaéreos de líquidos y gases desplazándose por el intestino y muchos otros menos habituales que iremos presentando.

3. Aspectos mixtos

Son mixtos todos los aspectos reológicos de la evaluación de los tejidos. La reología es la rama de la física que estudia el flujo y las propiedades de

deformación de la materia y, por lo tanto, comparte conceptos de la estática y de la dinámica. Los aspectos reológicos de un material son básicamente cuatro: viscosidad, elasticidad, viscoelasticidad y reopexia/tixotropismo.

En el caso particular de la escucha, la diferencia con los dos grupos anteriores es que aquí ambos elementos (la mano del terapeuta y los tejidos del paciente) tienen que estar en movimiento para que la percepción se produzca. Este movimiento se da en dos tiempos: primero mueve la mano el terapeuta para provocar un cambio en los tejidos, y luego adquiere una actitud pasiva para percibir cómo se mueven los tejidos en reacción al cambio que se les imprimió. En el primer paso, la mano es activa y el objeto es estático; en el segundo paso, la mano es pasiva y el objeto es dinámico.

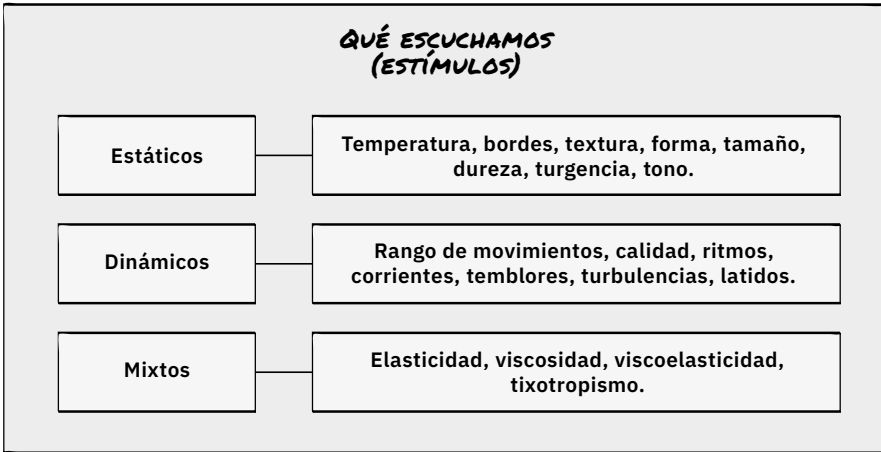
Elasticidad, viscosidad, viscoelasticidad, reopexia y tixotropismo son distintas formas de evaluar la reacción de un material cuando se le aplican fuerzas externas. Para evaluar elasticidad o viscoelasticidad, mido cuánto restaura su volumen o su flujo original, o el tiempo que tarda en hacerlo. Para evaluar reopexia o tixotropismo, compruebo si modifica su constitución interna.

Reopexia y tixotropismo son propiedades de los fluidos no newtonianos. Los fluidos newtonianos son los que tienen siempre la misma viscosidad. Los fluidos no-newtonianos pueden variar su viscosidad dependiendo del estrés que sufran. Algunos líquidos no newtonianos se hacen más viscosos si uno los sacude. Otros pueden tener distinta viscosidad a distintas temperaturas. El agua es un fluido newtoniano; tiene siempre la misma viscosidad, no importa lo que le hagamos. El yogur es un fluido no newtoniano; en reposo es más gelatinoso, pero si lo sacudimos se vuelve más líquido.

Entre estos fluidos no newtonianos se encuentran los dos tipos que nos interesan: los reopécticos y los tixotrópicos. Son reopécticos aquellos en los que la viscosidad aumenta (pasan de sol a gel) en proporción al esfuerzo recibido, como algunos lubricantes, que al ser agitados se espesan²⁵. Son tixotrópicos los que se hacen menos viscosos (pasan de gel a sol) ante el movimiento o la presión, como el yogur o el ketchup. En el cuerpo humano, la sangre, el citoplasma, el semen, el líquido sinovial y algunos tipos de colágeno son tixotrópicos.

25 Se suele dar como ejemplo de fluido reopéctico el llamado oobleck (que es maicena mezclada con agua). Si movemos lentamente la mano, podemos hundirla en este material como si fuera un líquido, pero si le damos un golpe con el puño, reacciona como un sólido. En el programa de TV *Mythbusters*, conducido por Adam Savage y Jamie Hyneman, llenaron un recipiente gigante con oobleck, y mostraron que Adam podía atravesarlo corriendo o saltando por su superficie, pero se hundía en cuanto se quedaba quieto. En realidad, la maicena mezclada con agua es dilatante y no reopéctica. Para ser realmente reopéctica, la viscosidad debería aumentar de manera constante mientras se mantenga la agitación, cuando lo que sucede con el oobleck en realidad es que, ante la agitación, se produce un cambio brusco de viscosidad, y luego no sigue cambiando.

En algunas técnicas de escucha, la respuesta del tejido nos puede indicar si una disfunción es de origen pleural, fascial, parenquimatoso, óseo, etc.



¿Cómo escuchamos?

Básicamente, poniendo las manos y sintiendo. Pero ¿cómo ponemos las manos? En particular... ¿las movemos o no las movemos?

La palpación puede ser activa o pasiva. El terapeuta puede mover la mano para palpar a través de un recorrido, puede dejarla quieta, o puede moverla para provocar alguna reacción en los tejidos del paciente.

1. Palpación activa

En este caso, el osteópata va desplazando la mano para comprender la forma de algo que se extiende en el espacio. El ejemplo típico es cuando se intenta seguir un borde o una silueta, pero también la percepción de textura requiere que la mano se mueva. La idea de la palpación activa es explorar parámetros espaciales. Cuando uno habla de palpación, suele pensar en la mano en movimiento, así que podríamos decir que la palpación activa es la palpación propiamente dicha.

2. Palpación pasiva

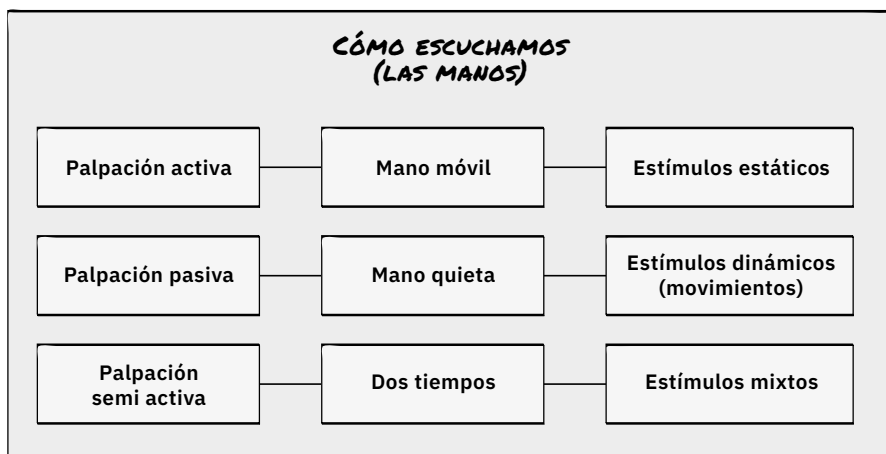
En este caso, el terapeuta deja la mano quieta y percibe los movimientos de los tejidos del paciente. Esos movimientos pueden ser voluntarios, como

en el caso que el osteópata pone una mano en el hombro del paciente mientras le pide que mueva el brazo, o involuntarios, cuando lo que se escucha son movimientos inherentes como ruidos hidroaéreos, el pulso o los latidos del corazón. La idea de la palpación pasiva es investigar parámetros cinéticos. Esta es la escucha en el sentido más habitual del término.

3. Palpación semi activa

En este caso, el osteópata en un principio mueve la mano para imprimir un movimiento a los tejidos, y luego la deja quieta para sentir la respuesta. Se usa para percibir elasticidad, viscoelasticidad, turgencia y reopexia o tixotropismo. Para evaluar elasticidad o viscoelasticidad, por ejemplo, puedo aplicar una presión suave y luego soltarla. Para evaluar reopexia o tixotropismo, puedo aplicar una fuerza, sea en forma de thrust, presión constante o tracción sostenida, y luego quedarme quieto para percibir si la densidad del tejido se modifica.

Esta distinción entre palpaciones activas, pasivas y semiactivas está planteada solo para organizar los contenidos que vienen a continuación, pero la realidad es que fisiológicamente la sensación no es en ningún caso un proceso pasivo, sino que siempre incluye en su estructura componentes motrices. Las determinaciones complejas que requiere la diferenciación o reconocimiento de un objeto son enteramente imposibles sin movimientos activos.



No hay percepción sin movimiento

De lo dicho, vemos que para percibir objetos estáticos necesitamos que nuestra mano sea dinámica, y al revés, si dejamos la mano estática, solo podemos percibir los objetos que estén en movimiento. No podemos percibir la forma de un objeto con la mano quieta sobre su superficie. Esto es así porque no hay percepción sin movimiento. Sea el receptor o el emisor, alguno de los dos debe moverse, de lo contrario los receptores sensoriales táctiles no transmiten información relevante, o directamente no se activan.

Hay dos casos particulares que parecen no cumplir esta condición: la temperatura y las tensiones.

En la temperatura, la mano puede estar quieta y percibir la temperatura de una zona que también está quieta. Sin embargo, a nivel molecular, el calor es la velocidad a la que se mueven las partículas atómicas de un material. El calor es movimiento. La percepción de temperatura es la diferencia entre la velocidad de movimiento de las partículas de la mano del terapeuta y la velocidad de movimiento de las partículas del cuerpo del paciente.

Pero no es necesario irse a un nivel microscópico. En el cuerpo humano, las variaciones térmicas son causadas por el flujo de sangre. Si la temperatura de alguna parte del cuerpo cambia, es porque allí el caudal de irrigación cambió. Es decir, que también aquí la sensación de temperatura depende del movimiento.

La idea de que la percepción de las tensiones también cumple con la premisa de que no hay sensación sin movimiento parece más difícil de justificar.

Aclaremos en principio qué entendemos por “tensión”, porque este término se usa con distintas acepciones. Hay un sentido psicológico, asociado a nerviosismo. Hay un sentido eléctrico, de diferencia de potencial. Yo acá uso el término “tensión” en su sentido mecánico.

Empecemos por explicar lo que pasa en el efecto de tensión de un modo sencillo. Tenemos un objeto de un material flexible²⁶. El objeto es largo (es mucho más extenso en una dimensión que en las otras dos, como una sogá) o plano (es mucho menos extenso en una de las tres dimensiones, como una tela). Está sostenido solo por los extremos. Si los puntos de sujeción están separados por una distancia menor a la longitud del objeto, no hay tensión. El objeto está “flojo”; decimos que “cuelga”. A medida que aumentamos la

26 No confundir flexible con elástico. Flexible es lo que puede variar su forma. Elástico es lo que puede variar la amplitud de alguna de sus dimensiones. Una cadena de hierro es flexible pero no elástica.

distancia entre los puntos de fijación acercándonos a la longitud del objeto, la tensión aumenta.

Supongamos que mi tía Fefe y yo sostenemos una cadena de hierro de dos metros de largo. Ella tiene un extremo y yo el otro. Empezamos a alejarnos. A medida que la distancia entre Fefe y yo se acerca a los dos metros que mide la cadena, cada vez tenemos que hacer mayor fuerza.

Si la cadena fuera de un material elástico, la distancia que separa los puntos de fijación podría ser mayor a la longitud del objeto. Si en vez de sostener una cadena de hierro sostenemos un elástico de dos metros de largo, al alejarnos dos metros llegamos a la longitud del objeto, pero podemos seguir alejándonos gracias a su elasticidad. Cuanto más se supera el largo del objeto, mayor es la tensión, hasta que en cierto momento la prolongación se torna imposible.

La realidad es incluso más severa. En un objeto no elástico, la tensión puede producirse antes de alcanzar la longitud del objeto, por un efecto de distribución del peso hacia los costados. De hecho, en un objeto ideal no elástico, es imposible que los puntos de fijación estén a una distancia igual a la longitud del objeto, porque a medida que nos acercamos a esa distancia la fuerza que hay que ejercer aumenta, y en ese último segmento minúsculo la fuerza tendría que ser infinita. Pero no nos compliquemos a esta altura con eso, porque lo esencial no cambia: la magnitud de la tensión depende de la distancia entre los puntos de fijación de los extremos en relación con la longitud del objeto y la elasticidad del material.

De todo lo dicho, pareciera que la tensión no es un movimiento, pero se puede percibir con la mano quieta, lo cual contradice mi hipótesis de que no hay percepción sin movimiento. En primer lugar, quiero notar algo: la tensión tiene una dirección, y esta es una característica que un objeto completamente estático no puede tener. Cuando estiramos un elástico, hay una tensión en el sentido de la longitud y en dirección a sus extremos. Esto solo puede existir porque la tensión es un movimiento en potencia. No hay desplazamiento en el espacio, pero sí hay una fuerza, una dirección y un sentido.

Permítanme una aclaración antes de que mi tía Fefe me acuse de estar haciendo trampa. Digo que tensión es movimiento en potencia para hacerla encajar con mi hipótesis de que toda percepción necesita movimiento. Sí, estoy haciendo un poco de trampa, pero es justamente mi intención. En este libro no quiero ser exacto, sino brindar una idea aproximada que sirva para poder evaluar la realidad. La didáctica es un poco así: empieza simplificando a grandes rasgos, y a medida que va adentrándose en nociones detalladas se va haciendo más compleja.

Así es, por ejemplo, la manera en que se enseñan las articulaciones del cuerpo humano. Lo primero que uno aprende es que hay varios tipos de articulaciones tipo diartrosis: trócleas, cóndilos, trocoides, enartrosis, encaje recíproco, artrosis. Cada tipo de articulación se mueve de una manera particular: ésta en un eje, aquella en dos ejes, esta otra rotando en un punto. Pero cuando vas al organismo real, casi ninguna articulación cumple con la formulación abstracta. Muy pocas se mueven de acuerdo con los ejes teóricos. ¿La rodilla? Es una tróclea, o dos cóndilos, y, dependiendo del ángulo, se comporta como una u otra, y además de todo tiene la rótula, que le modifica toda la dinámica. ¿El codo? Tróclea + cóndilo + trocoide. La supinación del antebrazo no es una simple rotación como una trocoide, sino una rotación de uno de los dos huesos más una superposición angular con el otro. ¿La articulación temporomandibular? No es ni un cóndilo ni dos, sino dos pares de cóndilos enfrentados, es decir, una *doble dícondílea*, y efectúa una cantidad de movimientos que ninguno de los tipos teóricos de articulaciones se hubiera atrevido a emprender. Entre todos los movimientos que hace, hay uno que se llama “diducción”; un par de cóndilos solo rota sin desplazamiento, mientras que el cóndilo inferior del par del lado contrario se desplaza hacia adelante, abajo y adentro. La diducción es un movimiento impensable en el canon de movimientos posibles que nos plantean cuando aprendemos la teoría básica de las articulaciones. No solo eso: cuando uno va al cuerpo real, a un paciente determinado, y le coloca la mano en la articulación temporomandibular mientras el paciente abre y cierra la boca, se pueden encontrar las variaciones de diducción más estrambóticas: el cóndilo inferior baja, después se desplaza a la izquierda, rota, se inclina un poco, vuelve atrás, sube un poco, hace un chasquido, sobresale hacia afuera. Otro paciente puede tener una serie diferente de movimientos y no coincidir ni en uno solo de ellos. Este ejemplo es para ilustrar que la realidad es mucho más compleja que la teoría. Las construcciones teóricas sirven para entender, pero no pueden aplicarse de manera directa a los objetos de la realidad, que son mucho más variados e irregulares.

Volviendo al caso de la percepción, quiero que quede claro esto: la percepción necesita movimiento. Eso es fundamental.

Por otro lado, quiero que se entienda la percepción de la tensión, porque es difícil de aprehender. El haber hablado de ella como un caso aparte, y la “trampa” que hice al hablar de la tensión en realidad tenían su razón de ser, porque esa es la forma en que se la siente. La tensión se percibe como un movimiento donde no lo hay, y justamente por eso elegí la noción de *movimiento en potencia*.

Acá me veo obligado a hacer una aclaración: las tensiones podrían considerarse parte de los estímulos semidinámicos, en particular como

un tipo de elasticidad. Una parte es verdad: puedo testear la tensión de manera semidinámica, imprimiendo un movimiento a los tejidos para luego evaluar la respuesta. La elasticidad *es* una tensión. Pero me estoy refiriendo acá a las tensiones que sentimos cuando dejamos la mano quieta. Mi sospecha es que en realidad hacemos pequeños movimientos imperceptibles que también están imprimiendo un movimiento a los tejidos, de modo que la percepción de las tensiones sí sería un caso particular de la percepción de elasticidades. Sin embargo, lo llamamos “escucha tensional” cuando el movimiento de la mano del osteópata es involuntario e imperceptible, es decir, cuando el osteópata cree que no está moviendo su mano, aunque imperceptiblemente lo haga.

Los parámetros de la escucha

Los planos

El plano es la profundidad corporal en la que se encuentra lo que estamos intentando escuchar. Está definido por la distancia de lo percibido respecto a nuestras manos y, sobre todo, por la cantidad y calidad de tejidos y estructuras que están en el medio y que obstaculizan la escucha. Por ejemplo, en cierto punto del abdomen encontramos los siguientes planos, de anterior a posterior: piel, tejido subcutáneo, músculo, pared anterior del peritoneo, epiplón mayor, intestino delgado, pared posterior del peritoneo, aorta y vena cava, columna vertebral, músculos, tejido subcutáneo, piel.

Si queremos escuchar el intestino delgado, debemos sortear todos los elementos que se encuentran entre mi mano y el intestino. La forma de sortearlos es reclutándolos como elemento de sensación o, lo que es lo mismo, proyectando mi superficie de sensación más allá de la piel de mi mano hasta la estructura inmediatamente anterior al intestino. Para mejorar la escucha en distintos planos, debemos aprender a incorporar los tejidos mediadores como si fueran parte de la mano.

GLOSARIO: PLANO

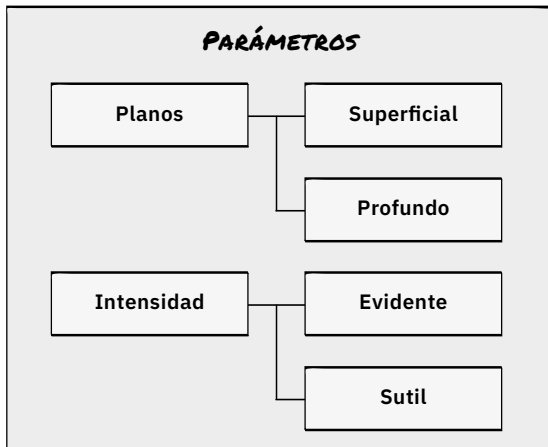
PLANO: Estructura anatómica que constituye una unidad tisular desarrollada a una misma profundidad respecto de la piel.

La intensidad

La intensidad es la magnitud del movimiento con relación a la sensibilidad de mi mano. Puedo sentir fácilmente movimientos amplios como la respiración pulmonar, y con más dificultad movimientos menos amplios como el pulso en la muñeca. En este caso, decimos que el pulso de la muñeca es más sutil que la respiración pulmonar. Existen dentro del cuerpo movimientos aún mucho más leves que el pulso de la muñeca, que solo se llegan a percibir con práctica. Algunos son tan sutiles que son difíciles de aprehender incluso luego de años de práctica dedicada.

Pero la sensibilidad no solo depende de los años de práctica, sino también de las circunstancias eventuales, como mi estado físico y mental y las circunstancias del momento. Cómo desperté esa mañana afecta mi sensibilidad. Las cosas que me preocupan y cómo estoy reaccionando frente a mis aflicciones, también. La actividad física que hice los últimos días, lo que comí, la magnitud de mi sedentarismo, la posición en que dormí, el tono de mis músculos y la distribución de mis contracturas, todos estos factores influyen. La relación con el paciente al que estoy escuchando, influye. Mi actitud en el momento exacto de la escucha, si busco algo, si estoy mal sentado, si hay un ruido en el departamento vecino que me distrae, también. Todo eso influye en mi sensibilidad, y, por lo tanto, en la calidad de la escucha.

Lo que percibimos, siempre, son diferencias. En la percepción táctil de movimientos, sobre todo, diferencias con la quietud. En el caso particular de la escucha osteopática, donde nunca hay quietud porque el cuerpo escuchado es un cuerpo vivo y no hay vida sin movimiento, la diferencia que percibo es con los otros movimientos circundantes.



Procedimientos de la escucha

La sensibilidad para la detección de desviaciones tiene cierto umbral que aumenta con la práctica, pero la posibilidad de percepción de más o menos estímulos es además afectada por otras particularidades.

Hay que considerar, por ejemplo, que la percepción táctil tiene un alcance limitado. Cuando pongo la mano en el tórax no puedo captar y hacerme la representación de todo el cuerpo, sino solo del tórax, y ni siquiera de todo el tórax, sino solo de la zona más contigua al lugar donde yo tengo la mano (y a la profundidad a la que me proyecto). Me refiero a una sensación directa. De manera indirecta sí puedo sentir tensiones que influyen en la zona donde tengo la mano pero provienen de alguna región remota, de una zona que no puedo captar. Es entonces que digo, por ejemplo, que “me lleva al hombro”, lo que quiere decir que, en la zona donde estoy, siento una influencia que viene desde esa dirección, y si quisiera obtener más información tendría que poner la mano en el hombro y escuchar ahí. Si lo hiciera, por otra parte, podría descubrir que el origen de la tensión no estaba en realidad en el hombro, sino a mitad de camino, o acaso más allá. La afirmación “Me lleva al hombro” no es determinante, sino que indica más bien una dirección y no tanto una posición específica.

Tanto la sensibilidad como el alcance dependen de la fuerza con la que el estímulo llega a mis receptores. Esto depende en principio de la intensidad de la producción del estímulo, pero también del canal.

Si quiero ampliar mi percepción, no puedo ampliar la intensidad del estímulo sobre el que no tengo control, pero sí puedo ejercer alguna influencia sobre el estado del canal, sobre todo en lo que se refiere a los obstáculos (estructuras que se ubican entre el estímulo y mis receptores), que son de tres tipos: los tejidos del cuerpo del paciente, los tejidos del cuerpo del osteópata y la ropa u otros objetos que se encuentren entre los dos cuerpos. Todos ellos interfieren en la calidad de la percepción, y tengo que aprender a minimizarlos. Los parámetros que puedo modificar son su espesor, su turgencia y su fijación.

El espesor lo modifico eligiendo el mejor lugar para posicionar mis manos, y es algo que no necesito pensar demasiado; coloco mi mano en el lugar más cercano posible a lo que quiero escuchar. Si quiero escuchar un riñón, posiciono mi mano en la zona de piel más cercana. No en el hombro o en el tobillo, sino en el flanco. No solo eso, sino que también prefiero ponerla en el triángulo de Petit, que es una hendidura entre músculos y, por lo tanto, me proporciona un acceso un poco más directo al riñón, sin tantos tejidos intermedios.

La turgencia la puedo modificar gracias a la presión de mis manos. En general, tejidos más turgentes son más fáciles de reclutar como tejidos mediadores, y tejidos menos turgentes son más fáciles de encauzar hacia los costados. Un hueso es más fácil de reclutar que un órgano, y un órgano más fácil que un plexo.

La fijación la puedo modificar liberando antes de la escucha los tejidos circundantes.²⁷

La sensibilidad y el alcance también dependen de las *circunstancias* de cada acto de escucha en particular. Tanto la recepción de estímulos como su representación, e incluso su integración cognitiva, dependen del día, de las personalidades, de cómo se haya levantado el paciente, de cómo se haya levantado el osteópata, del ruido ambiente, de lo que acaba de comer, de la última llamada telefónica que recibió, de la cultura donde se desarrolla. Todo lo que da vueltas por las mentes de los dos participantes y todo lo que surca el aire y reclama cierta atención, interfiere con la capacidad de escucha.

Es claro que las distracciones del entorno y de mis propias elucubraciones influyen en mi percepción. La tía Fefe es muy consciente de estas influencias, pero también es exagerada para todo, y los lunes y los jueves trata de no decirme cosas importantes porque no la escucho; los lunes, porque por la noche doy mi clase de Anatomía Somática y me paso todo el día con eso en la cabeza, y los jueves porque siempre comemos ravioles, y la mezcla de harinas con ricota me provoca cierta tendencia a tergiversar.

Si quiero mejorar la escucha en cuanto a sutileza, tengo que aprender a *proyectar* mi atención a un plano determinado, a *amplificar* la sensibilidad de mis sensores para captar estímulos de menor intensidad, a *discriminar* los distintos objetos y movimientos a los que percibo pero a los que no quiero prestar atención, a ponerme en *estado neutro* y a armar un *modelo tridimensional* persistente a partir de estímulos táctiles disociados.

Proyectar me ayuda a ignorar los obstáculos encontrados en el canal, amplificar me permite captar información a niveles que antes me pasaban desapercibidos, discriminar hace uso de la adaptación sensorial tanto para dejar de ver lo irrelevante como para focalizar en lo relevante, ponerme en estado neutro garantiza la fidelidad de lo sensopercibido y ensamblar un modelo persistente en memoria me permite eludir el problema del corto alcance táctil.

27 Lo ideal es posar la mano directamente sobre la piel. Si no fuera posible, la escucha será más fácil cuanto más finita, menos elástica y más suelta sea la ropa. Mi némesis es el jean, que funciona casi como un exoesqueleto. Como dice Umberto Eco, el de jean es el único tipo de pantalón que uno se puede desabrochar sin que se caiga.

Proyectar

Proyectar es llevar la atención a un plano del cuerpo al que no se tiene acceso directo por encontrarse a cierta profundidad, detrás de otros tejidos o estructuras anatómicas. Para lograr alguna eficiencia en ese tacto distal, el terapeuta necesita reclutar todos aquellos tejidos que se encuentran interpuestos entre la estructura que está intentando sentir y los sensores de su propio cuerpo. Reclutar significa ignorarlos en tanto objeto percibido, y eso se logra incorporándolos en tanto parte del sujeto percipiente. De esta manera, pasan a funcionar como mediadores del sentido del tacto del terapeuta, y se convierten en una extensión de sus sensores corporales (los llamaremos *tejidos mediadores*).

Amplificar

Otra habilidad necesaria es la de amplificar, es decir, poder detectar y tratar los estímulos que son pequeños en comparación con todos los otros. Amplificar la sensibilidad se logra proyectando, y con foco en los estímulos relevantes, es decir, discriminando los estímulos intrascendentes. La restricción del campo de atención a un punto particular funciona como una lente sensorial.

Discriminar

Discriminar me parece la habilidad preponderante, en parte porque funda todas las demás habilidades, pero, sobre todo, porque cuando empezamos a escuchar no estamos acostumbrados a un proceso de discriminación. Tenemos tendencia a querer escuchar todo, y eso es, justamente, lo que hay que reformular.

Recuerdo, al respecto, una escena en mis estudios. Fue en mi segundo año de facultad, y yo estaba cada vez más frustrado. Mis compañeros empezaban a sentir, y yo nada. Cada vez que llegaba una práctica, y había que comparar la resistencia tensional de la base del sacro entre el lado izquierdo y el derecho, o evaluar la armonía del movimiento del diafragma, o, en el peor de los casos, acompañar el movimiento de los huesos del cráneo, yo decía lo mismo: “no siento nada”. Hasta que un día un profesor se apiadó de mí, solicitó

la colaboración de un compañero y me hizo poner una mano en su tórax, y él puso su mano sobre la mía. Me hizo concentrar, enfocar, ponerme en estado de no buscar nada, y me esperó. Después de un rato me preguntó:

- ¿Qué sentís, Lea?
- No siento nada - dije yo.
- Dale, algo tenés que sentir- me insistió.
- Te juro que no- dije.
- ¿Sentís la respiración?

Admití que sí. No lo había dicho porque me parecía muy obvio. La respiración la siente cualquiera, y yo creía que tenía que sentir algo más, esos “patrones tensionales” o las mareas de las que había oído hablar.

- Ah, entonces algo sentís- me dijo.
- Bueno, eso sí- acepté-. Pero nada más.

Me siguió preguntando por otras cosas. “¿Sentiste esa tos contenida? ¿La vibración de los pasos de los otros alumnos que caminan alrededor nuestro sobre el piso de madera? ¿El ruido que hizo la panza?”. Esas cosas yo las sentía, pero no me habían parecido importantes. Hasta entonces, era una masa informe de sensaciones. Cuando me preguntó si había sentido el auto que acababa de pasar por la calle, me di cuenta de que lo había sentido, pero no había prestado atención; el mismo fenómeno de darse cuenta de que el motor de la heladera había estado encendido solo en el momento que se apaga. Seguí preguntándome por esto y aquello. Había cosas que yo decía sentir y cosas que no. De pronto preguntó:

- ¿Algún latido?

Yo dije que sí, porque había sentido sobre todo uno. Presté atención, y noté algunos otros. Los enumeré. Uno acá a la izquierda fuerte. Otro más acá, más débil. Uno allá a la derecha, muy lejano y débil. Un par allá que son como coordinados y en la misma dirección. Él me nombró las arterias que yo había señalado: la gástrica, la mesentérica superior, alguna otra que ahora no recuerdo. Al final, me dijo:

- ¡Pero sentís un montón!

Me sentí desconcertado. La verdad era que sentía, pero no discriminaba. Y al no discriminar, para mí era como no sentir nada. Lo que sentía me parecía ruido. Cuando me preguntó por latidos, comprendí que parte del ruido que sentía eran latidos. Antes no los escuchaba. Los sentía, los percibía, estaban en mi atención, pero no los escuchaba. El mismo mecanismo de adaptación sensorial que borra de la atención sonidos constantes y continuos, toma también sonidos de lo que no podemos aprehender información y los sepulta en la bolsa llamada “ruido”.

Darme cuenta de que podía discriminar, y saber discriminar algunas cosas, pero sobre todo darme cuenta de que poniendo orden en el ruido podía convertir el ruido en mensajes inteligibles, me abrió las puertas de la percepción.

Fulcrums

Un *fulcrum* es el punto de apoyo de una palanca, y un osteópata encuentra en cualquier agujero una excusa para usarlo de metáfora. Si te vas a juntar a tomar unas cervezas con unos osteópatas, es altamente recomendable prohibir el uso de la palabra “fulcrum” al inicio de la velada.

Una palanca consta de tres partes: la fuerza aplicada, la resistencia y el punto de apoyo o fulcrum. La función de la palanca es permitir superar la resistencia con una fuerza aplicada menor a la que se necesitaría si la palanca no estuviera. En la clínica osteopática se utilizan en muchas técnicas manuales, donde el terapeuta apoya la mano en el cuerpo del paciente y el codo del mismo brazo sobre la camilla o sobre su propia rodilla, de manera de establecer una palanca y así requerir menos fuerza muscular para lograr algún resultado. Esta presión sobre el punto de apoyo permite al osteópata percibir y tratar estructuras en el interior del cuerpo o inducir actividad inherente en el tejido sin aumentar la presión de las manos sobre el cuerpo del paciente. En ese sentido, un fulcrum permite optimizar el efecto de una fuerza aplicada, de manera que actúe *como si* se aplicara una fuerza mayor. Un fulcrum amplifica la fuerza sin incluir más fuerza.

Pero la noción de fulcrum también adquiere, por resonancia, características que sería más exacto adjudicar al concepto de *pivot*, que es un punto quieto alrededor del cual se organizan movimientos de rotación. En ese sentido, un pivot modifica la amplitud o dirección de movimiento de un objeto sin incluir movimiento. Un fulcrum es siempre un pivot, aunque puede existir algún pivot que no funcione como fulcrum. Este caso es significativo en el caso de los ritmos, dado que un ritmo es un movimiento alrededor de una quietud. Si analizamos el patrón de movimiento de un vórtice según la distribución espacial, la quietud está en el pivot.

En la escucha, un fulcrum es una herramienta fundamental, porque el mecanismo de proyección puede dar como resultado un círculo vicioso: para llevar mi sensopercepción a estructuras anatómicas profundas, debo aumentar la presión para superar todos los tejidos intermedios, pero el aumento de presión influye sobre el tejido escuchado. Para superar esta paradoja, Rollin Becker propone un artificio: aumentar la presión no en la mano que

está sintiendo, sino en el punto de apoyo, que será probablemente el codo apoyado sobre un elemento externo al cuerpo del paciente, sea la camilla o el cuerpo del propio osteópata.

Más allá de la aplicación directa en las técnicas manuales, la idea de fulcrum se utiliza como metáfora para cualquier situación donde se logra amplificar un efecto sin suministrar fuerza o movimiento, sino solo un punto de apoyo. Es en ese sentido que se dice que el osteópata es un fulcrum en la salud del paciente: el osteópata no cura, sino que se limita a brindar un punto de apoyo para que el paciente pueda modificar su propia fuerza o su propio movimiento.

GLOSARIO: FULCRUM

FULCRUM: El punto de apoyo de una palanca. Dentro del corpus osteopático, se utiliza en sentido metafórico para señalar cualquier proceso en que una entidad facilita el movimiento de otras sin añadir la fuerza propia al ecosistema cinético.

Estado neutro

De la misma manera que vací mis pulmones para llenarlos, para poblarme de sensaciones tengo que vaciarme. Vaciar me de expectativas, de juicios y valoraciones. La idea de ponerse en neutro es minimizar las interferencias que yo pueda aportar a las circunstancias de la escucha. La neutralidad absoluta es utópica; lo importante es tenerlo presente. Algunos ruidos y obstáculos míos los puedo evitar mediante los mecanismos de discriminación, proyección y reclutamiento. Otros los puedo disminuir mediante una actitud y una preparación, de las que hablaremos más en profundidad en secciones posteriores.

Establecer un modelo tridimensional

Por último, la habilidad más compleja es la de ensamblar un modelo tridimensional. De esto habla casi toda la sección III (la fase de percepción).

Los procedimientos en el proceso de escucha

Estos cinco procedimientos, que signan a la escucha en tanto proceso, son los que estudiaremos en El Cuerpo y La Escucha, en la parte dedicada a la escucha en tanto proceso. Existen otras dos aptitudes que catalizan la escucha: alcanzar un estado alterado de consciencia y adoptar una actitud de empatía radical en la relación con el paciente. Estas dos aptitudes serán abordadas en las secciones de la escucha en tanto estado y en tanto acto.

Cada una de las fases de la sensopercepción produce efectos según estos mecanismos, y genera como *output* un esquema de características determinadas.

La fase de sensación colecta los estímulos externos, los amplifica y discrimina, y los localiza topológicamente, y luego de ese procesamiento produce un esquema proximal, cuya característica distintiva es la organización topológica de las distintas propiedades intensivas. A todo este procesamiento lo llamamos, para resumir, una *topologización*, porque lo básico es una localización relativa de propiedades intensivas.

La fase de percepción toma el esquema provisto por la sensación, proyecta la atención a un plano topológico específico, identifica entidades haciendo resonar y modular entre sí los distintos estímulos, y las localiza egocéntricamente. Plasma ese procesamiento en un esquema distal de entidades relacionadas geoméricamente entre sí. Este proceso lo llamamos una *ontologización*, porque la meta básica es la identificación de entidades, haciendo una conglomeración de propiedades intensivas diversas.

La fase de cognición parte del esquema distal generado en la percepción, lo integra con el contexto y conocimientos en memoria, y establece un modelo coherente y completo de relaciones entre partes y con el todo, con una localización alocéntrica. A este proceso le damos el nombre de *mereologización*, porque su objetivo son las relaciones de conjunto y la detección de propiedades emergentes.

GLOSARIO: PROPIEDADES EMERGENTES

PROPIEDADES EMERGENTES: Aquellas que aparecen sólo 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.

No te alarmes con esas palabras difíciles (topologización, ontologización, mereologización). Corresponde una a cada una de las fases de la escucha en tanto proceso, y tenemos tiempo para explicarlas e impregnarlas del significado que necesitan en *El Cuerpo y La Escucha*.

Pero antes de meternos de lleno en el estudio de esos procedimientos, necesitamos entender un poco el repertorio de cosas que se pueden escuchar. Ese muestrario es vastísimo, y para darle un poco de orden lo organicé en doce niveles de sensopercepción, donde cada nivel se define por una combinación particular de profundidad de plano y medida de intensidad. De eso habla el próximo capítulo.

6. Doce niveles de sensopercepción táctil

Dependiendo de las distintas combinaciones de planos y sutilezas, me animo a postular doce niveles de sensopercepción táctil. La descripción de cada uno de estos niveles es aventurada, y puedo prever en los lectores distintas incomodidades. Los puristas dirán que no puedo darles valor objetivo a sensaciones meramente subjetivas, y que la escucha (o al menos algunas de sus manifestaciones) es inefable. Tienen razón, por supuesto. Dejemos esto en claro desde ahora: mi relato es fenomenológico y subjetivo. Otros relatos no fenomenológicos pueden ver y mostrar otros objetos, otras relaciones, otros modelos y otras causalidades. En cuanto a la subjetividad, es algo intrínseco al objeto de estudio por muchas razones que vamos a mostrar. Mi intención es que mi relato despierte en los lectores sensaciones y emociones que los ayuden a organizar su propio relato. No quiero proponer un modelo universal. Solo quiero que me escuchen (en el sentido que le doy en este texto a la palabra “escuchar”), y me encantaría que la escucha que los lectores hagan de mi relato también fuera fenomenológica y subjetiva.

No quiero entrar aquí en detalles de qué es cada sensación. Hay muchos libros excelentes para eso. Mi intención es sencillamente encauzar las expectativas acerca de qué se puede sentir en la mano; exhibir un surtido de sensaciones posibles. Quiero contarlos como se lo contaría a mi tía Fefe, que todavía no capta la diferencia entre yoga y meditación y tiene un registro de su cuerpo tan bajo, que cree que para respirar hay que hacer fuerza con la nariz.

Las sensaciones que plasmo acá son absolutamente subjetivas. El modelo que cada osteópata prefiera dependerá de sus predilecciones sinestésicas. Hay terapeutas que identifican las sensaciones percibidas por medio del tacto con sabores, cosa que a mí me resulta impensable. Otras personas probablemente tengan otras imágenes, y esa variedad es bienvenida. Cada uno encuentra su camino. Yo soy muy visual y con formación científica, así que para entender me sirven los modelos con perspectiva y los campos electromagnéticos. Otros osteópatas tendrán acercamientos simbólicos, musicales,

hápticos puros. Conozco algunos que usan imágenes de plantas y árboles, otros de pensamiento jerárquico, o de pesos e inercias. Todo vale para intentar decir cosas que son indecibles.

Vamos con el primero de los niveles.

1. Termostesia (Temperatura)

De todas las sensaciones que podemos lograr mediante el tacto, la temperatura es quizás la que menos discusiones provoca. Todos sabemos qué es, la podemos medir objetivamente (con un termómetro, por ejemplo) y todos estamos de acuerdo en lo que sentimos. La única disparidad podrá estar en la evaluación subjetiva del punto central donde se pasa de frío a caliente, que puede variar mínimamente, dependiendo de si el percibidor es más o menos friolento, pero es una diferencia de criterio que asignamos a la persona, como si fuera más o menos exagerada, y no a la temperatura en sí.

Desgraciadamente, todo eso es falso. La temperatura es la menos objetiva de todas las variables táctiles. La percepción de frío o calor depende de la temperatura de nuestro cuerpo, y, por lo tanto, depende también del ambiente inmediato anterior. Cuando tenemos fiebre, el aire alrededor nuestro parece más frío. Al salir de un baño con agua caliente, la temperatura del aire parece menor. Al salir mojados de una piscina, muchas veces tenemos sensación de frío, aunque la temperatura del agua esté a 26° y el aire a 30°, y esta sensación aumenta si hay viento. De hecho, tenemos esta idea de que el viento es más frío que el aire quieto, y esto no es verdad. Creemos que un ventilador enfría el aire, cuando es exactamente al revés: la electricidad que va desde el enchufe al aparato despidе calor, la conversión de energía eléctrica a mecánica pierde algo de energía en forma de calor, la fricción del eje metálico contra las otras partes y de las paletas contra el aire disipan calor, y aumentar el movimiento del aire eleva su temperatura.²⁸ Considerado en su conjunto, encender un ventilador aumenta la temperatura de la habitación.²⁹

28 No nos olvidemos de que la temperatura es la velocidad a la que se mueven las moléculas de la sustancia. Más velocidad, más calor.

29 La eficacia de un ventilador consiste en generar una corriente de aire que arrastra partículas de sudor de nuestra piel, facilitando la sudoración, que es como bajamos la temperatura de nuestro cuerpo. En una CPU, un auto, o cualquier aparato que incluya algún tipo de ventilador para bajar la temperatura, lo que sucede es que el ventilador hace circular el aire a través de un disipador (que es el que en realidad hace descender la temperatura, y funcionaría -aunque no tan bien- incluso si no hubiera ventilador).

Un estímulo tibio nos parece frío si nuestro cuerpo está caliente, pero caliente si nuestro cuerpo está frío.

Hay una experiencia muy ilustrativa con tres baldes llenos de agua. El de la derecha tiene agua caliente. El del medio, agua a temperatura ambiente. El de la izquierda, agua helada. Ponemos al mismo tiempo una mano en el balde de la derecha y la otra en el balde de la izquierda. Después de un rato, sacamos las manos y las metemos al mismo tiempo en el balde del medio. La misma temperatura se siente fría con una mano y caliente con la otra.

Hay otro experimento insólito para corroer la objetividad de la temperatura: tomar un trozo de metal y un trozo de madera a la misma temperatura. Una forma fácil de lograr esto es tomar el martillo de la caja de herramientas (me refiero a un martillo con mango de madera y cabeza de metal). Todas sus partes están a la misma temperatura ambiente. Sin embargo, al tocarlos, el metal parece frío y la madera no. Misma temperatura corporal, misma temperatura ambiente, misma temperatura del objeto. Lo mismo sucede con algunos solventes como el etanol, que se sienten más fríos que el agua a la misma temperatura.

Así y todo, el calor es un gran indicador de actividad. La temperatura no será una medida tan eficiente en términos absolutos, pero puedo comparar una parte del cuerpo del paciente con las estructuras contiguas o incluso otras lejanas y deducir que la más caliente tiene más actividad. En particular, más actividad sanguínea.

Este nivel de sensopercepción es el más superficial. Tan superficial, que para percibir la temperatura no es necesario ni siquiera estar en contacto, sino que puedo evaluar la temperatura pasando mi mano a unos centímetros de la piel.

2. Hifestesia (Textura)

La textura es un atributo del material, y, por lo tanto, para evaluarla necesito mover mi mano. La evaluación la logro desplazando mi mano tangencialmente a la superficie, a lo largo de ella. Este desplazamiento genera cierta vibración, que es la que hace posible determinar la aspereza de una superficie. A menor vibración, más lisa la superficie. A mayor vibración, más áspera. Pero la vibración no la notamos; la conversión es inmediata e inconsciente, y asimilamos la sensación como si la textura fuera una cualidad individual y no un efecto de conjunto. La textura es una característica unidimensional estimada inconscientemente a partir de una serie de accidentes orográficos imperceptibles que se distribuyen por la superficie en un patrón más o menos constante.

La evaluación de textura necesita contacto, pero es el contacto mínimo. Cuando evalúo la textura epidérmica de otra persona, no hace falta que mi piel se asimile a la piel del otro, sino que debe deslizarse sobre ella. Ya vamos a ver que en los niveles siguientes necesito asimilar algunos tejidos del otro a mis propios tejidos.

En este nivel de sensopercepción, la presión es la mínima presión posible, apenas lo suficiente para no perder el contacto en el desplazamiento.

La textura puede percibirse en superficie (la textura de la piel), pero también en profundidad. En la tibia o el codo, donde no hay músculo, es fácil sentir la textura del hueso por debajo de la piel. En la parte anterior de la muñeca se pueden sentir la textura de los tendones de los flexores de los dedos. Con un poco de práctica, puede sentirse la textura del hígado o del peritoneo a través de varias capas de tejido.

3. *Picnostenia (Dureza y turgencia)*

Tanto la dureza como la turgencia se evalúan por presión. Efectúo un movimiento perpendicular a la superficie analizada (es decir, presiono), y la resistencia a la presión que aplico es evaluada como dureza o turgencia del material.

La diferencia entre dureza y turgencia no es muy clara. En particular, la dureza es la resistencia de un material sólido a la compresión, y la turgencia es la resistencia de un material lleno de líquido también a la compresión, y está dada por la presión hidrostática del contenido.

Teóricamente, la resistencia a la presión es una sola, pero la existencia de líquido genera un efecto de viscoelasticidad que se percibe distinto al tacto. Desde una apreciación subjetiva, la dureza se siente como una característica de la superficie, mientras que la turgencia se siente más como una característica del volumen del objeto. La turgencia parece provenir de la profundidad, aumentando su resistencia a medida que avanzamos, mientras que la dureza parecería ser inmediata y estar ya disponible en su totalidad en la superficie contactada. Usando conceptos que voy a definir más adelante, podría decir que la dureza presenta un límite táctil preciso contra la superficie de mi mano, mientras que la turgencia produce cierta fusión gradual con la mano, de manera que el límite se difunde y se extiende un poco más allá de las superficies de contacto.

Ejemplo en el cuerpo humano: apoyar un dedo sobre la pantorrilla y ejercer una leve presión para evaluar la dureza, ir rodeando la pierna hacia adelante, apoyando el dedo presionando cada centímetro, hasta llegar a la

parte delantera. Notar cómo la dureza va variando desde la parte posterior, donde el músculo es más grueso, hasta la parte anterior, donde no hay músculo entre la piel y el hueso.

Variación: ejercer una leve presión con el dedo contra la pantorrilla, y pedirle al evaluado que contraiga los gemelos. Comparar la diferencia de durezas entre el músculo relajado y el contraído.

4. *Stereognosis (exploración háptica)*

En este nivel de sensación percibimos formas, bordes y tamaños tomando los objetos, desplazando nuestras manos y nuestros dedos sobre su superficie y evaluando las distintas presiones y resistencias con relación a los movimientos que hacemos nosotros mismos. La exploración háptica es la que usamos en el juego en que nos vendan los ojos y nos ponen objetos desconocidos en las manos para que adivinemos qué son.

Una sencilla variación del juego podría mostrar la importancia de nuestros propioceptores en la stereognosis. La idea es sencilla. Se les pone una venda en los ojos a los participantes. En una primera ronda, los participantes deben mantener la mano extendida, quieta, sin poder flexionar los dedos, y los experimentadores mueven objetos por sus manos, deslizando las superficies y contornos a lo largo de la piel. En una segunda ronda, los participantes pueden tomar los objetos y recorrerlos con las manos y los dedos. En la primera parte, los participantes solo usan la picnóstesia (dureza y turgencia), pero en la segunda parte pueden hacer uso absoluto de la exploración háptica, y la relación de éxito es mucho mayor.

A decir verdad, la exploración háptica propiamente dicha no es sensación pura. Para que se produzca una exploración háptica necesito intención, orientación cognitiva y conocimiento previo, de manera que necesito parte de percepción y también de cognición.

Ejemplo en el cuerpo humano: poner una mano en la rodilla, desplazar los dedos buscando bordes y formas, detectar la rótula y seguir su circunferencia, buscar la separación entre el fémur y la tibia y hundir los dedos en la rendija entre ambos para percibir los meniscos, reconocer a ambos costados los ligamentos y tendones.

5. Kinepatía (detección de movimiento)

En este nivel la idea es reconocer cosas que se mueven manteniendo la mano quieta. Vale decir, apoyo la mano en alguna zona, y le pido al paciente que se mueva, o lo muevo yo, mientras la mano quieta percibe los movimientos en la profundidad.

Ejemplo en el cuerpo humano: poner una mano en la rodilla igual que antes, con un contacto firme, pero sin presión, o mejor dicho una presión mínima, no tanto como para hundir la carne, pero lo suficiente para que la mano no se deslice. A diferencia de la stereognosis (exploración háptica), no vamos a mover la mano, sino que le vamos a pedir al paciente que flexione y extienda la pierna, de manera de percibir los movimientos desde la mano quieta, sentir las estructuras y cómo se deslizan entre ellas y respecto de nuestra mano.

Si bien se perciben formas y bordes, la morfología es más difusa que en la exploración háptica. En compensación, lo que es más claro es la percepción de movimientos. En la exploración háptica, el hecho de que las manos ya estén en movimiento dificulta la comprensión y aislamiento de movimientos ajenos.

Otra diferencia es que aquí hay cierta percepción de profundidad. Mucha más que en la stereognosis (la exploración háptica), y un poco más que en la picnóstesia (la sensación de dureza y turgencia). La diferencia con esta última es que hay una percepción de profundidad que no está asociada a presión. En la picnóstesia, determinábamos más profundidad porque aumentábamos la presión.

A este nivel lo llamo *kinepatía* para diferenciarlo de la kinestesia, que es un término de uso común que describe la sensación del movimiento de las partes del cuerpo propio incluida en mi concepto de propiocepción. La kinepatía, tal como yo la planteo, sería similar en su objeto -detección de movimiento- a la kinestesia, pero no en su ámbito de aplicación, porque no queda restringida a mi propio cuerpo. Me refiero, en particular, a la detección de movimiento en las estructuras anatómicas internas del paciente.

6. Telestesia (Proyección con carga)

Aquí por fin empezamos a sentir cosas que están mucho más lejos. Hasta ahora, solo sentíamos propiedades con las que estábamos en contacto. A

partir de este nivel empezamos a hacer uso del tacto distal³⁰. En la exploración háptica, cuando detectábamos un borde, era porque lo estábamos tocando. En la piconestesia y la kinopatía había cierto atisbo de profundidad, pero no muy significativo. Aquí, en la proyección con carga, detectamos bordes y formas que están a distancia, y para poder hacerlo necesitamos *reclutar* estructuras o tejidos del paciente como si fueran nuestras. Estos *tejidos mediadores* reclutados los asimilo como si fueran parte de mi mano.

En el ejemplo de la pelota de básquet del capítulo 3, en cierta manera, lo que estaba haciendo era una exploración háptica en la que la pelota era mi superficie de contacto. Tomaba la pelota como una extensión de mi propia mano y percibía lo que palpaba del otro lado de la pelota, a 25 cm de mi piel. Estaba *reclutando* a la pelota como *mediador*. Podríamos decir que la pelota se volvía táctilmente transparente. Pero no solo sentía a través de ella, sino también gracias a ella.

¿Cómo funciona esto cuando palpo un cuerpo humano? Supongamos que quiero sentir el intestino delgado de un paciente. Apoyo la mano justo debajo de su ombligo. Entre mi mano y el intestino de la otra persona hay muchas estructuras: la piel, tejido celular subcutáneo, los músculos del abdomen (al menos tres capas de músculos), la bolsa peritoneal y el epiplón mayor, sin contar todas las estructuras circulatorias y neurales y las capas fasciales que sostienen y atraviesan todos los niveles. Si quiero sentir el intestino, debo hacer que todo eso en medio sea una sola cosa con mi mano. Todas esas estructuras mediadoras adquieren una especie de transparencia tisular.

De hecho, algo parecido estaba ya haciendo en el ejemplo de la exploración háptica, aunque en mucho menor medida. Si apoyo mi dedo en el antebrazo y lo deslizo, siento la textura de la piel. Si quiero sentir el hueso, debo ejercer un poco más de presión y hacer que la piel y los músculos se muevan con mi dedo cuando lo muevo. Lo que se desliza es o bien la piel sobre los músculos, o bien los músculos sobre el hueso, dependiendo de la presión que yo esté aplicando. Es decir, en la exploración háptica, cuando estoy siguiendo el borde de un hueso, tomo la piel como tejido mediador. Para que sea patente la diferenciación con ese caso, llamo *proyección* con carga a la sensación para la que tengo que tomar como tejido mediador algo más que la piel.

30 ¿Pero no había dicho antes que se podía sentir la textura de un objeto profundo? ¿Eso no era una instancia de tacto distal? Es verdad. Esta aparente contradicción muestra que la división tipológica es un mero artefacto intelectual con intenciones didácticas, pero la realidad es mucho más enrevesada.

GLOSARIO: DISCRIMINAR, PROYECTAR, RECLUTAR

DISCRIMINAR: Administrar la atención y el foco para evitar que un estímulo sensado ingrese en la percepción.

PROYECTAR: En el contexto de este trabajo, llevar la atención a un plano del cuerpo al que no se tiene acceso directo, sino por medio de tejidos mediadores reclutados como extensión de los sensores.

RECLUTAR: Hacer que un objeto o sustancia ajena a mí funcione como extensión táctil de missensores corporales.

TEJIDOS MEDIADORES: En la proyección, cuando el terapeuta intenta percibir el estado de tejidos a los que no tiene acceso directo, los tejidos mediadores son todos aquellos que se encuentran interpuestos entre la estructura que se está intentando sentir y los sensores propios del cuerpo del terapeuta, y que por el mismo proceso de proyección pasan a funcionar como una extensión de esos mismos sensores.

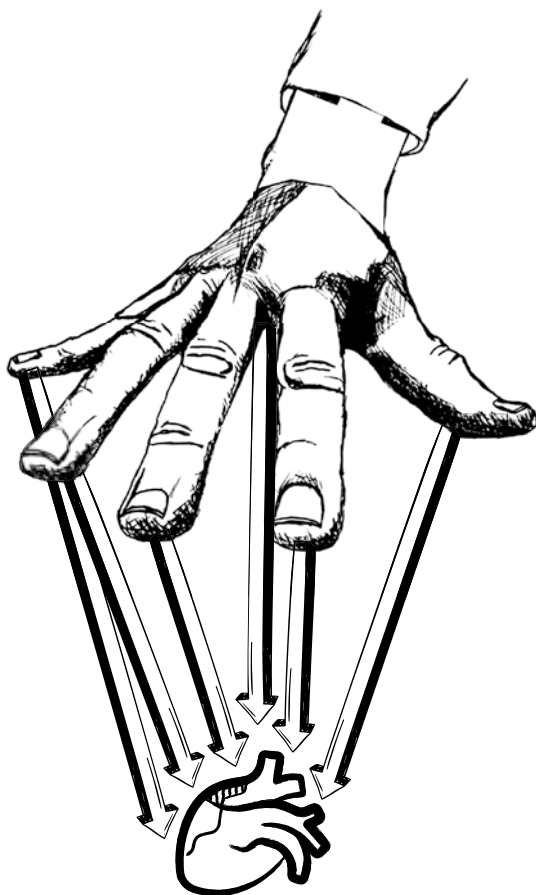
Para esta proyección a distancia es necesaria la intención (me concentro en poner el foco de sensación más allá de mi mano). La intención determina la presión que debo ejercer.

Pero la intención y la presión por sí solas no alcanzan. También es importante la superficie sobre la que la aplicamos. Volvamos un segundo a la pelota de básquet. Para facilitar mi ejemplo, supongamos que está un poco desinflada. Si quiero sentir un lápiz sobre la mesa y determinar sus extremos, tengo que apretar la pelota contra la mesa con una cierta presión mientras la hago rodar, pero si ejerzo la presión en un solo punto, por ejemplo, con un solo dedo, el dedo se hundiría en la pelota, y mi percepción quedaría superficial. No llegaría a percibir el lápiz del otro lado. Para percibirlo, necesito que la pelota tenga cierta turgencia, necesito ejercer esa misma presión, pero con la mano bien abierta, de manera de distribuir el contacto en la mayor superficie posible para que la presión converja en un punto profundo.

Proyectar, o el tacto distal, tiene una ventaja respecto del tacto proximal, y es que justamente la distancia respecto del objeto sentido permite una triangulación, que facilita tanto la localización como la definición. Esta triangulación la logro ampliando lo más posible la superficie de la mano sensible, de manera que sus extremos (las puntas de los dedos y el talón de la mano) logren vías de sensopercepción del objeto examinado desde distintos ángulos, lo que permite una mejor apreciación de la profundidad

y la impresión de tridimensionalidad gracias a un efecto de paralaje, de la misma manera que la visión estereoscópica permite la valoración de objetos en tres dimensiones y sus distancias relativas.

La visión binocular crea una imagen ligeramente diferente en cada ojo debido a que cada uno de ellos capta la escena con un ángulo levemente distinto. La diferencia entre ambas imágenes se llama disparidad binocular, y el cerebro utiliza las desviaciones relativas para calcular la profundidad de los objetos percibidos y producir un modelo mental tridimensional. A diferencia de la visión estereoscópica, que solo toma dos puntos focales, la triangulación manual utiliza la información recibida en muchos puntos. En realidad, es con toda la superficie de la mano, de manera que se forma un haz cónico como en una antena parabólica, que concentra la atención en una zona de un plano profundo. Abriendo la mano lo más posible y sintiendo con toda su superficie es más fácil percibir estructuras anatómicas profundas o cubiertas.



La exactitud de la sensopercepción en este tipo de sensación está gobernada tanto por la precisión del rango de esta presión dirigida como por el conocimiento de todas las estructuras y tejidos de la zona que estamos evaluando, tanto del objeto que deseamos percibir como de los que necesitamos reclutar como tejidos mediadores.

7. Batitimia (*Proyección sin carga*)

Así como la proyección con carga es una exploración háptica en profundidad, la proyección sin carga es una kinepatía (detección de movimiento) en profundidad. La proyección sin carga me permite sentir movimientos que suceden lejos de la superficie, y quizás detrás de otras estructuras.

En este nivel apoyamos la mano sobre la piel, la dejamos quieta, y prestamos atención a lo que sentimos. Esta vez no le pedimos al paciente que se mueva (si lo hiciéramos, estaríamos en la kinepatía), sino que sentimos movimientos inherentes del cuerpo.

En principio, podemos sentir movimientos intrínsecos como los ruidos hidroaéreos (gases y líquidos recorriendo el intestino) y los movimientos peristálticos. También, por supuesto, la respiración pulmonar. Dependiendo de dónde esté la mano, podemos sentir también los latidos del corazón o el pulso de algunas arterias. Sin necesidad de mucha práctica, y dependiendo de la configuración física del paciente, con una mano en el centro del abdomen podemos sentir el latido de la aorta. A fuerza de práctica, con el tiempo se empiezan a sentir muchas más arterias. Por esta zona del abdomen, acá y allá, a distintas profundidades y direcciones, primero se pueden sentir las ilíacas, luego las gástricas, las gastroepiploicas.

A medida que la sensibilidad se va afinando gracias a la práctica, se van agregando componentes. Por ejemplo, el movimiento del hígado impreso por la respiración pulmonar, cuando el diafragma baja y lo estruja y lo hace voltear hacia adentro y adelante (parte de lo que llamamos la *movilidad* del hígado).

En este nivel la proyección no se logra con presión dirigida como en la proyección con carga, sino con atención, foco y discriminación. Presto atención a dónde quiero escuchar, focalizo mi sensación en una zona y un plano determinado, y discrimino todos los ruidos que no me interesan. La capacidad fundamental en este nivel es la proyección, pero discriminar también es importante. Si quiero escuchar la circulación de la vena porta, tengo que sacar de mi atención la respiración pulmonar que me mueve todo el

tórax y el abdomen, los circuitos arteriales y movimientos peristálticos que recorren todo el lugar, los movimientos del hígado siguiendo al diafragma y todos los movimientos de los tejidos intermedios que están entre mi mano y el sistema porta.

8. Tensitimia (Patrones tensionales)

Si vamos a atenernos a criterios de profundidad, sutileza y movimiento, los patrones tensionales deberían incluirse en la proyección sin carga, pero prefiero dedicarles un apartado específico, porque es necesario prestar atención a ciertas consideraciones particulares.

Una tensión se siente de manera parecida a una turgencia. Ambas son una resistencia a la presión de mi mano, y representan una resistencia amortiguada, que pareciera venir de lejos. La diferencia es que en la turgencia esa resistencia es perpendicular a la superficie sensada, y pareciera provenir de abajo, opuesta a la presión de mi mano, perdiéndose en las profundidades. En la tensión, en cambio, la resistencia es tangencial, pareciera provenir de los costados, perpendicular a la presión de mi mano, y se pierde hacia los lados.

Lo que nos interesa no son las tensiones individuales, sino los patrones tensionales, que son redes de estructuras tensionadas en distintos sentidos y planos. Estos patrones tensionales constituyen estímulos difíciles de sentir porque no se asocian a nada que uno sienta habitualmente. Los latidos son latidos, la respiración es la respiración y los ruidos en la panza, todos los conocemos. Pero los patrones tensionales... ¿Cómo se sienten los patrones tensionales?

Exploremos un ejercicio imaginario. Pongo una toalla extendida en el piso. Apoyo las manos arriba. Un par de amigos toman los extremos de la toalla y tiran hasta ponerla en tensión. En mi mano, percibo esa tensión. Percibo la dirección de la tensión, aunque esté en equilibrio y la toalla no se mueva. Percibo la cantidad de tensión. Percibo la textura y el espesor, que son dados por el material de la toalla, pero también por el hecho de que mis amigos aumentan o aflojan la tensión. No hay movimiento, pero la tensión se percibe *como un movimiento*. Es más, pareciera ser un movimiento que no va a ningún lado.

En ese ejemplo describimos una tensión aislada. Los patrones tensionales se presentan cuando existen elementos entrecruzados, cada uno con su propia tensión, que generan una o varias resultantes en distintas zonas. En el cuerpo es como si hubiera varias toallas, cruzadas en distintas direcciones y con

mucha gente tirando de los extremos con distintas fuerzas. Si quiero darle más exactitud a la metáfora, tendría que decir que cada una tiene su textura y resistencia particular: en el cuerpo no serían todas toallas como la del ejercicio imaginado, sino que hay una toalla, una lámina de papel, una malla de metal, una ristra de salchichas. Cierro los ojos, pongo la mano sobre la piel y percibo en la profundidad la toalla apenas estirada, un poco más abajo, con una tensión mucho mayor y en un sentido casi perpendicular a la de la toalla, la lámina de papel, y luego la malla de metal, más tensa de su lado izquierdo a tal punto que da la sensación de que se va a soltar en cualquier momento, y aún más allá la tensión irregular y vibrátil de la ristra de salchichas.

¿Se me permite complicar un poco más la imagen? Por allá arriba está el diafragma contrayéndose y relajándose, moviéndome la caja torácica y arrastrando todo el resto de las estructuras, y, por lo tanto, cambiando rítmicamente la configuración de los patrones tensionales. En inspiración, la toalla está estirada y la ristra de salchichas suelta; en la espiración, exactamente al revés.

Y vamos a complicarlo un poco más, porque resulta que el diafragma no se contenta con moverme todo el sistema de coordenadas de un lado al otro, sino que además en medio de la respiración cambia el pivót del movimiento, y entonces las influencias que estaba ejerciendo acá, de pronto las empieza a ejercer allá. Y entonces toda esa telaraña enrevesada y tridimensional va cambiando de configuración, desplazando las zonas de más tensión, a veces de manera gradual y a veces de un salto, modificando la posición de sus puntos de balance membranosos.

Todo eso son los patrones de tensión: las distintas estructuras de materiales diversos en tensiones distintas, modificándose a lo largo del tiempo a un ritmo determinado que es constante pero no parejo. En el cuerpo no tenemos toallas ni ristras de salchichas, pero tenemos músculos, ligamentos, tendones, tejido conectivo con sus fibras de colágeno en distintas orientaciones, huesos, cartílagos, órganos de distintas oquedades y densidades, algunas arterias que son vastas y firmes como un caño de polipropileno, miles de otras que son ligeras y dúctiles como tubitos de látex, unos nervios gruesos como un palo de goma y otros delgados pero resistentes como cabellos, todo entremezclado, enrollándose unos en otros, cambiando de forma, contrayéndose y relajándose, desde unos a otros de sus puntos de fijación que pueden estar distribuidos por cualquier lado y que pueden incluso ir cambiando su ubicación de acuerdo a las alteraciones del entorno. Y el modelo podría complicarse todavía más, porque el andamiaje tensional se modifica por otras cosas: movimientos de los brazos, tos, mioclonos, los niveles que todavía no describimos (MRP, motilidad de los órganos, mareas), líquidos que infiltran todo. E incluso la respiración del terapeuta, sus

propios latidos, sus ruidos hidroaéreos, sus propios patrones tensionales y, en un consultorio como el mío, incluso por un auto que transita por la calle.

No por nada insisto sobre la importancia de discriminar para poder concentrarme, dentro de todo este revoltijo, solo en esa característica que me interesa. Sin discriminar, no podría sentir más que la temperatura y la textura superficial del tejido más superficial.

Caroline Stone explica esto mejor que yo y con un estilo mucho más reposado:

Para comprender esta prueba, volvemos una vez más a nuestra idea del cuerpo como una red de tensegridad. Imagine el cuerpo como una serie de elementos contráctiles y elásticos, como una telaraña. Imagínese cómo, si una parte de la red es disfuncional, esto creará un foco de tensión, que «tirará» de todas las diversas hebras de la red (tejidos corporales) y, si coloca una mano en cualquier parte de la red, debe sentir que la tensión actúa en una dirección que va hacia el lugar de la disfunción. Así es como la araña «sabe» dónde ha aterrizado su presa cuando queda atrapada en la red. (...)

(C. Stone, The Science and Art of Osteopathy)

Ahora bien, muchas de esas tensiones en el cuerpo son sutiles. Eso es lo que hace que al inicio sea difícil escucharlas: nos son desconocidas, son sutiles y son muchas. Acá sí es imprescindible la práctica. Pero a no desesperar. Todo se aprende. No es mucho más difícil que manejar un automóvil, donde podemos prestar atención a la curva que tenemos que tomar, mover el volante en el ángulo exacto, apretar el acelerador más o menos de acuerdo con cómo responde el conjunto del auto, estar atento a las maniobras de los autos circundantes, y sentir en el cuerpo la calidad de la vibración que nos indica si tenemos que cambiar la marcha, y al mismo tiempo quizás mantener una conversación. Una coreografía que nos resultaba impensable las primeras veces que nos sentamos al volante, pero que luego de unas miles de horas de manejar ejecutamos sin esfuerzo consciente.

9. Higrotimia (MRP y motilidad de los órganos)

Lo que detecto en este nivel son movimientos en profundidad, así que muy bien podría incluir estas sensaciones dentro de la proyección sin carga (batitimia), pero las separo porque la sensopercepción es de una categoría distinta. En este nivel agregamos las características cinemáticas propias de

los fluidos, que están mucho más alejadas de nuestro sentido común. Si bien no me conecto directamente con los fluidos en sí (eso vendrá en los próximos niveles), el origen de todos los estímulos es fluídico. Así como en la tensitimia buscaba patrones tensionales, lo que busco acá es un *ritmo*. Tengo que discriminar y sacar de la ecuación todos los movimientos variados y caóticos que me provee la batitimia: la respiración pulmonar, la circulación sanguínea, los movimientos peristálticos, más todas las acomodaciones internas que causan todos estos movimientos. Necesito ignorar todas las líneas de tensión proyectadas en la tensitimia, y quedarme con un ritmo sutil y lento.

Los movimientos escuchados en este nivel son de dos clases. Los incluyo a ambos en un mismo nivel porque la escucha es análoga, pero no hay que confundirlos porque tienen causas -y efectos- muy distintos.

Por un lado, está la circulación del líquido cefalorraquídeo (LCR) por vías encefálicas y medulares, que puedo percibir indirectamente en el pequeñísimo movimiento de vaivén de algunos huesos (los huesos del cráneo más el sacro). El LCR circula a un ritmo medianamente estable. William Sutherland, su descubridor, lo llamó Movimiento Respiratorio Primario (MRP) porque es embriológicamente anterior a la respiración pulmonar. Es un movimiento profundo y sutil, y por lo general es la primera sensación sutil que uno descubre cuando empieza a estudiar osteopatía.

Por otro lado, está la motilidad de los órganos. En la batitimia (proyección sin carga) escuchábamos la movilidad del hígado: los movimientos impresos sobre el hígado por la respiración pulmonar, las torsiones e inclinaciones del torso, la marcha y otros desplazamientos articulares. Ahora vamos a ir un paso más allá y vamos a escuchar el movimiento *inherente* del hígado, que no depende ni de los movimientos de los músculos esqueléticos ni del diafragma, pero que se superponen a ellos. Son movimientos de origen embrionario que tienen un ritmo y una coreografía determinada, que llamamos la *motilidad* del hígado.

Todos los órganos tienen cierta movilidad y cierta motilidad que podemos -y solemos- escuchar.

Dice Caroline Stone:

La idea es que hay un cambio continuo de movimiento en todo el cuerpo, que se puede llamar movimiento involuntario o un cambio general de tensión en los tejidos de tensegridad del cuerpo (las membranas durales, los planos fasciales y las estructuras del tejido conectivo).

Este “movimiento inherente”, que continúa tanto si el paciente se mueve como si no, se produce de forma cíclica y rítmica, y debe seguir un patrón establecido y oscilar alrededor de varios puntos de apoyo.

El movimiento se expresa en todo el cuerpo y el osteópata puede “escuchar” y evaluar si este movimiento se expresa de manera adecuada y eficaz.

Si no es así, los puntos de apoyo alrededor de los cuales oscila se habrán desplazado y el movimiento se orientará alrededor de los sitios de disfunción o se habrá desplazado de tal manera que el osteópata pueda determinar el origen de ese cambio, es decir, el lugar de la disfunción.

(C. Stone, The Science and Art of Osteopathy)

GLOSARIO: MOVILIDAD Y MOTILIDAD

MOVILIDAD: La capacidad de movimiento de una estructura anatómica cuyo origen motriz proviene de otras estructuras.

MOTILIDAD: La capacidad de movimiento inherente de una estructura anatómica.

Parte de la estrategia para evaluar estos ritmos inherentes es *acompañarlos*. Sin intención, sin un movimiento voluntario de mi parte, sin forzarlos ni guiarlos. Dejarme llevar por el ritmo que quiero escuchar.

Para sentir la movilidad del tórax, tengo que sacar de mi atención la textura, la dureza, los bordes y las formas. Para sentir la motilidad de los pulmones tengo además que sacar de mi atención la movilidad impresa por la respiración diafragmática. Eso es discriminar.

Interludio acerca los últimos niveles: las mareas

Los últimos niveles están relacionados con lo que se llama habitualmente el *cuerpo fluido*. Este es un concepto que en algunos autores adquiere características ontológicas (donde el cuerpo fluido sería algo que existe en la realidad), y que, por lo tanto, puede tornarse un tanto místico, pero no me interesa en esta instancia involucrarme en esa discusión. Aquí hacemos un abordaje fenomenológico, y la intención es mostrar que el cuerpo fluido es algo que se percibe, independientemente de que exista como entidad o sea solo un efecto perceptivo de conjunto, es decir, un modelo inconsciente de aprehendizaje de efectos de interferencia entre distintas dimensiones o niveles de percepción o el resultado de un procesamiento discriminatorio abstracto.

Lo cierto es que en ciertas situaciones se puede percibir el cuerpo en sus características fluidicas, como si los elementos sólidos no existieran o no los percibiéramos.

En este nivel podemos empezar a hablar de *mareas*.

Nota: Las descripciones de las mareas en los libros que conozco, sean de Becker, Jealous o de biodinámica craneosacra, suelen ser bastante distintas de las que yo propongo. Mi intención es ilustrar los mismos fenómenos, pero con otras palabras, sobre todo porque sus descripciones siempre me sonaron un tanto esotéricas, y llegué a entenderlas bastante después de haberlas experimentado, y yo intento facilitar el camino de percepción antes de que ocurra. No es mi intención adentrarme en qué son las mareas, de dónde provienen, qué función tienen en el organismo y qué utilidad se les encuentra en la clínica. No porque estás consideraciones carezcan de importancia, sino por lo contrario: los límites de este libro no alcanzan para hacerles justicia. Aquí me limito a ilustrar sus aspectos fenomenológicos, es decir, cómo se perciben. De todos modos, que quede esto claro: mis explicaciones e ilustraciones son simplificaciones brutales, y si en algún momento parecieran entrar en contradicción con las de otros autores, no debe dudarse ni un momento en descartar lo que yo digo.

La teorización y clasificación de las mareas es confusa, porque distintos autores a veces nombran una misma cosa con distintas palabras, y a veces usan los mismos términos para nombrar cosas distintas. Sutherland introdujo la idea de marea en el cuerpo sin profundizar demasiado, y a veces pareciera indicar una entidad ontológicamente definida y otras veces pareciera estar refiriéndose a un concepto abstracto. Becker pareciera esbozar una primera clasificación, aunque nunca la enumera con rigor académico. En un artículo (Becker, 1979), dice que hay cuatro patrones mayores de movimiento: los movimientos voluntarios neuromusculoesqueléticos, el mecanismo de respiración torácica, la fluctuación del líquido cefalorraquídeo a razón de 10 a 14 ciclos por minuto, y un “gran movimiento tipo marea”³¹ de 6 ciclos cada 9 minutos, del que admite desconocer tanto su origen como su naturaleza. James Jealous describe en 1988 una marea de entre 2 y 3 ciclos por minuto, y que llama “2 a 3”. Por otra parte, introduce otra clasificación donde nombra distintas “zonas” que parecen armonizar vagamente con las propuestas de Becker.

La biodinámica craneosacra (que no es parte de la osteopatía, pero se apropia de algunas de sus ideas) establece una taxonomía más elegante, donde hay una marea corta, una media y una larga. La marea corta se corresponde al MRP o, según alguna interpretación que intenta diferenciarlos un poco, el MRP es el movimiento del LCR en el encéfalo y médula espinal, mientras que la marea corta es la expansión de ese ritmo a todo el cuerpo. La marea media pareciera corresponder a lo que James Jealous llama “2 a 3”, con un ritmo de 2,5 ciclos por minuto. La marea larga es la más sutil, más profunda y más penetrante, con ciclos de 100 segundos (equivalente a la marea grande

31 En inglés, “large tide-like motion”.

de Becker, aunque éste la propone como de ciclos de 90 segundos).

En los próximos párrafos utilizaremos los términos “marea media” y “marea larga” para referirnos a las dos últimas, más que nada porque estos términos, aunque provenientes de la biodinámica craneosacra, se hicieron un lugar en la osteopatía, donde esos fenómenos ya estaban descritos y estudiados, pero no tenían nombres pegadizos.

Con respecto a la percepción del cuerpo fluido, podríamos notar algunos detalles simpáticos. Un elemento líquido puede mostrar varios tipos de movimiento, de distintas amplitudes, que se establecen superponiéndose. La entidad líquida más grande que conocemos, el océano, comprende todos. Tiene mareas, corrientes marinas, olas, movimiento browniano y turbulencias. Con un poco de esfuerzo, podemos relacionar esos tipos de movimiento con los niveles que presentamos. La marea del océano sería en el cuerpo la marea larga. Las corrientes marinas, la marea media. El oleaje sería el impulso rítmico craneal del líquido cefalorraquídeo. El movimiento browniano, la motilidad de los órganos³². Las turbulencias son de carácter morfodinámico, y, por lo tanto, tienen origen en la relación de contigüidad de lo sólido con lo líquido, de manera que las podemos asociar con los primeros ocho niveles.

| | CICLOS POR MINUTO | DURACIÓN DE UN CICLO (SEGUNDOS) |
|--------------------------------------|--------------------------|--|
| Impulso rítmico craneal (MRP) | 8 a 14 | 4 a 8 |
| Motilidad de los órganos | 7 a 8 | 7 a 9 |
| Marea media o “2 a 3” | 2 a 3 | 20 a 30 |
| Marea larga | 0,6 a 0,7 | 85 a 100 |

32 Sí, soy consciente de que en esta última afirmación estoy forzando la metáfora quizás demasiado, pero la intención es más didáctica que ontológica, y creo que es útil aun siendo artificiosa.

Comparémoslo con otros ciclos propios del organismo humano:

| Ritmos inherentes del organismo | | |
|--|--------------------------|--|
| | CICLOS POR MINUTO | DURACIÓN DE UN CICLO (SEGUNDOS) |
| Cardíaco | 60 a 120 | 0,5 a 1 |
| Diafragmático | 10 a 20 | 3 a 6 |
| Impulso rítmico craneal (MRP) | 8 a 14 | 4 a 8 |
| Motilidad de los órganos | 7 a 8 | 7 a 9 |
| Peristaltismo | 3 a 9 | 6 a 20 |
| Marea media o "2 a 3" | 2 a 3 | 20 a 30 |
| Marea larga | 0,6 a 0,7 | 85 a 100 |
| Circadiano | 0,003 | 520.000 |
| Ciclo menstrual | 0,0001 | 10 a 20 millones |

10. Reumatimia (la marea media)

La idea básica de la percepción de la marea media es tan fácil de explicar como difícil de implementar: necesito discriminar todo lo que sea sólido y quedarme solamente con la percepción de los líquidos.

Al contrario de los niveles anteriores, es difícil en este caso adjudicar la sensación de movimiento a una entidad concreta. ¿Qué es lo que se mueve en la marea media? Es difícil decir. He escuchado algunas explicaciones, pero siempre me resultan sospechosas por lo esotéricas. Mi sensación es que

no hay algo concreto que se mueve con esos ritmos, sino que lo que sucede es una especie de sincronización, o un efecto de fase, como en las ruedas de algunos vehículos, que parecen ir lentamente en sentido horario cuando en realidad giran rápidamente en sentido antihorario.

¿Qué se sincroniza? ¿La sangre? ¿El LCR? ¿Todos los fluidos? La verdad que no lo sé. La sincronización no es necesariamente real. Es como yo lo siento. Lo cierto es que una vez que tuve esa imagen, siempre me pareció adecuada.

La mejor forma de escucharla es pensar nuestra mano como si fuera un bote y la piel del paciente como la superficie de un lago, percibir los pequeños movimientos que llevan el bote a la deriva, y dejar que la mano sea llevada.

¿Por qué digo un lago y no un mar, si es una marea? Al fin y al cabo, un lago no tiene mareas.

Es verdad. La imagen más exacta es un mar, sí, pero acá hay que andarse con cuidado, porque tendemos a hacernos una imagen del mar tal como lo vemos desde la playa, agitado y con olas. Para que la representación sea cabal tendríamos que considerar el mar según toda su extensión, como lo vería un dios enorme que lo mira desde arriba, como esa cosa infinitamente gigantesca que es, en esa escala donde las olas no influyen en lo más mínimo, pero sí las mareas.

GLOSARIO: FLUIDO

FLUIDO: Cualquier sustancia que tiende a adaptarse a la forma de su contenedor. En particular, los líquidos y los gases.

11. Fontotimía (la marea larga)

La marea larga es a la vez la primera y la última entidad que se escucha. Las instrucciones para reconocerlas son tan sencillas como químéricas. Por ejemplo: *Para escuchar la marea media, al poner la mano sobre el paciente hay que quedarse con la primera sensación que llegue.* O sino: *Para escuchar la marea larga, hay que sacar primero todas las otras escuchas.* Si ya estás familiarizado con escuchar las mareas, estas orientaciones quizás te parezcan medianamente acertadas o no, pero si estás en los primeros años de la carrera, seguramente odies al docente que lo explica de esta manera. No lo odies. Hace falta un *clic* para escuchar las mareas (y para gran parte de los niveles anteriores también), y de este clic vamos a hablar después.

Así como para sentir la marea media discriminamos todo lo que es estructura sólida y percibimos solo las entidades líquidas, para sentir la marea larga discriminamos también los fluidos, y nos quedamos solo con el movimiento. La marea larga es la discriminación suprema. Sacamos todo lo que reconocimos antes y nos queda un movimiento de fondo. Es un ritmo, como las mareas oceánicas, pero tan lento que desafía la mismísima definición de ritmo.

La marea larga constituye el nivel penetrante y sutil por excelencia. La sensorpercepción de esta marea es a la vez profunda y superficial. Es la escucha que penetra más profundo en todo el cuerpo e impregna los rincones más recónditos, pero también es la más superficial, diría que más superficial incluso que la textura, porque para sentir la textura necesitamos de cierta fricción mientras que la marea se puede sentir con un contacto apenas perceptible. Es análogo al contacto mínimo de la textura, pero sin siquiera la fricción.

En la marea larga, la escucha se expande, pero se enfoca. No hay concentración de la atención, sino un centrado. Se enfoca en la quietud infraestructural. Sentir la marea larga es dejar de prestar atención a las diferencias; poner la atención en la unidad del todo, y no en las identidades particulares.

Si en la motilidad siento una estructura anatómica en su movimiento inherente, y en la marea media siento los fluidos corporales como si fluyeran libres de armazones sólidas, en la marea larga siento solo el movimiento: el movimiento sin la estructura. Para sentir la marea tengo que discriminar todo lo que sea materia. Lo que me queda, luego de ese aislamiento, es un ritmo.

La marea larga no es ni siquiera una sensación demasiado parecida al agua, quizás por la misma razón que antes: a escala oceánica el agua es una entidad que se comporta muy distinto a lo que estamos acostumbrados a ver del agua. Lo que se siente en la mano al apoyarla en el cuerpo es mucho más etéreo que cualquier líquido. La sensación de la marea es como agua, pero muy poco densa, o como viento, pero muy lento. No responde exactamente a lo que entendemos cuando pensamos en el movimiento de un líquido. La escucha de los líquidos es anterior; pertenece a la batitimia o a la higtotimia. Podría decir que es como una marea aérea, pero esto puede confundir con la idea de una corriente de aire, que es una metáfora que queda muy lejos porque, antes que nada, la marea larga es un movimiento *lento*.

Hay quien lo asocia más a una marea eléctrica o de imanes. La metáfora del magnetismo me parece bastante fiel, aunque yo no la uso mucho porque incluso los imanes me resultan un tanto misteriosos. Cuando acercamos dos imanes por sus polos similares, hay una fuerza entre ellos que no es material,

pero si los imanes son lo suficientemente potentes no los podemos juntar. Hay algo ahí en el medio que no es tangible, pero ofrece resistencia, una resistencia etérea, pero a la vez insuperable. Algo de eso hay en la marea larga, ese campo de fuerza que está y no está, que existe en un nivel mínimo de existencia, que penetra todo y a la vez es penetrado por todo.

La marea larga no me llega, sino que me atraviesa. Para sentir la marea debo ser transparente y permeable.

Podría asociar la sensación de la marea larga con la de estar de pie a la orilla del mar. Algo circula alrededor de nuestros pies, primero hacia un lado, cuando llega la ola, y luego hacia el otro cuando se retira. Además, con cada ola nuestros pies se hunden en la arena. En la escucha de la marea larga, algo circula alrededor -pero también a través- de nuestras manos, que en cada ciclo parecen hundirse más en el cuerpo del otro.

12. Eremitimia (la Quietud)

Más allá de la marea larga, y, por lo tanto, más allá de todos los otros niveles de sensopercepción, lo que hay es quietud. La Quietud. Esta Quietud es tan difícil de describir como de percibir, y por la misma razón: no hay palabras ni conceptos para asociar aquello que no tiene rasgos diferenciales. Lo único claro es esto: de la Quietud nace todo lo demás, en ella están en potencia y en acto todo movimiento y toda fuerza. Para tratar de entender, voy a recurrir a la imagen de la ola quieta.

Theodor Schwenk, en su libro *Sensitive Chaos*, dice que existen dos tipos de olas. Por un lado, están las olas usuales, aquellas que viajan sobre la superficie de agua estacionaria, como cuando arrojamus una piedra en un estanque y las olas se expanden en círculos concéntricos, o las olas del mar. Este tipo de olas tienen la particularidad de trasladarse horizontalmente, pero sin llevarse el agua, que se limita a moverse hacia arriba y hacia abajo. Por otro lado, están las olas formadas en torrentes (arroyos o ríos), donde el agua circula sobre piedras o alrededor de postes o muelles. En este caso, el agua trascurre, pero la forma de la ola se mantiene mientras no se altere el obstáculo o el caudal de agua.

“Hay, por lo tanto, dos fenómenos contrastantes: En un torrente, la *forma* de la ola permanece en el mismo lugar y constantemente fluye agua nueva a través de ella. En el mar, la *forma* de la ola viaja a través de la superficie y el agua permanece en el mismo lugar” (Schwenk, 1965).



En un torrente, el agua pasa a través de la ola quieta. En el mar, la ola pasa a través del agua quieta. En ambos casos hay movimiento y quietud. En un caso, el movimiento está en el agua y la quietud en la ola. En el otro, el movimiento está en la ola y la quietud en el agua.

Un rápido en un río es la expresión misma de la turbulencia, exactamente lo contrario de flujo laminar. Y, sin embargo, en ese caos que es la turbulencia, se forma - ¡solito! - un patrón ordenado. Aparece, en medio del revuelo, una instancia de quietud.



Algo de eso hay en la Quietud. Percibir la Quietud es la discriminación suprema, porque debemos discriminar no solo la materia y el movimiento, sino también el acto mismo de discriminar. Para ver la ola del torrente, necesitamos olvidarnos del agua y su movimiento, pero en esta jugada caemos en una paradoja: si quitamos el agua y su movimiento, la ola deja de existir.

Percibir la Quietud es sentir algo entretejido en medio del movimiento, algo que no existe más que por estar quieto en el corazón de la agitación.

Sinopsis

| | NIVEL | NOMBRE TÉCNICO | QUÉ | MANO | OBJETO | PROFUNDIDAD | INTENSIDAD |
|----|--------------------------------|----------------|--|----------|---------------|------------------------|---------------|
| 1 | Temperatura | Termostesia | Diferencias de temperatura | Estática | Estático | Superficial | Evidente |
| 2 | Textura | Hifestesia | Textura | Dinámica | Estático | Superficial | Evidente |
| 3 | Dureza y turgencia | Picnostesia | Dureza y turgencia | Dinámica | Estático | Superficial | Evidente |
| 4 | Exploración háptica | Stereognosis | Bordes, forma y tamaño | Dinámica | Estático | Superficial | Evidente |
| 5 | Detección de movimiento | Kinepatía | Movimiento músculo-esquelético y/o articular directo | Estática | Dinámico | Superficial / Profundo | Evidente |
| 6 | Proyección con carga | Telestesia | Bordes, forma y tamaño de tejidos profundos | Dinámica | Estático | Profundo | Término medio |
| 7 | Proyección sin carga | Batitimia | Movimientos indirectos | Estática | Dinámico | Profundo | Término medio |
| 8 | Patrones tensionales | Tensitimia | Tensiones | Estática | Semi-dinámico | Profundo | Sutil |
| 9 | MRP y motilidad de los órganos | Higrotimia | Movimientos inherentes | Estática | Dinámico | Profundo | Sutil |
| 10 | Marea media | Reumatimia | Sincronizaciones fluidicas | Estática | Dinámico | Profundo | Sutil |
| 11 | Marea larga | Fontotimia | Vitalidad | Estática | Dinámico | Omnipresente | Más sutil |
| 12 | Quietud | Eremitimia | Quietud | ? | ? | Omnipresente | Aún más sutil |

En general, en los primeros niveles hay menos carga, en los del medio va aumentando, y en los últimos vuelve a haber menos carga. En el primero y el último, la carga no es siquiera necesaria, y se pueden percibir sin tocar la piel. En el segundo y el anteúltimo, la carga es la mínima, apenas la suficiente para estar en contacto.

La carga necesaria para sentir no es homóloga a la profundidad. Podría pensarse que la textura se desarrolla en la superficie de la piel, y que los niveles siguientes consisten en sentir estructuras cada vez más profundas, pero el asunto no es tan sencillo. No hay aquí una unidimensionalidad de la distancia; la textura es el más superficial de los niveles de sensopercepción en un sentido distinto al que la marea es el más superficial. La metáfora que se me ocurre para ilustrar este efecto viene de la fotografía. Por un lado, podemos obtener detalles visuales de objetos más lejanos aumentando la distancia focal (por ejemplo, con un zoom). Por otro lado, podemos ampliar la profundidad de campo (el rango de distancias que entran en foco) disminuyendo la apertura del lente. Podríamos decir que, si seguimos los niveles de sensopercepción táctil en el orden que fueron presentados aquí, vamos aumentando el zoom en cada uno, de manera que podemos percibir cada vez más lejos (o más profundo), pero también, en los últimos niveles, empezamos a aumentar la profundidad de campo.

Los últimos niveles requieren más práctica para poder percibirlos, y esto puede aparejar cierta desesperación en los estudiantes, que tienden a pensar que percibir estímulos tan sutiles es imposible³³. Esta creencia se origina en la concepción errónea de que la sutileza se refiere a la amplitud del movimiento perceptible. Si esto fuera así, los fenómenos sensoperceptivos más sutiles no serían las mareas, sino la textura y la temperatura.

Una hoja de papel tiene unos 100 micrones de espesor (una décima de milímetro). Si apoyamos una hoja de papel sobre la mesa y pasamos un dedo por sus bordes, podemos percibirlos. Eso es palpación común y corriente, pero una textura es mucho más sutil: se produce por la disposición, diseminada en una superficie, de rugosidades mucho más pequeñas que el espesor del papel, quizás hasta de una centésima o una milésima de milímetro, que son detectadas por la vibración de los propioceptores en un recorrido superficial. Ninguno de los otros niveles de la sensopercepción necesita de semejante definición.

Salvo, por supuesto, la temperatura. Recordemos que la temperatura refleja la energía cinética de los átomos que conforman el objeto que estamos tocando. Es decir, que lo que percibo no son siquiera los átomos, sino su

33 Esta es, por otra parte, una de las críticas gratuitas que los escépticos que no tienen afinado el sentido del tacto blanden contra la osteopatía.

movimiento. Si lo que estoy tocando es un elemento en estado sólido, las moléculas que lo conforman están trabadas entre sí y no se mueven entre ellas; en ese caso, lo que percibo es su vibración: un movimiento menor al tamaño de una molécula. Una molécula de hierro tiene 100 fm, una diezmilésima de micrón. Lo que notamos al sentir la temperatura de un objeto de hierro es un movimiento diez millones de veces más chico que un milímetro. No hay ninguno más sutil entre todos los niveles de sensopercepción táctil.

Por lo tanto, la diferencia de sutileza entre los primeros niveles y los últimos no está dada por la amplitud de movimiento, sino por la familiaridad en el uso. Estamos habituados a reconocer distintas temperaturas y texturas, pero no tanto a la percepción de objetos ocultos debajo de una capa de otros materiales (el tacto distal), y menos aún de fluidos y mareas que requieren esfuerzos mayores de discriminación.

Esto es una buena noticia, porque si la única distinción es la familiaridad, lograr esa sensibilidad solo necesita habituación. Vale decir, práctica.

7. La fase de sensación

La primera fase de la escucha, la sensación, nos provee estímulos según las variables de temperatura, turgencia, dureza, tensión, textura, elasticidad, vibración, traslación, ritmo, cadencia y amplitud de movimiento, donde cada valor está referido a una posición específica de la representación tridimensional del escenario sentido. Todos estos datos conforman lo que Fulkerson llama *propiedades intensivas*: aquellas que varían a lo largo de una sola dimensión.

“Cuando tocamos un objeto por primera vez, no experimentamos la ubicación ni las propiedades geométricas del objeto; primero experimentamos propiedades intensivas como la textura o la temperatura. Para descubrir dónde se encuentra un objeto o qué forma tiene, se requiere un paso de procesamiento separado, más lento y menos exacto” (Fulkerson, 2013).

Lo adquirido en la fase de sensación son estímulos proximales, en tanto propiedades intensivas desacopladas, y no existe todavía una individuación de objetos. Solo en la fase siguiente, la percepción, las modulaciones del conjunto de todos estos estímulos intensivos permitirá definir entidades e identidades, y el conjunto de esas entidades e identidades permitirá abstraer un marco de referencia que permitirá construir un esquema de localización tridimensional.

La fase de sensación colecta estímulos provenientes del exterior, los discrimina de acuerdo con su importancia atencional, los ubica topológicamente, y produce un esquema proximal. Este esquema proximal contiene a las propiedades intensivas y a la relación topológica entre ellas. Esta relación topológica es una aproximación a una localización tridimensional, pero solo en lo que respecta a formas y correspondencias, es decir, según las características de abierto/cerrado, continuo/discontinuo, dentro/fuera, conectado/desconectado, vecino/remoto, etcétera y no a posiciones absolutas o proporciones.

Escucha vs. palpación

En general, cuando se habla de escucha en el sentido táctil que le damos nosotros, se hace referencia a los últimos niveles de sensación táctil. Los primeros (temperatura, textura, dureza, exploración háptica y kinepatía) suelen agruparse bajo el colectivo de “palpación”. En el uso corriente (al menos entre los osteópatas), la escucha aglomera la proyección sin carga, los patrones tensionales, las corrientes fluidicas, el MRP, la motilidad de los órganos y las mareas.

La proyección con carga (que llamé telestesia) ocupa una posición intermedia, y a veces puede considerarse palpación y a veces escucha. De hecho, lo más exacto sería dividirla en dos niveles distintos: telestesia y teletimia, donde la telestesia sería una especie de exploración háptica en profundidad, con tejidos mediadores reclutados, y la teletimia se referiría a detectar, de forma remota, texturas (resistencia tangencial) y durezas/turgencias (resistencia perpendicular). La realidad es que, dado que provienen de la profundidad del cuerpo, los estímulos captados son exigüos, de manera que para reforzarlos y poder superar los umbrales de captación necesito una ejecución multimodal que me permita sentir la forma, la textura y la dureza al mismo tiempo, haciendo que los estímulos de distintos tipos se refuercen unos a otros. Es a causa de esta interdependencia que prefiero mantener todo este procesamiento aglutinado bajo el nombre de telestesia.

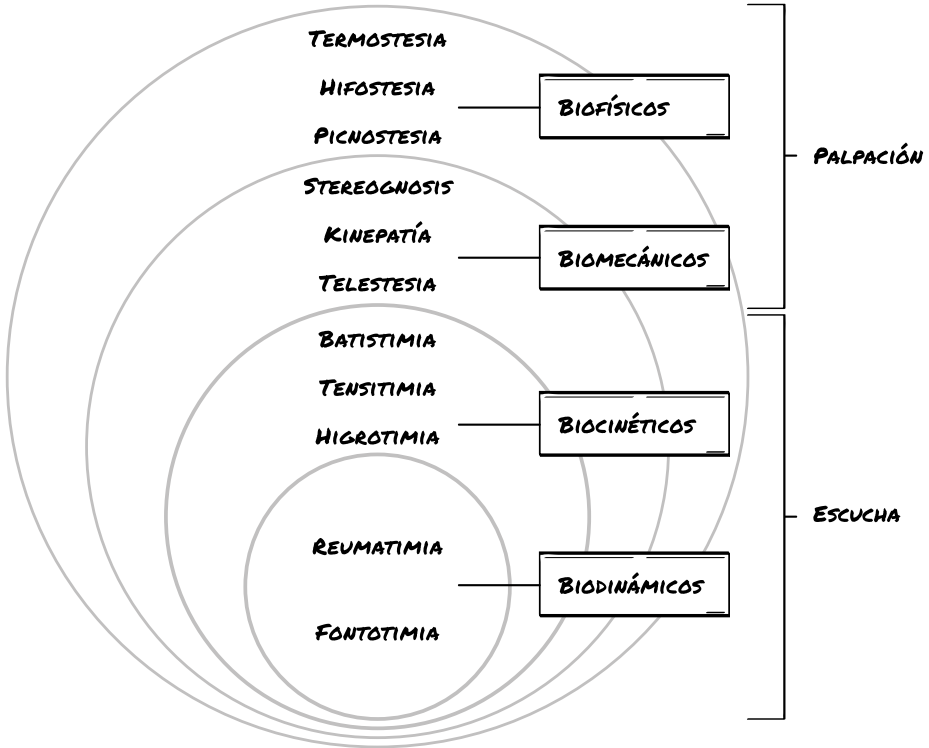
En la teoría, hay distintas versiones acerca de la diferencia entre palpación y escucha. En cuanto a su función, se dice que la palpación se utiliza para percibir estructuras y la escucha para percibir movimientos. En cuanto a los receptores utilizados, parecería ser que la diferencia entre palpación y escucha es que la palpación sucede en la superficie epidérmica, y la escucha sucede en todo el volumen corporal. Se dice que la palpación es superficial y la escucha es volumétrica, principalmente porque la palpación se ejecuta por medio de nuestros exteroceptores con ayuda de los propioceptores, y la escucha se basa casi exclusivamente en los propioceptores.

Son definiciones válidas, aunque en la práctica esta distinción no es tan palmaria. La separación entre palpación y escucha es un artefacto didáctico, pero en el estadio clínico no existe diferenciación y se experimentan como un fenómeno indiviso. En el momento de escucha, no hacemos ninguna distinción. Usamos todos los niveles indistinta y simultáneamente, y todo eso conforma la escucha.

Las adherencias, por ejemplo, se detectan por restricción de movimiento

y por textura. Hay adherencia cuando dos tejidos contiguos que deberían deslizar el uno sobre el otro no deslizan tanto como se esperaría. La forma de evaluar la adherencia es poner el foco en la superficie de contacto de esos dos tejidos, reclutar el más cercano a mi mano como tejido mediador, y hacer un desplazamiento hacia los costados como si quisiera evaluar una textura. Esto se puede hacer incluso en profundidad, pero teniendo en cuenta que, a más profundidad, más amplio debe ser el movimiento angular. Si estoy evaluando cómo la piel se desliza sobre un músculo, puedo mover un poco la mano, pero si estoy evaluando cómo el mediastino se desliza sobre la pared posterior del peritoneo, mover la mano no alcanza; tengo que hacer un movimiento amplio, desde mi centro, que probablemente implique mover todo mi torso, aun si este movimiento es de una sutileza casi imperceptible.

Bordeando esa diferenciación cotidiana entre palpación y escucha, existe una clasificación un poco más académica, que postula cuatro niveles de escucha: un nivel biofísico, uno biomecánico, uno biocinético y uno biodinámico. Los cuatro grados de esta clasificación se incluyen uno dentro de otro, y la distinción identificatoria entre ellos es la variación en el enfoque. La mecánica es una parte de la física, la cinética es una subdivisión de la mecánica y la dinámica es una particularización de la cinética. Toda esta subdivisión es más caprichosa que exacta, y algunos de los fenómenos que describimos pueden ser adjudicados a diferentes niveles. El MRP, por ejemplo, es, según distintos autores, considerado biocinético o biodinámico. Si vamos a ser exactos, toda división discreta de un contexto continuo es caprichosa. La realidad es un continuo de variabilidades, y dividir una serie de fenómenos en doce o cuatro niveles con objetivos didácticos requiere instalar demarcaciones estrictas en lugares donde hay una dispersión vaga.



De hecho, toda esta organización pedagógica, tanto en tres fases de escucha (sensación, percepción, cognición), como la discriminación de la sensación en doce niveles y el inventario de parámetros de sensopercepción, son todos conceptos que separamos para estudiarlos y poder explicarlos, pero en la práctica suceden simultáneamente, indiscriminados e inseparables. La decisión de a qué plano escuchar, por ejemplo, quizás sería más correcto explicarla en la sección dedicada a la percepción, lo mismo que el foco y la proyección. Sin embargo, el desarrollo argumentativo exigía que se expliquen aquí para hacer entendibles otros conceptos.

Procesamiento Where and What

Ahora que enunciamos distintos niveles de sensopercepción y presentamos algunos ejemplos, veamos un poco cómo se va adquiriendo y procesando

toda esa información. Investigaciones recientes (Reed, Klatzky, and Halgren, 2005, y Chan and Newell, 2008) favorecen la idea de que el sistema somatosensorial está compuesto por dos subsistemas relativamente independientes, un subsistema para determinar los objetos (*“What” processing*) y un subsistema para determinar su localización (*“Where” processing*), sea esta de tipo topológica, egocéntrica o allocéntrica.

GLOSARIO: WHERE PROCESSING Y WHAT PROCESSING

WHAT PROCESSING: Parte del proceso de sensopercepción que se ocupa de determinar entidades e identidades a partir de las características de los estímulos atómicos captados y su localización espacial.

WHERE PROCESSING: Parte del proceso de sensopercepción que se ocupa de asignar una localización espacial a los estímulos dimensionales captados.

El sistema “What” identifica objetos percibidos a partir de los estímulos de textura, forma y tamaño y de ciertas características topológicas como contigüidad, granularidad y co-movimiento. La importancia de estas tres últimas es evidente en el siguiente ejemplo: estamos conduciendo por una ruta de noche y vemos por el espejo retrovisor dos luces; si están a cierta distancia entre sí (contigüidad), las vemos en la misma escala respecto de nosotros (granularidad), y se mueven en las mismas direcciones al mismo tiempo y a la misma velocidad (co-movimiento), suponemos que es un auto. Si cualquiera de estas propiedades se altera (la distancia entre las dos luces varía, se mueven en distintas direcciones o a distintas velocidades), comprendo que quizás sean dos motos o alguna otra cosa, pero es evidente que no pueden ser los dos faros de un único auto. Dado que estas propiedades son determinadas por el sistema “Where”, el sistema “What” solo puede venir después de aquel. Reconocer objetos requiere una localización previa de los estímulos primordiales.

La localización egocéntrica, o egolocalización, puede determinarse a partir de comparaciones sencillas entre los distintos estímulos y los puntos periféricos de percepción, pero la localización allocéntrica requiere un procesamiento más complejo, que incluye conversiones de coordenadas angulares y trasposiciones. Es razonable, por lo tanto, que la alolocalización suceda luego de la identificación de los objetos, dado que la aglomeración de estímulos en enclaves objetales que pueden considerarse en conjunto es el que permite el cómputo de traslación de coordenadas. La localización

alocéntrica sucederá solo una vez que todas las entidades se hayan definido e identificado, vale decir, en la fase siguiente, la fase de cognición.

GLOSARIO: EGOLOCALIZACIÓN Y ALOLOCALIZACIÓN

EGOCENTRO: Marco de referencia donde se localizan las entidades sensorpercebidas, cuyo origen es el sujeto percipiente.

EGOLOCALIZACIÓN: Localización topológica y espacial de los estímulos percibidos, según un marco de referencia cuyo origen es el sujeto percipiente.

ALOLOCALIZACIÓN: Localización topológica y espacial de los estímulos percibidos, según un marco de referencia cuyo origen es independiente del sujeto percipiente.

En mi modelo, la egolocalización sucede en la sensación, la identificación u ontologización en la percepción y la alolocalización recién en la cognición.

La fase de sensación, por lo tanto, se ocupa de tres procesamientos:

- **Transducción:** La recepción del estímulo (luz, sonido, presión) en el órgano sensor (ojos, oído, piel) y su conversión en impulsos nerviosos.

- **Transmisión:** La transmisión de esos impulsos nerviosos desde el órgano receptor hacia las estructuras del sistema nervioso central donde se procesarán.

- **Egolocalización:** La localización del estímulo transducido de acuerdo con el área de corteza donde llega cada impulso y cálculos específicos que comparan unos con otros.

GLOSARIO: SENSACIÓN

SENSACIÓN: En el contexto de este trabajo, la primera fase de la sensorpercepción, previa a la percepción y la cognición. La fase en la que los estímulos recibidos mediante los sensores corporales son convertidos a impulsos nerviosos (transducción) y localizados tridimensionalmente (Somolocalización). Es donde sucede el "where processing".

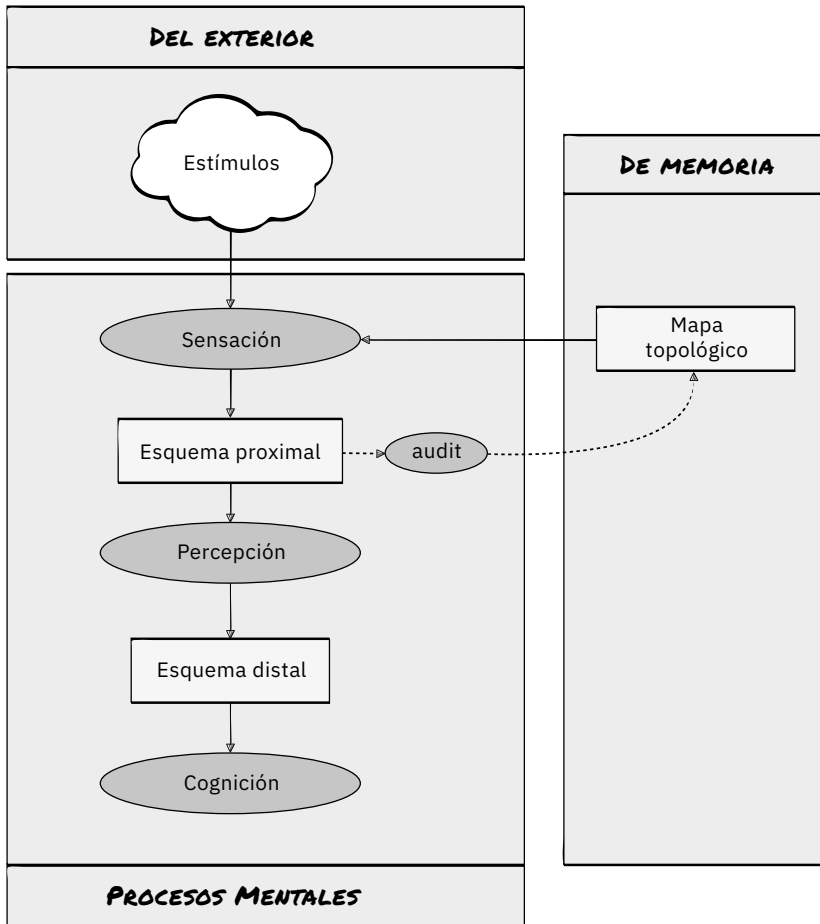
Sistemas 1 y 2

Todo procesamiento lleva tiempo, y a la naturaleza le gusta ahorrar. Para esto, uno de los mecanismos es el de “predicción”, que nos evita procesamiento intelectual gracias a la memoria de experiencias anteriores. Cuando estoy calculando mis impuestos, muchas veces llego a la necesidad de calcular 12×34 . La primera vez que necesité hacerlo, hice la cuenta. Pero ahora, como es un cálculo conocido y de tanto escribirlo ya me aprendí el resultado de memoria, ya pongo en mi planilla de cálculo 408, sin necesidad de hacer la cuenta. Es más, si en algún momento llego a necesitar saber 12×35 , quizás en vez de efectuar la multiplicación haga $408 + 12$, que es más fácil y requiere menos tiempo.

En la senso-percepción existe un mecanismo similar. En una teórica primera vez (la primera vez en la vida que sentimos algo), el mecanismo encargado de la egolocalización guarda en memoria ese primer esquema proximal que acaba de computar, como un mapa topológico. La próxima vez que debe realizar una egolocalización recupera el mapa y compara los estímulos recibidos con los guardados en él, de manera que para los estímulos similares a los que ya se recibieron la primera vez, se pueda conocer rápidamente el output mediante un simple reconocimiento de patrones, sin tener que efectuar un procesamiento lógico hipotético-deductivo. Por supuesto que se necesita calcular los estímulos nuevos que no figuran en el mapa, pero al tratarse de un conjunto reducido de datos el tiempo de procesamiento es mucho menor. Luego, se ajusta el mapa topológico en memoria con los estímulos nuevos, de manera de hacerlo cada vez más completo.

GLOSARIO: MAPA TOPOLÓGICO

MAPA TOPOLÓGICO: Conjunto organizado de información en memoria que permite predecir, gracias a reconocimiento de patrones, relaciones de ubicación entre los estímulos recibidos, y que completa (o suplanta) al procesamiento deductivo.



Este esquema de funcionamiento es una amalgama y una adaptación de modelos propuestos por Daniel Kahneman para la toma de decisiones, por un lado, y por Lisa Feldman Barrett para las emociones, por otro. Kahneman propone un modelo dual de funcionamiento cognitivo. La doctora Barrett propone un mecanismo de predicción y construcción para las emociones. Aquí los abstraemos hasta un nivel donde ambos modelos son isomorfos y adaptamos esa síntesis al proceso de sensopercepción, aunque luego usaremos este mecanismo como punta de lanza para volver a meterlos también en los campos de la consciencia y de las emociones.

Daniel Kahneman (2003) propone un modelo para la toma de decisiones que incluye dos sistemas mentales de procesamiento intelectual que operan uno junto al otro, a los que llama Sistema 1 y Sistema 2 (La terminología fue tomada de Stanovich & West, 2000).

Sistema 1: “El sistema 1 funciona de forma automática y rápida, con poco o ningún esfuerzo y ningún sentido de control voluntario”.

Sistema 2: “El Sistema 2 asigna atención a las actividades mentales esforzadas que lo exigen, incluidos los cálculos complejos. Las operaciones del Sistema 2 a menudo se asocian con la experiencia subjetiva de agencia, elección y concentración”.

El Sistema 1 se basa en juicios intuitivos, que son automáticos y veloces. Es un proceso cognitivo que superpone y compara la información de un estímulo con información recuperada de la memoria. Esta superposición permite un reconocimiento rápido de patrones, que es lo que conocemos como “intuición”.

El Sistema 2 se basa en un modo de procesamiento analítico, que es consciente y lento. Cuando la superposición de lo percibido con la información recuperada de la memoria no permite reconocer patrones relevantes, o cuando el contexto de percepción es tan nuevo que no existe siquiera información en memoria para comparar, no se puede hacer una aproximación rápida por detección de patrones, y es necesario un razonamiento hipotético-deductivo que procese cada uno de los estímulos desde cero.

Según este modelo, los juicios realizados con el Sistema 1 utilizan reconocimiento de patrones, prototipicidad y heurística, y son susceptibles a prejuicios asociados y al impacto del estado sensible del sujeto y el contenido emocional del estímulo. Los juicios ejecutados mediante el Sistema 2 se basan en reglas formales de inferencia, y son impermeables a influencias del entorno, estado afectivo del sujeto cognosciente y orientaciones emocionales.

| PROPIEDAD | SISTEMA 1 | SISTEMA 2 |
|------------------|----------------------|---------------|
| Estilo cognitivo | Heurístico | Deductivo |
| Velocidad | Intuitivo | Analítico |
| Esfuerzo | Rápido | Lento |
| Confiabilidad | Bajo | Alto |
| Rigor científico | Variable | Consistente |
| Automaticidad | No | Sí |
| Canales | Alta | Baja |
| | Múltiples, paralelos | Único, lineal |

¿Cómo se relacionan estos dos sistemas? El sistema 1 genera rápidamente respuestas intuitivas a problemas de discernimiento. Estas respuestas luego son monitoreadas o evaluadas por el Sistema 2, que puede corregirlas. En caso de que el Sistema 2 corrija las respuestas provistas por el Sistema 1, también corrige la información en memoria para que, la próxima vez, el Sistema 1 tenga más probabilidad de acercarse a una respuesta satisfactoria.

Ese es el planteamiento original. Unos años después, Morewedge y Kahneman (2010) introdujeron nuevos conceptos que desarticulan el aparente procesamiento lineal entre los dos sistemas (respuesta rápida de Sistema 1 seguida de respuesta confirmatoria de Sistema 2). En principio, dicen, los procesos del Sistema 1 y del Sistema 2 pueden operar en paralelo. Por otra parte, los procesos del Sistema 1 pueden resaltar parte de la información recibida como estímulo y filtrar otra, con lo cual nuestra percepción del exterior está influida por nuestras experiencias anteriores (esto es lo que llamamos penetración cognitiva).

Kahneman (o Stanovich y West) prefirieron no darles nombres a sus sistemas, porque están relacionados con funciones cognitivas aparentemente

inconexas, y cualquier nombre fijaría una prioridad que no es tan palmaria. Sin embargo, cada uno de ellos está relacionado con procesos claramente diferenciados. El sistema 1 está relacionado con la memoria implícita, y con la intuición y los procesos heurísticos. El sistema 2 está relacionado con la memoria explícita, y con los procesos deductivos y analíticos.

Los procesos heurísticos son métodos que no priorizan la perfección, sino la eficiencia, pudiendo preferir un resultado aproximado si requiriera un procesamiento menor. La eficiencia está dada por una estrategia de ponderación costo/beneficio, donde el costo sería la capacidad necesaria de procesamiento y los recursos computacionales utilizados, y el beneficio sería la exactitud y solidez del resultado. El matemático George Polya distinguió la heurística de los métodos analíticos con una mirada particular: en su propia concepción, la heurística es necesaria para encontrar una prueba, mientras que el análisis sirve para verificar una prueba, con lo cual se acerca mucho a la definición original (correlativa) de los sistemas 1 y 2 de Kahneman.

GLOSARIO: SISTEMAS 1 Y 2

SISTEMA 1: Uno de los dos modos de procesamiento de información postulados por Kahneman (2003). Se corresponde vagamente a lo que se conoce como intuición o inducción. Utiliza procesos heurísticos, rápidos, legitimados por experiencia material.

SISTEMA 2: Uno de los dos modos de procesamiento de información postulados por Kahneman (2003). Se corresponde vagamente a lo que se conoce como deducción o análisis. Utiliza procesos deductivos, lentos, legitimados por reglas formales.

INTUICIÓN: Facultad de conseguir conocimiento directo sin inferencia o pensamiento racional consciente.

HEURÍSTICO: Procesamiento que emplea un método práctico para lograr un resultado, sin garantizar que el resultado sea óptimo, perfecto o racional. Los métodos heurísticos priorizan la eficiencia por sobre la eficacia.

En nuestro modelo de sensopercepción, la percepción directa, es decir, la información ingresada a través de los órganos de los sentidos, transducida y enviada al cerebro, y su posterior interpretación, podríamos considerarlo parte del Sistema 2 en el sentido que requiere un procesamiento según ciertas reglas, mientras que la recuperación de mapas de memoria y la comparación con el input para reconocimiento de patrones, es parte del Sistema 1, diseñada, en este caso particular, para aliviar al Sistema 2 y obtener un resultado más expeditivo. La actualización de los mapas de

memoria es parte de otro proceso, que es posterior e independiente de la sensopercepción y no pertenece a ciencia cierta a ninguno de los dos sistemas, sino que es justamente el resultado de la modulación entre ellos.

Una aclaración: el modelo que describí está simplificado para facilitar la comprensión del concepto, pero es escandalosamente reduccionista. En realidad, la comparación input/mapa es un proceso recursivo con muchos mapas en distintos niveles; un primer mapa muy genérico, un segundo mapa de un nivel un poco más bajo, con más detalles, que en realidad se escoge de un conjunto de segundos mapas alternos dependiendo del resultado de la comparación con el primer mapa, y así sucesivamente. A cada nivel de detalle, se recupera el mapa más adecuado a la comparación previa, se lo compara con el input, se corroboran aciertos y se corrigen variaciones, y se elige uno de los mapas del nivel siguiente para seguir comparando. Para simplificar, llamo “mapa topológico” a un conjunto recursivo y jerárquicamente ordenado de muchos mapas topológicos alternativos.

Por lo tanto, como resumen de todo el proceso, en la sensación recibo los estímulos sensoriales captados por los exteroceptores y propioceptores, recupero de la memoria un mapa topológico, ubico los estímulos en el mapa, armo un esquema proximal con esos estímulos organizados topológicamente y lo envío a la percepción. El esquema proximal incluye los estímulos recibidos y su ubicación relativa. Paralelamente, mientras el esquema ya va siendo procesado en la percepción, el esquema proximal calculado modula la memoria del mapa topológico, para registrar las novedades y variaciones.

Este modelo de la sensación mediante un mapa que se va ajustando de acuerdo con los inputs recibidos también puede verse como una variación de la teoría constructivista expuesta por Lisa Feldman Barrett en *How Emotions Are Made*. La doctora Barrett aplica su teoría para el caso específico de las emociones, pero el funcionamiento probablemente sea isomorfo a otros procesos mentales, tal como la percepción. Ella misma, incluso, lo extrapola para fenómenos como el dolor o la toma de decisiones. Lo que yo llamo “mapa” es el mismo mecanismo que la teoría constructivista de las emociones llama “predicciones”. Me pareció que “mapa” era más adecuado, sobre todo en el caso de la sensación, donde la función de las predicciones es la de localización.

Es importante notar una particularidad. En el sistema dual de Kahneman, el sistema 1 está asociado a emociones y el sistema 2 a razonamiento, como si dijera que las emociones son una aproximación rápida a un entendimiento que fundamente una toma de decisión. En este sentido, parece bastante cercano al modelo de marcadores somáticos propuesto por Damasio (2005). Pero en el modelo de Lisa Feldman Barrett, las emociones mismas son un proceso dual, con una parte percibida y otra construida por

la mente desde memoria como predicción. Esta recursividad de sistemas duales dentro de las partes de otros sistemas duales coincide con nuestra idea de mapas dentro de mapas.

En el campo específico de la escucha, la exactitud y nivel de detalle de los mapas se logra con entrenamiento. La práctica continua, prolongada y dirigida, primero establece y luego afina el mapa topológico. La afinación, por un lado, permite captar más detalles, pero, además, el simple hecho de usar los mapas permite liberar parte del procesamiento mental para otros procedimientos. La sensación entonces se potencia, captando estímulos más sutiles o más lejanos, y en medio de entornos con más ruidos. Pero existe otro factor que produce un aumento de la sensibilidad. Hablemos de la convergencia del foco atencional.

Sensibilidad y atención

Analicemos un poco cómo puede variar la sensibilidad en el tacto. Una manera es estableciendo una táctica determinada para distribuir la atención. Veamos dos ejemplos curiosos de funcionamiento de la atención: la interrupción atencional y la ceguera inatencional.

Un ejemplo con atenciones e interrupciones

Estoy en la vereda, hablando con mi tía Fefe, que me cuenta con detalle su receta para hacer bondiola a la crema de zanahorias. No tengo intenciones de cocinar nada, pero la escucho fascinado, porque las recetas de mi tía no se limitan a informar los ingredientes y los tiempos, sino que incluyen sugerencias de organización culinaria y opiniones sobre la correcta conducta del cocinero. Lo que me fascina de la narración es esa capacidad que tiene mi tía de transmitir un algoritmo químico inmiscuyéndose en fárragos logísticos y psicológicos, sin perder la esencia del procedimiento. De manera que mi tía habla y yo la escucho. De pronto, oigo que alguien grita mi nombre. Me doy vuelta, y veo acercarse a mi vecino Marcelo, saludando con la mano en alto y una sonrisa de oreja a oreja. Lo saludo y le sonrío yo también.

Fefe me toca el hombro y me acusa de no haber estado prestándole atención. Está seguramente un poco ofuscada porque ahora la narración quedará por la mitad, con la carne en el horno y la zanahoria a medio macerar. Le aseguro que sí le prestaba atención y para corroborar le repito los

conceptos que me estuvo enunciando, pero ella no transige, y asegura que si yo le hubiera estado prestando atención no hubiera oído la voz de Marcelo.

Es una reclamación legítima, y me siento en falta. Es verdad que Marcelo me cae bien, y que el timbre de su voz puede dismantelar cualquier actividad en la que yo esté sumergido. Para paliar la culpa recurro a la teoría fisiológica. Le explico que siempre existe cierta atención periférica que capta todo lo que sucede a mi alrededor. Esta atención periférica tiene un filtro, de manera que todo lo que suceda dentro de ella a lo que no le estoy prestando especial atención no entra en la consciencia, aunque impacte en mis sentidos. Pero también le aclaro que este filtro no es absoluto, sino que permite interrupciones atencionales: un estímulo especialmente interesante puede llegar a la consciencia y hacer variar mi foco de atención. Este mecanismo es común a todos los animales, le afirmo. Es un mecanismo de supervivencia, que permite a cualquier animal dedicarse a una tarea sin que eso redunde en ser tomado por sorpresa por un depredador. En este caso, no fue un ataque de un depredador lo que pasó el filtro, sino el reconocimiento de mi nombre. Y un nombre, como todos sabemos, es atávico, poderoso, visceral. Hasta los perros responden a su nombre.

Mi tía Fefe no se deja ablandar, y para contradecirme me recuerda las veces que yo estoy abocado a alguna tarea (escribir, por ejemplo, o jugar un videojuego) y ella necesita llamarme varias veces, con entonación in crescendo, hasta que yo me doy cuenta. “Vos tenés más atención periférica para algunos que para otros”, me reprocha. Le admito que tiene razón, pero le aclaro que, si bien la atención periférica puede variar, no depende *tanto* del estímulo percibido como del estado del sujeto percipiente. Ante ciertas actividades o situaciones, la atención se concentra tanto que se pasa a un estado alterado de consciencia. Cuando escribo o juego al videojuego, por ejemplo, yo paso a un estado que se llama *Flow*, y una de sus características es que la atención periférica prácticamente se apaga, como si para mí no existiera nada más que eso que estoy haciendo, y un estímulo proveniente del exterior necesitaría ser muy potente para producir una interrupción atencional.

Fefe frunce los labios, pero antes que pueda decir algo, Marcelo llega a mi lado, nos saluda y me pregunta dónde compré mi maceta de dos pisos. Me enfrasco en una respuesta larga, porque no sé la dirección exacta de la tienda de macetas y le tengo que dar instrucciones secuenciales: vas hasta la esquina, en el semáforo vas para la izquierda, ¿viste la fiscalía?, bueno, de ahí doscientos metros más, y antes de llegar al club vas a encontrar el negocio a tu derecha. Mientras le estoy contestando, Fefe me llama por mi nombre. Interrumpo mi explicación y la miro, pero no me dice nada. Creo que estaba intentando verificar experimentalmente eso de que la atención periférica no depende de la importancia idiosincrática del emisor, o acaso

quería comprobar si ella tenía categoría suficiente en mi escalafón social como para producir una interrupción atencional.

GLOSARIO: ATENCIÓN

ATENCIÓN: El acto de concentrar recursos de sensopercepción en los estímulos más interesantes, de manera de procesarlos mentalmente con más dedicación que al resto.

ATENCIÓN PERIFÉRICA: Capacidad de la consciencia de tener presentes, en segundo plano, estímulos que no están en el foco principal de la atención, pero pueden causar una interrupción atencional.

INTERRUPCIÓN ATENCIONAL: Solicitud de procesamiento cognitivo de un elemento que no estaba en el foco central de la atención.

CEGUERA INATENCIONAL: Fenómeno producido cuando ciertos elementos incluidos dentro del espacio atencional no son incorporados en la consciencia.

Atención periférica

Ese ejemplo quiere ilustrar el siguiente mecanismo: existen dos regiones de distinta intensidad atencional. Existe, por un lado, un foco de mi atención, que concentra todo mi procesamiento consciente, pero a la vez hay una atención periférica inconsciente, que no penetra en mi consciencia a menos que un estímulo supere cierto umbral y genere una interrupción.

El mundo exterior produce multitud de estímulos todo el tiempo. Nuestros órganos de los sentidos reciben una buena parte de ellos, pero no podemos procesarlos todos porque nuestra capacidad de procesamiento de datos es limitada. La atención es una función cognitiva que administra el tiempo de procesamiento que se les asigna a los distintos estímulos.

La atención cumple dos funciones diferentes. Por un lado, mantenerse alerta ante información genérica entrante, para detectar eventos que requieran respuesta. Por otro, mantener un enfoque en la tarea actualmente en ejecución, para evitar perturbaciones. Estos dos propósitos son contrarios: detectar (para procesar), y evitar (para ignorar) eventos provenientes del exterior. Esta función dual requiere una distribución cuidadosa de los recursos disponibles,

de manera de permitirnos mantener el foco en una tarea y al mismo tiempo poder aceptar interrupciones que parezcan relevantes. Las teorías corrientes de la percepción dicen que se establecen dos áreas de atención, una para cada una de las funciones: una atención central, con un foco concentrado en una tarea, y una atención periférica, con una concentración menor, apenas la suficiente para detectar cambios destacados.

Esta división en dos regiones atencionales es variable, tanto en delimitación como en condensación. Si estamos ejecutando una tarea difícil, la atención se concentra en ella y deja pocos recursos para distribuir en la periferia, y, por lo tanto, seremos más impermeables a interrupciones. Una tarea automática, que no requiere mucho esfuerzo, permite distribuir una parte mayor de recursos a eventos periféricos. Es casi imposible marcar un número de teléfono mientras se recita la tabla del 7, pero no representa ningún problema caminar por la calle, mascar chicle y buscar la llave en el bolsillo todo al mismo tiempo y tomando los recaudos para que no nos atropellen.

Las variables que regulan la atención son dos: intensidad y extensión. La atención central es más intensa, ocupando casi toda la consciencia, pero dedicada a unos pocos estímulos o a una región espacial acotada. La atención periférica es más extensa, abarca muchos más estímulos, aunque les dedica apenas un atisbo de consciencia. La atención central concentra los recursos; la periférica los dispersa.

La distribución de los recursos en estas dos regiones se regula según dos dimensiones. Por un lado, dónde se establece el límite topológico entre atención central y periférica. Por otro, cuántos recursos cognitivos se le asignan a una o a la otra.

Dado que la estructura gobierna la función, esta doble funcionalidad se puede ver representada en especies animales que tienen distintas necesidades primarias. Pensemos en cómo deben optimizar su atención distintamente los animales herbívoros y los carnívoros. Los animales herbívoros tienen los ojos a los costados de la cabeza para ampliar la extensión de su mirada. Necesitan una visión periférica amplia para detectar rápidamente predadores en el entorno e implementar una estrategia de huida tan pronto como sea necesario. Los animales carnívoros, en cambio, tienen los ojos orientados hacia el frente para lograr una visión estereoscópica que le provea exactitud de locación y distancia. Necesitan una visión central estereoscópica precisa para calcular el momento justo en que pasar de la fase de acecho a la de ataque, y para computar con precisión el punto espacial donde apuntar el golpe con certeza. La estructura anatómica de los herbívoros favorece la extensión de la atención, mientras que la de los carnívoros prioriza la intensidad.

Pero no nos quedemos solo en el sentido de la vista. Este fenómeno de distribución de la atención sucede en todos los sentidos. La atención central puede concentrarse en uno solo de los sentidos, pero la atención periférica no. Parte de la atención periférica es visual, parte es olfativa, parte es táctil, parte es auditiva. Siempre estamos prestando atención a todos esos diferentes canales por donde puede llegar una interrupción.

Aclaremos ante todo una cosa: esto de que existen una atención central y una periférica es una (otra) simplificación. En la realidad lo que hay es un continuo de gradación atencional. Hay zonas que reciben más recursos cognitivos y zonas que menos. Entre la central y la periférica hay zonas intermedias. Lo que sucede en la escucha es que todos los rangos se concentran. Tanto la atención central como la periférica reciben más recursos. Esto es a costa de la atención periférica lejana, que recibe casi nada.

Interrupción atencional

El uso de la palabra “interrupción” proviene aquí del sentido tomado del campo de la informática, donde una interrupción es un evento que altera la secuencia en la que el procesador ejecuta sus instrucciones. Una interrupción alerta al procesador de que sucedió un evento que requiere atención, y establece una solicitud para que se interrumpa -en cuanto sea posible- el código que se está ejecutando actualmente, para que el evento que produjo la interrupción pueda procesarse de manera oportuna. Si la solicitud se considera lo suficientemente urgente, el procesador suspende su actividad actual, guarda en memoria su estado y el de todos los datos a medio procesar y pasa a ejecutar un “manejador de interrupciones” que se ocupa de satisfacer la solicitud. Esta interrupción es temporal y, a menos que durante su procesamiento se produzca un error fatal, el procesador reanuda sus actividades normales cuando se acaba de procesarla.

En la vida cotidiana, el timbre de una casa es un mecanismo de interrupción. Yo puedo dedicarme a cualquier tarea dentro de mi casa sin preocuparme por lo que sucede afuera. Por ejemplo, me pongo a leer. El sonido del timbre genera una interrupción, y me indica que un evento requiere mi atención en la puerta de entrada. Marco la página que estoy leyendo, dejo el libro y los anteojos sobre la mesa, me levanto, abro la puerta y veo quién tocó el timbre, y ejecuto la tarea relacionada. En este caso, quien tocó el timbre es el repartidor de la verdulería, así que recibo la entrega, controlo el pedido, y pago. Saludo al repartidor, cierro la puerta, acomodo la verdura en donde corresponda, y luego vuelvo a tomar el libro y los anteojos, me siento en el sillón y sigo leyendo donde había dejado.

Es decir, a pesar de estar concentrado en la lectura, recibo una solicitud de atención desde el exterior. Continuo con mi tarea actual hasta un momento en que una detención sea tolerable. En ese momento, coloco la tarea central en stand-by, proceso la interrupción, y luego retomo la tarea.

Ceguera inatencional

La atención periférica, con su capacidad de aceptar interrupciones, presume que presto cierta atención a estímulos que no están en mi foco de atención. La ceguera inatencional es un fenómeno opuesto: pueden existir estímulos que, a pesar de estar en el foco topológico de mi campo perceptual, no percibo porque no les estoy prestando atención. Esta es una afirmación que nadie pone en duda. Por supuesto, sabemos que hay veces que tenemos algo a la vista y no lo vemos porque estamos prestando atención a otra cosa. Pero la magnitud de esta ceguera inatencional es mucho mayor de lo que suponemos. La demostración más cabal fue la que lograron Daniel Simons y Christopher Chabris (1999), con un experimento en video.

Spoiler alert: si nunca viste el video, es el momento, antes de seguir leyendo. Vale la pena experimentarlo antes de saber de qué se trata. Se llama Selective Attention Test, y una búsqueda rápida en Google o YouTube lo provee enseguida. Si te intriga, el momento de ir a mirarlo es ahora, porque en el párrafo siguiente voy a contar el final.

Al principio del video, un cartel sobre fondo negro pide al espectador que cuente cuántas veces las personas vestidas de blanco se pasan la pelota de básquet. Luego aparecen seis personas, tres vestidas de blanco y tres de negro, que se pasan dos pelotas de básquet mientras cambian de posición y se mezclan en el espacio. Luego de un minuto de video, la pantalla funde a negro y aparece otro cartel, preguntando cuántos pases se hicieron. La respuesta correcta es 15. A continuación, aparece otro cartel: “¿pero viste el gorila?”. La mayoría de las personas se queda pasmada porque no vio ningún gorila. Al volver a mirar el video prestando atención, se ve que, en un momento, aparece desde el costado derecho alguien disfrazado de gorila, camina atravesando la habitación entre los jugadores de básquet, se detiene en el centro de la escena, se golpea el pecho, y sigue caminando. Es tan evidente, tan extenso y tan llamativo que parece imposible no haberlo visto antes.

La teoría detrás de la ceguera inatencional sugiere que la atención es necesaria para la experiencia consciente de los objetos y eventos, y la gran mayoría de la información en nuestro campo de visión pasa desapercibida.

El experimento del gorila y los jugadores de básquet muestra que la intensidad atencional no es solo topológica. El foco no se restringe a un espacio dado, sino que lo penetra.

Sensibilidad aumentada

Estos dos ejemplos muestran que variar la distribución de la atención permite modular la sensibilidad. Por un lado, podemos percibir estímulos que están fuera de nuestro campo de percepción; por otro, podemos no percibir estímulos que están dentro.

La capacidad de procesamiento de información entrante en la sensación es limitada. La atención selectiva es la distribución de las distintas instancias de procesamiento, de manera de asignar una mayor capacidad a uno o una serie pequeña de estímulos, considerados más importantes o urgentes, a expensas de otros estímulos menos significativos. Elementos sensoriales a los que prestamos atención se perciben con mayor rapidez y/o precisión que los elementos desatendidos, pero no es posible realizar más de una tarea que exija atención central a la vez. En cambio, las instancias de atención asignadas a la atención no central (periférica y niveles de atención intermedios) pueden, en cambio, mantenerse en paralelo.

En la vida cotidiana, tenemos ciertos filtros atencionales habituales. Pero en ciertas ocasiones, podemos pasar a un estado alterado de consciencia que modifica la configuración de recursos de la sensopercepción al modificar los umbrales de los filtros sensitivos, de manera que algunos estímulos se verán amplificados y otros se verán disminuidos.

Sintonizar la atención en el tacto, por otra parte, no es una actividad cotidiana. El hecho de que no haya ni la simultaneidad ni la tridimensionalidad de la visión, ni la temporalidad ni la direccionalidad espacial de la audición, hace que se necesiten más recursos para captar, interpretar y entender los estímulos que llegan.

Se dice que cuando uno pierde un sentido, los otros se intensifican. Mandy Harvey, que es una cantante y compositora de jazz y pop que es completamente sorda y que utiliza la sensación de la vibración en su cuerpo para captar la música, dice que ella cree que no es que los otros sentidos se incrementen, sino que lo que sucede es que uno empieza a prestarles más atención. Tal como lo planteamos antes, las dos cosas son ciertas: los otros sentidos se amplifican *porque* uno empieza a prestarles atención. Cuando uno pierde un sentido, los recursos atencionales pueden distribuirse entre

los cuatro restantes. Eso es lo que los intensifica. Algo similar sucede en la escucha. Los recursos usualmente visuales y auditivos se asignan al tacto, y este se vuelve más intenso.

Quien se aboque a la tarea de escuchar táctilmente (ya sea en el sentido clínico propio de la osteopatía o cualquier otra tarea que requiera una sensibilidad táctil particular) se da cuenta enseguida que la sensibilidad mejora mucho si se anulan los otros sentidos. De hecho, quien está sintiendo algo con las manos, tiende a cerrar los ojos. Casi todos los recursos atencionales (centrales y periféricos) entran en el campo de lo táctil.

Ahora bien, en el tacto suceden fenómenos particulares. En principio, no hay una apropiación tridimensional. La comprensión tridimensional de los estímulos percibidos mediante el tacto se produce en un momento posterior, gracias a un registro y seguimiento histórico de exteroceptores y propioceptores.

Por otra parte, el tacto es todo profundidad. No hay, como en la vista, espacios abiertos, ni la mirada que se pierde en el horizonte. No hay tampoco la lógica de la audición, ni la identidad sostenida por una continuidad temporal. El tacto es todo profundidad, y una profundidad llena, sin intersticios, poblada de movimientos y sensaciones exóticas, viscerales, y un tanto siniestras, en el sentido psicoanalítico del término.

Para modelar la tridimensionalidad y la amplitud se necesitan más recursos, de manera que todos los recursos van a lo táctil.

En el caso de la escucha, la idea es concentrar la atención en el cuerpo del otro, y lograr una ceguera inatencional en todo lo que es exterior: otros ruidos en la habitación o que llegan desde la calle. Idealmente, un osteópata en escucha no debería reaccionar si alguien grita su nombre al lado.

Este fenómeno, que llamamos *convergencia de los campos atencionales*, básicamente implica que ciertos canales sensitivos que están habitualmente asignados a la atención periférica se enfocan hacia el centro del campo perceptual, de manera de aumentar la sensibilidad.

En la escucha, existe una concentración de la atención en todas sus instancias. Se disminuye el espacio focal tanto de la atención central como de la periférica, y al disminuir la extensión se aumenta la intensidad.

Por otra parte, sucede un fenómeno interesante: ambas instancias de atención (central y periférica) se concentran en el punto de contacto. La división entre ellas se escinde de una noción espacial. En la vista, la atención central está en un punto (el centro de la pantalla, por así decirlo), y la periférica en todo lo que lo rodea. En el tacto ambas están en el mismo punto, puesto que el tacto no tiene un campo amplio de percepción, sino que implica un solo punto de recepción de estímulo. En el tacto, lo que fundamenta la división

entre atención central y periférica es la intención, y no la geometría angular como en la vista o la procedencia espacial como en la audición.

Estas características producen necesariamente una concentración de la atención en el estímulo presente. La visión permite percibir cosas lejanas, la audición permite asimilar cosas pasadas, pero el tacto implica una atención enfocada en el aquí y ahora. Esto que toco está *aquí*, junto a mí, y está aquí *ahora*.

**EL TACTO IMPLICA UNA ATENCIÓN ENFOCADA
EN EL AQUÍ Y AHORA.
ESTO QUE TOCO ESTÁ AQUÍ, JUNTO A MÍ,
Y ESTÁ AQUÍ AHORA.**

En resumen: en la escucha hay una variación en la distribución de atención periférica, que converge en el cuerpo del otro. De esta manera, suceden dos cosas. Por un lado, el entorno circundante -lo que está fuera de los cuerpos del paciente y el terapeuta- entra en una zona de ceguera inatencional, y nada de lo que suceda en esa región llega a mi percepción. Por otro, el entorno interno a los cuerpos se convierte en una zona de hipersensibilidad atencional, con lo cual las variaciones son rápidamente detectadas.

Este procesamiento inconsciente, intuitivo e inmediato provoca un cambio no solo cuantitativo, sino un salto de nivel, que es lo que llamamos *sensibilidad aumentada*. Esta sensibilidad aumentada que desarrolla el osteópata es la que le permite captar estímulos que otra persona sin entrenamiento acaso no llegue a vislumbrar.

La acción que cultiva esta sensibilidad aumentada es lo que llamo *discriminar*. Discriminar hace uso de la adaptación sensorial y de la convergencia de los campos atencionales tanto para dejar de ver lo irrelevante como para focalizar en lo relevante.

Discriminar es un poco más que simplemente obviar las cosas que no nos interesan. Es también tomar el ruido y extraer de él cosas significativas. Después de todo, el ruido es la parte de un mensaje a la que no podemos asignarle un sentido. En cuanto le damos una organización, el ruido deja de ser ruido. Discriminar es convertir parte del ruido en información y el resto en silencio.

Hasta aquí, la fase de sensación. Pero la “magia” del osteópata no viene solo de esta sensibilidad aumentada. La escucha misma, en tanto proceso, comprende otros dos fenómenos que la transforman en una experiencia no

ordinaria³⁴. Por ahora, la fase de sensación nos provee de un esquema proximal de estímulos intensivos desacoplados. En los capítulos siguientes vamos a ver qué hace la percepción con este esquema proximal, y veremos surgir frente a nuestros ojos otros efectos extraordinarios propios de la escucha.

Pero todavía necesitamos un capítulo más antes de eso, sólo para brindar algunos ejemplos de lo que podemos esperar sentir cuando nos encontramos en diferentes escenarios de escucha. Recorrámoslo rápidamente.

³⁴ Los nombro aquí para no crear suspenso: fusión somática y penetración enactiva. Los veremos en detalle más adelante.

8. Ejemplos de sensopercepción

En este capítulo, intentaré relatar qué se siente en algunas ocasiones de escucha. Estos relatos son subjetivos, volátiles y no vinculantes. No esperes sentir lo que yo describo. Las sensaciones propias del tacto son profundas y vagas, y no contamos con palabras para transmitir las, así que necesito recurrir a metáforas, y algunas de las que se me ocurren pueden sonar disparatadas. Podría llegar a decir, por ejemplo, que tocar tal cosa se siente como una bandada de pájaros que levanta vuelo, lo cual no tiene sentido, porque no se puede tocar una bandada de pájaros, pero si uno logra convertir esa imagen en una sensación e imaginarse que la siente en la mano o en el cuerpo, quiero creer que puede llegar a una aproximación de lo que se siente.

Podría llegar a decir que pongo la mano en determinada zona del cuerpo y se siente como un trueno lejano que nos entra a la vez desde el aire por los oídos y desde la tierra por los pies, o como una mosca que cayó en un charco de agua y se desliza por su superficie agitando desesperadamente sus alas tratando de desasirse, o como cuando pasamos un dedo a través de la llama de una vela, lo suficientemente rápido para no sentir la temperatura, pero sí la densidad de la llama. Que quede claro que esas metáforas me sirven a mí, pero quizás no a todos. Cada uno tendrá su propio reservorio de metáforas táctiles de acuerdo con sus vivencias.

Por otra parte, cada ocasión de sensopercepción táctil es única. Cuando pongo la mano sobre el lomo de mi perro Pipa que está recostado a mi lado, una vez puedo creer sentir sonidos que retumban en cuevas, y otra vez la reminiscencia de dejarse flotar en un cenote mexicano. A falta de palabras, el tacto evoca vestigios de otras ocasiones.

Ejemplo de escucha en tórax

Poso una mano sobre el tórax del paciente. Me pongo en estado de escucha. Escucho.

La primera sensación, con la piel, es superficial. Es el primer contacto con una estructura del cuerpo del paciente. De estar tocando aire, siento de pronto una resistencia al movimiento y una temperatura corporal.

Al proyectarme apenas un poco más profundo, hasta el tejido subcutáneo, ya noto algunos cambios. En principio, me doy cuenta de que el contacto es menos suelto. Cuando estaba a nivel de la epidermis, si bien estaba en contacto, no había una conjunción con el tejido: si hubiera movido mi mano, se habría deslizado sobre la piel y habría modificado su punto de contacto. Ahora, con el foco apenas unos milímetros más allá, esa sensación cambia. Ya hay un anclaje de mi mano en el cuerpo del otro. Si muevo mi mano, la piel del otro se mueve también, y el punto de contacto de nuestras pieles no cambia. No hace falta mover la mano para notar eso. Se siente en la mera posición. Hay también una sensación de profundidad, de sentir en los dedos una capa de tejidos, mientras que antes, en la piel, la sensación era la de una mera superficie.

Voy a un plano apenas más profundo, y estoy en los músculos. Es un tejido distinto. En principio, es más firme. No mucho, pero sí parece estar más contenido que el tejido subcutáneo graso de donde vengo. También hay una sensación fuerte de direccionalidad. Por un lado, se siente estructuralmente la orientación de las fibras musculares, pero también hay cierto movimiento a lo largo de ellas, aun cuando el músculo esté en reposo. Se me ocurre que ese movimiento en el sentido de las fibras es el tono muscular, como pequeños, pequeñísimos, movimientos de contracción.

Al ir más profundo y atravesar la capa muscular, siento como si estuviera atravesando una madeja de hilo. Se sienten las fibras, aunque no cada una de ellas, sino como una textura, que en algunas zonas es más fácil de atravesar que en otras.

Proyectándome un poco más en profundidad, llego a la superficie de los huesos. Acá el cambio es notable. En principio, se perciben formas. La diferencia de dureza entre los huesos y los tejidos circundantes hace que note sus paredes, sus bordes y sus caras. Siento también la movilidad de los huesos, que cambian su configuración con los movimientos respiratorios. Esta movilidad estaba también antes, pero ahora es más definida. Me da la sensación de que la rigidez de los huesos extiende de alguna manera mi percepción en una tridimensionalidad. En los tejidos blandos la percepción

es en las cercanías de donde tengo el foco; cuando hay hueso, la forma del hueso extiende mi percepción hasta donde llega la costilla, como si mi percepción pudiera extenderse hacia los costados a lo largo del hueso. Ahora bien, aun percibiendo más la movilidad, siento también cierta “inmovilidad” de los huesos, en comparación con esa fluctuación constante que tenía en los tejidos blandos. La diferencia entre algo rígido y algo gelatinoso. Esta inmovilidad es claramente relativa y local.

Un paso más allá, y me adentro en el interior del hueso, y la sensación cambia apenas. Sigue habiendo rigidez, sigue habiendo movilidad amplia e inmovilidad local, y tridimensionalidad en los alcances de la percepción, pero ahora, a nivel muy pequeño, muy local adonde tengo el foco, hay una sensación de rugosidad, de astillas que se van desarmando a medida que avanzamos. Se me ocurre que son las trabéculas, aunque la sensación es muy suave. No es como una esponja dura, como una piedra pómez, sino como algo que se va desarmando, como si estuviera hundiendo el dedo en un chocolate aireado.

Sigo un poco en profundidad, hasta que esta sensación de esponjosidad semirrígida se pierde, y se pierde al mismo tiempo esta sensación de tridimensionalidad. Ya dejé atrás los huesos y estoy en la fascia endotorácica. Más allá de los huesos, la calidad de la escucha es distinta. Mi sensación ya no se extiende tan profunda, sino que se queda en un nivel cerca de donde tengo el foco de atención. Sin embargo, sí se extiende hacia los costados. Es como posar el dedo sobre una tela estirada: siento la tensión que se monta hacia los laterales. Cuando digo una tela estirada, exagero un poco para hacerlo entendible: la sensación es parecida, salvo que es como si la tela no estuviera tan estirada, y la tensión hacia los costados no fuera tan notoria. Más bien, algo de mi intención en profundidad se dispersa hacia los costados.

Voy un poco más allá, y hay un cambio difícil de describir. Sigue siendo como una tela estirada, pero distinta. Quizá más gruesa o no tan estirada, o quizás más finita y estirada. No encuentro las palabras para describirlo. Sí sé que la sensación es apenas distinta. Lo que es claramente diferente es su comportamiento: esta nueva tela se desliza en sí misma. Siento que no se mueve como una sola cosa, sino en capas. Lo que estoy sintiendo son las dos pleuras y el espacio interpleural, aunque no logro distinguir unos de otros. Las tres son como una sola cosa, salvo que se mueven diferente. El espacio interpleural, de hecho, ni siquiera lo percibo. Sé que está ahí porque estudié la anatomía, pero lo único que percibo es cierta movilidad diferencial entre las dos capas.

Cuando quiero ir un poco más profundo, extrañamente me cuesta pasar esa capa. Me cuesta más atravesar la capa de pleuras que lo que antes me costó la capa ósea, quizá porque estoy lejos de la superficie y me cuesta más mantener el control del foco. Una vez que la atravieso, todo se aquieta. Es

como el ojo de la tormenta. Todo ese temblor gelatinoso que venía sintiendo se esfuma. Estoy en un lugar que no entiendo. Es un espacio que no es un espacio, un líquido que no es un líquido, un ambiente gigante, vacío pero lleno. Pienso en esas cajas cuando nos envían un electrodoméstico, que están llenas de trozos de espuma de embalaje. Es esa sensación, la de mover la mano por dentro de esa caja llena de fragmentos de espuma que están ahí, pero pesan casi nada. Es el interior del pulmón.

Sigo hacia la profundidad, y atravieso ese espacio que parece no terminar nunca, apenas impregnado por la caricia del árbol bronquial, hasta encontrar la otra capa de pleuras como una pared repentina. Las atravieso, y estoy en una sustancia más densa que el espacio “vacío” que había dentro del pulmón, y, sin embargo, es más suelta, me deja pasar más fácil. Se me ocurre que es una capa de grasa en el mediastino.

Pero se acaba enseguida, y llego a otra membrana. No es como la fascia endotorácica o las pleuras que encontré antes. Esta tiene mucha más presencia. Es más densa, más tirante, más gruesa, y se mueve mucho. Es el pericardio. Se mueve con los latidos del corazón, pero en ningún momento pierde su firmeza y su tirantez.

Atravesar esta capa me cuesta mucho. Quizás porque está ahí para eso, para proteger el corazón, y todas sus propiedades se esmeran en no dejarme pasar. Sé que es mucho más estrecha que el espacio que tuve que atravesar a lo largo de todo el pulmón, pero tardo mucho más en atravesarla. Cuando lo logro, estoy en el corazón.

Si quiero asociar la sensación que percibo dentro del corazón, la imagen que más me viene a la mente es la de la lengua. Meter un dedo en una boca donde la lengua se mueve todo el tiempo (sin los dientes, claro). Pero es una lengua poderosa. La fuerza de cada latido es impresionante, y me llama la atención que no salga volando. Con cada movimiento, hay un vórtex de sangre que atraviesa las distintas cavidades, pero me cuesta sentirla. El músculo cardíaco se lleva toda la atención.

Ejemplo de escucha en abdomen

Pongo la mano en el abdomen. Igual que en el tórax, atravieso piel, grasa subcutánea, músculo. La capa muscular es aquí mucho más extensa y variada; las fibras y sus movimientos van cambiando de orientación a medida que voy más profundo.

Al pasar los músculos, llego al peritoneo, a su pared anterior. Es como

una bolsa de goma, como esas cintas de caucho que se usan para hacer ejercicios. La sensación del peritoneo es muy particular. Es como un globo, inflado, pero no demasiado. Está tirante, pero sin estar tirante, y creo que esta sensación se debe a que es una serosa (dos membranas separadas por una capa finísima de líquido, que funciona como una sola capa, pero que deslizan entre sí). Me quedo un poco en el peritoneo y recorro esa membrana a lo largo y a lo ancho, porque es un gran escenario para detectar tensiones lejanas, que vienen del tórax o de la pelvis.

Cuando por fin decido atravesar la pared peritoneal, encuentro el epiplón mayor, que se siente como un espacio lleno, sin tensiones, como un bizcochuelo mojado, aunque no está fijado en los bordes. Como pedazos de bizcochuelo mojado.

Al pasar el epiplón mayor, la cosa se complica. Se escuchan distintas cosas llegando desde distintas direcciones. Tengo que hacer un esfuerzo para quedarme en este nivel, porque la escucha se quiere ir en profundidad, como si no tuviera nada firme de dónde agarrarse.

A la izquierda y arriba puedo sentir el estómago. Es una bolsa llena de agua. Lo más llamativo del estómago son los bordes. Por un lado, hay unas cintas tirantes que lo sostienen: epiplones y mesos. Pero también hay algo que lo recorre por el borde superior y el inferior. Es como dos rutas lejanas llenas de autos vistas desde una montaña, o como si estuviera adornado con luces circulantes. Son las arterias cólica media, las gastrointestinales y las gástricas.

Un poco más abajo, siento el colon transversal. Es un tubo a la vez fibroso y blando que tiene una textura superficial muy resbaladiza.

Al centro y a la izquierda se notan movimientos grandes y lentos. Los movimientos tienen un circuito, pero no es una línea recta. Los pulsos doblan, van para arriba y para abajo, se pierden en la profundidad, reaparecen más allá. Es el intestino delgado con sus movimientos peristálticos. Es el movimiento más notorio sacando los de las arterias, que eran más definidos, pero más locales.

Si sigo el patrón de los movimientos de las asas intestinales, puedo sentir algo que las sostiene y tira de ellas y las mantiene en su lugar. Es el mesenterio. Parece estar vivo. Es como un animal, una medusa un tanto fibrosa, que se mueve lentamente en todas direcciones.

En algunas localizaciones, pueden notarse esfínteres (el cardias, la válvula ileocecal, el esfínter de Oddi). La sensación a la mano es la de una rotación tensional, aunque anatómicamente los esfínteres no realicen en realidad rotación, sino desplazamientos concéntricos y excéntricos. Se sienten también más duros, más densos, más calientes.

Si quiero notar patrones de tensión para hacer un diagnóstico, tengo que abstraer los movimientos peristálticos y circulatorios. Abstraerlos no necesariamente quiere decir sustraerlos mentalmente o dejar de sentirlos, sino más bien congelarlos. Noto dónde están y después en mi cabeza los fijo, como si fueran un almacén, y presto atención a lo que hay en los recovecos que me quedan.

Ejemplo de escucha amplia

A veces puedo poner la mano y no bajar a un plano específico, sino hacer una escucha amplia, con mucha profundidad de campo, que me permite tener una visión general pero no muy detallada. Si quisiera detalles, tendría que bajar al plano y focalizar.

Esta escucha amplia no es una escucha sincrónica. Está lejos de una imagen visual, donde al mirar un paisaje veo a la vez todos los objetos que lo componen, cercanos y lejanos. Es una escucha diacrónica como todas las escuchas táctiles, con sensaciones puntuales que se van sucediendo una detrás de la otra, pero la sucesión es más rápida que en una escucha localizada. La estrategia es similar a cuando miramos una tomografía en el monitor, y en vez de detenernos en una foto pasamos rápido de una a otra moviendo la rueda del mouse. La percepción reconstruye una imagen sincrónica a partir de las fotos diacrónicas.

A veces hago una escucha amplia como una primera aproximación ni bien me avecino al paciente, para tener una impresión a vuelo de pájaro. En general la uso cuando termino de aplicar alguna técnica y siento que el tejido libera, para comprobar si hubo además cambios de largo alcance. Por ejemplo, noto algo en el ligamento falciforme del hígado que me restringe el movimiento y tiene influencias más allá, en peritoneo y hasta pelvis. Ejecuto una técnica sobre el ligamento falciforme y noto que libera. Primero chequeo el movimiento del hígado para asegurarme de que ganó cierta libertad y luego hago una escucha amplia en abdomen y en pelvis para ver si noto algún cambio.

La característica particular de la escucha amplia son los timbres. Cuando estoy en cierto nivel de escucha, escucho distintas cosas. Las distingo, por un lado, por características como la textura y su posición espacial (si pongo mi mano sobre el ombligo, sé que eso sedoso pero pesado que me llega de arriba a la derecha es el hígado), pero además las distintas estructuras tienen distintos timbres. El timbre (que es un concepto robado del campo de lo auditivo) está en este caso determinado por la conformación del tejido

y por la distancia y configuración de los medios de sujeción. El epiplón mayor, por ejemplo, tiene un timbre muy definido. Cuando empiezo a bajar de plano y llego al epiplón mayor, lo reconozco enseguida, porque la sensación general me cambia. Lo mismo sucede con los pulmones: al llegar al plano de los pulmones todo se aquieta.

Cuando pongo la mano en el abdomen para hacer una escucha amplia y empiezo a escuchar y se me empieza a formar el esquema somático de lo que estoy escuchando, lo primero que llena el vacío representacional es la aorta, y quizás las arterias ilíacas si estoy más o menos sobre ellas, y enseguida después el hígado. El resto va apareciendo de a poco. El estómago aparece después que las arterias gástrica, gastrointestinal y cólica media, de manera que pareciera manifestarse primero el borde e irse llenando de a poco. La raíz del mesenterio aparece antes que el mesenterio mismo, y solo después aparece el intestino.

En una escucha amplia en el tórax, las costillas, el esternón y el corazón se muestran de manera casi instantánea, pero los pulmones aparecen inmediatamente después. Los músculos intercostales, extrañamente, aparecen todavía más tarde, aunque estén más superficiales y aunque ya haya percibido las costillas.

La secuencia jerárquica de aparición no está dada por profundidad ni por contigüidad, sino por los timbres. La aorta tiene un timbre muy definido, y el hígado también. Me gusta pensar que hay órganos o estructuras que son más extrovertidos, o que tienen más personalidad. Como si tuvieran un timbre de voz más llamativo.

Por supuesto, este orden de aparición solo sucede cuando hago una escucha amplia y rápida. Cuando bajo ordenadamente plano por plano, que es lo que hago casi todo el tiempo, las estructuras se van presentando de acuerdo con el plano y el foco en el que estoy.

Ejemplo de escucha de tejido que libera

Una de las cosas que se escuchan son los cambios que se producen por el tratamiento. Hay ocasiones en que la escucha y el tratamiento son momentos separados. Escuchamos por unos minutos, después inducimos por unos minutos. Hay veces que esos intervalos son mucho menores, y escuchamos, inducimos, escuchamos, inducimos, alternadamente. Y hay veces que la escucha y la inducción son simultáneas; escuchamos mientras inducimos e inducimos mientras escuchamos. En esos casos, la inducción produce un

cambio en el tejido, y ese cambio se percibe en la mano. Los osteópatas decimos que el tejido “se libera”.

GLOSARIO: INDUCCIÓN

INDUCCIÓN:

(1) En sentido lógico, inferencia de una conclusión general a partir de premisas particulares.

Ejemplo: Miguel se comió una tortilla y tuvo malestares estomacales.

Gabriel también se comió una tortilla y tuvo malestares estomacales.

Por tanto, la tortilla provoca malestares estomacales.

(2) En sentido de terapia manual, procedimiento terapéutico que influye sobre una estructura anatómica con el objetivo de lograr un efecto o una respuesta, sin adicionar energía cinética.

Esta liberación se escucha de una manera particular. Cuando se la explico a mi tía Fefe, me divierte decirle que es un movimiento falso. La sensación es que la mano se nos empieza a mover hacia un lado en particular o con una rotación determinada. La realidad es que nuestra mano no se mueve. Recuerdo los primeros años de estudio: estar escuchando, concentrado con los ojos cerrados, con la mano quieta posada sobre el cuerpo de algún compañero, y de pronto sentir ese movimiento clarísimo de mi mano comenzando una rotación que no termina nunca, o queriendo escaparse hacia uno de los lados. En ese momentoabría los ojos y veía mi mano que estaba quieta. No era una cuestión de sutileza, de que yo percibía un movimiento en la mano que en realidad era mínimo y no se llegaba a distinguir por la vista. No, señor, la sensación táctil parecía indicarme que mi mano se estaba desplazando varios centímetros. Más adelante, cuando esta situación se me hacía un poco más natural, disfrutaba de esta incongruencia sensitiva: era hipnótico abrir los ojos y tener simultáneamente la sensación visual de quietud y la sensación táctil de movimiento. Por esa incongruencia es que digo que la sensación de tejido que se libera es la de un movimiento falso, o un movimiento sin movimiento.

La descripción más habitual de cómo otros osteópatas definen esta liberación es como el aligeramiento de una tensión. Es la idea que se nos viene de manera inmediata: había algo tenso y ahora está menos tenso. Es una descripción de la realidad muy exacta, aunque existe un detalle particular. Supongamos que dos amigos sostienen una cuerda tensa frente a mí, tirando hacia ellos. Apoyo un dedo en el medio de la sogay siento la tensión.

Mis amigos aflojan la fuerza que hacen, y la tensión disminuye. Yo siento en el dedo que la tensión disminuye. ¿Cómo lo siento? Por un lado, siento en mi dedo que la resistencia perpendicular es menor. Y por otro, hay cierto movimiento de la sogá hacia el centro, porque las manos de mis amigos se acercaron entre sí, aunque sea milimétricamente.

Una representación similar es la que queremos aplicar cuando sentimos la liberación de tejido, y es el que usamos para explicarlo, pero creo que hay una diferencia fundamental. Cuando estoy en escucha y siento que el tejido se libera, siento una disminución de tensión, siento que la resistencia a la presión perpendicular disminuye y siento un pequeñísimo movimiento, pero ese movimiento es hacia *afuera*, hacia los extremos de dónde provenía la tensión, lo cual biomecánicamente no tiene ningún sentido. La biomecánica me dice que, si los extremos se alejan, hay un desplazamiento *centrífugo*, del centro hacia los extremos, y la tensión debe aumentar, y que, si los extremos se acercan, hay un desplazamiento *centrípeto*, desde los extremos hacia el centro, y la tensión debe disminuir.

Sin embargo, en la escucha, cuando el tejido se libera, hay un desplazamiento del centro hacia los extremos y la tensión disminuye. ¿Cómo puede ser? La razón es que lo que escuchamos no es en realidad el fenómeno biomecánico de una liberación de tensión elástica, sino otra cosa, pero la queremos hacer coincidir con ese modelo biomecánico que ya conocemos. Y necesitamos tanto hacerlo coincidir que no nos damos cuenta de que la dirección del movimiento es inversa a la esperada.

Alguien me comentó alguna vez que este fenómeno de la sensación de un movimiento centrípeto que acompaña a un alivio de la tensión podría tener una explicación mecánica si la disminución de la tensión no se produce por un acercamiento de los extremos, sino por un cambio en la composición del tejido, que se haría más elástico o menos consistente. Vale decir, estaría más relacionado con un cambio en la resistencia del material que con un cambio en la composición de fuerzas que actúan sobre él. En el ejemplo de la sogá, la disminución se produciría no por mis colegas aflojando la fuerza de tracción, sino que la modificación estaría en las características del material que compone la sogá. Es probable que algo de ese tenor sea lo que ocurre en nuestra aplicación clínica, donde nuestra inducción produce un cambio en la composición del tejido conectivo (incluyendo fascias, tendones, ligamentos, perimisisio, endomisisio y epimisisio) con un desplazamiento en el eje de densidad *gel/sol* más hacia el lado *sol*³⁵. Es decir, el tejido conectivo, de alguna manera y en un grado mínimo, se licúa.³⁶ No obstante, entiendo

35 Este fenómeno sucede porque algunos tipos de colágenos son tixotrópicos.

36 Esto podría explicar algunos casos, pero no todos. Hay veces que sabemos que lo que estamos percibiendo es una liberación de fijaciones y no un cambio en el material.

que aun en ese caso la dirección de movimiento que sentiría no podría ser hacia afuera, y, por lo tanto, el esquema dinámico que se me establece en las manos sigue siendo una representación cinética incongruente.

Esta inversión cinética es inconsecuente para la clínica, en realidad. Cuando digo que no nos damos cuenta, no es tan así. Sí nos damos cuenta. De hecho, yo me imagino ahora en mi cabeza la sensación de liberación de tejido y en mi imagen mental tengo incorporado el desplazamiento hacia afuera, como corresponde. El problema surge cuando quiero ponerlo en palabras. Ahí necesito traducir ese conocimiento procedimental (que para colmo de males es profundamente háptico) en un conocimiento declarativo, y es en ese paso que se produce la ambigüedad. Pero mientras quiera usarlo sin explicarlo, no hay ambigüedad.

Ejemplo de escucha de MRP

El paciente está recostado boca arriba en la camilla. Me siento en una silla a la cabecera. Apoyo mis manos en la camilla y poso la cabeza del paciente sobre ellas, de manera que la escama del occipital se pose sobre mis palmas y mis dedos. Extiendo mis pulgares hacia los costados, y los apoyo a los costados de los ojos, sobre las alas del esfenoides. Mis manos quedan conteniendo la cabeza del paciente. Mis dedos ejercen una presión mínima, la necesaria apenas para que mis dedos no se separen. Me proyecto apenas más allá de la piel, en la superficie de los huesos del cráneo. Discrimino todos los movimientos que me llegan a las manos y no me interesan: la respiración pulmonar, latidos de arterias craneales, movimientos que provienen del exterior o de mí mismo. Quiero sentir solo el movimiento de los huesos.

En algún momento, empiezo a sentir que el occipital y el esfenoides se mueven bajo mis dedos. Es un movimiento de muy baja velocidad y muy baja amplitud. Es tan lento y sutil que dudo si tiene existencia propia o lo estoy imaginando. Sé que aquí opera una paradoja: si me concentro e intento percibirlo, quizás lo pierda. De manera que me relajo y lo espero, hasta que empieza a manifestarse con más claridad. Lo sigo. Lo sigo con la intención, sin mover mis manos. A decir verdad, creo que la intención imprime cierto movimiento infinitesimal en mis manos que ayuda a seguirlo, pero si me muevo conscientemente intentando acompañarlo, quizás lo deje de sentir.

Al seguirlo me doy cuenta de dos cosas. Por un lado, el movimiento tiene un ritmo: va unos segundos en una dirección y luego otros segundos en la dirección contraria, y vuelve a empezar. Por otro lado, tiene una configuración: en el momento que el occipital va hacia un lado, las alas del esfenoides

van hacia el otro. Pareciera como si en uno de los ciclos del ritmo, mis pulgares tendieran a juntarse con mis otros dedos, y en el ciclo siguiente tendieran a separarse. Si miro mis manos, veo que no se mueven, o si lo hacen es un desplazamiento tan insignificante que mi vista no llega a distinguirlo.

Lo que estoy sintiendo es el movimiento respiratorio primario, la fluctuación rítmica del líquido cefalorraquídeo dentro del encéfalo, que imprime a los huesos del cráneo un movimiento particular. En el momento llamado inspir, cuando el líquido cefalorraquídeo sale del cuarto ventrículo y se distribuye por el espacio subaracnoideo, la escama del occipital se horizontaliza y el esfenoides rota hacia adelante, de manera que el ángulo de la articulación entre occipital y esfenoides (la sincondrosis esfeno-basilar, o SEB) disminuye, por lo que lo llamamos ‘flexión’ de la SEB. En el ciclo siguiente, el espir, los movimientos son contrarios, y el ángulo de la SEB aumenta, por lo que lo llamamos ‘extensión’ de la SEB.

Este ejemplo de escucha está idealizado con fines didácticos. La realidad es que en caso de disfunción puede variar, y producir ciclos de distinta duración (el inspir más largo que el espir o al revés), o desfasados entre el lado derecho y el izquierdo, o más amplios de un lado que en el otro, como consecuencia de toda una batería de disfunciones: torsiones, sides, compresiones, etc.

La fluctuación del LCR afecta todos los huesos del cráneo más el sacro, de manera que mi toma puede variar, y el resultado sería parecido. En vez de occipital y esfenoides, puedo tomar occipital y temporales, y notaré que en cada ciclo rotan en el mismo sentido (aunque en el temporal las rotaciones interna y externa son más notorias que la flexión y extensión, y en el occipital la flexo extensión es más notoria que las rotaciones). Puedo tomar esfenoides y frontal, y notar que rotan en sentidos contrarios. O puedo tomar occipital y sacro, y ver que rotan en el mismo sentido, aunque por la posición de mis manos lo que más noto es que cuando la escama del occipital desciende y se anterioriza, la base del sacro asciende y se posterioriza.

Ejemplo de escucha de still point

Un *still point* (punto quieto) es un fenómeno que puede suceder en algún momento de escucha. La definición es sencilla: venimos escuchando y siguiendo un ritmo, o varios ritmos superpuestos, y de pronto, todos los movimientos se aquietan. Por un instante, nada sucede. Parece que perdimos toda capacidad de percepción. El efecto dura unos instantes, hasta que todo vuelve a empezar. Los ritmos se reinstalan.

La importancia del *still point* es también tan fácil de definir como ambigua: se dice que, en el *still point*, algo pasa. Qué es lo que pasa depende un poco de la situación, de qué estemos haciendo, y de qué plano o ritmo estemos escuchando. Es, sencillamente, un punto de atención: acabo de percibir un *still point*, ergo, algo pasa.

EN EL STILL POINT, ALGO PASA.

Es difícil describir lo que sucede en el *still point*, porque la nada o la quietud se definen por la ausencia de características distintivas, y, por lo tanto, son casi impermeables a la descripción. Sin embargo, la sensación subjetiva que despierta en mi sensación me recuerda mucho a lo que sentí durante la percepción de un eclipse total de sol, e intentaré describir esta para entender aquella.

Estaba en el campo con unos amigos, específicamente para ver el eclipse. Era cerca del mediodía, un día despejado, y esperábamos con anticipación. Estábamos en el jardín, frente a un lago, cerca de un bosque. Había varios grupos de personas. El sol estaba alto, casi vertical, y veíamos cómo la luna parecía acercársele. Observamos a través de gafas especiales cómo la luna se movía lentamente para cubrir el sol. Podíamos notar, al mirar a través de las gafas, cómo faltaba un pedazo del círculo del sol, pero en cuanto nos quitábamos las gafas, todo el entorno parecía ordinario, como si no hubiera eclipse.

Pero de repente, todo se volvió oscuro. El círculo de la luna cubrió completamente el círculo del sol, y se hizo de noche. Oscureció y empezó a hacer frío. Los pájaros que volaban en bandadas se posaron. Se hizo silencio. La gente a nuestro alrededor se quedó quieta y callada, pero también la naturaleza. Ruidos que antes estaban, pero a los que no les habíamos prestado atención (perros lejanos ladrando, aves, patos), todos desaparecieron. Era como si el mundo entero hiciera una pausa por un momento.

Esto duró un rato, probablemente menos de un minuto. Gradualmente, el sol comenzó a mostrarse detrás de los lados de la luna, y la luz y el calor del día regresaron. Al hacerse de noche, la oscuridad había aparecido de inmediato, pero ahora la luz, el calor, el movimiento y el sonido empezaron de a poco. Solo en apariencia, por supuesto, porque la velocidad del círculo de la luna al entrar y salir debió haber sido la misma.

También me quedó esta sensación: el mundo está en agitación constante, pero basta que todos nos pongamos de acuerdo (incluidos los perros y

los pájaros) para callarnos y aquietarnos por un instante, y esa quietud se muestra.

Algo de eso hay en el *still point*. De repente, todo se calma. Nada sucede. Sabemos que allá arriba o allá atrás algo pasa, que todo va a volver. No hay sensación de final, sino de pausa.

Quisiera hacer una salvedad antes de que sea tarde: la anécdota del eclipse no intenta comparar un *still point* con un eclipse. Mi único propósito es evocar la sensación de aquietamiento que sentí en ese momento, que incluye silencio, estupor, embriaguez y la insólita confabulación de toda la naturaleza. En ese momento sucedió un *still point*, no por alguna propiedad de la alineación de los astros, sino porque estábamos todos pasmados. Quizás hubiera debido buscar un ejemplo más cotidiano, porque el fenómeno “eclipse” es demasiado extraordinario y se lleva toda la atención.

Lo bueno de ese ejemplo es que transmite la idea de que el *still point* no es algo que se percibe en alguna posición específica, sino algo en lo que uno está inmerso. El *still point* nos rodea.

Las palabras a veces son tiranas, y es fácil perderse entre los conceptos de *still point* y de Quietud, aunque refieren a cosas completamente distintas.

Como dice Rollin Becker, hay trillones de *still points*, pero una sola Quietud.

El *still point* es temporal. Todo se detiene, como durante el eclipse, pero hay un movimiento en potencia que sabemos que en cualquier momento se despierta. Sigue habiendo un movimiento, aunque no lo vemos. La Quietud, en cambio, no es temporal. La quietud está siempre.

Un *still point* es algo que sucede. La Quietud es algo que es.

El *still point* se percibe cuando todo cesa. La Quietud se percibe en medio de la agitación, y sin agitación no hay quietud.

Hace un par de capítulos, para transmitir la idea de la Quietud, usamos la metáfora de las olas. Dijimos que la quietud se muestra en el agua que se queda quieta mientras la ola del mar pasa, o en la ola que se queda quieta mientras el agua del río pasa. Si intentáramos ahora diseñar una metáfora relacionada para el *still point*, diríamos que el *still point* es la repentina ausencia de olas. La única situación real de la que tengo noticias cuando esto sucede, es justo antes de algunos tsunamis, en los que el agua se retira de la orilla y todo se aquietta por unos segundos. Si lo llevamos al organismo, se podría pensar algo de esta índole: el *still point* es un indicador de tsunami inminente. A esta altura, es evidente que la metáfora se nos fue de las manos, pero, así y todo, nos deja una enseñanza: la locución habitual de que en

el *still point* “algo pasa” no es del todo exacta. Más correcto sería decir que, cuando sucede el *still point*, “algo está por pasar”.

**CUANDO SUCEDE EL STILL POINT,
ALGO ESTÁ POR PASAR.**

Aclaración

De los doce niveles, los primeros y los últimos niveles son los más difíciles de poner en palabras.

En los primeros, la sensación es tan arcaica, está tan arraigada y hundida en lo inconsciente, que nos resulta imposible explicarla. ¿Cómo explicar lo que siento cuando siento una temperatura o una textura? ¿Cómo explicar la diferencia en la percepción entre calor o frío? ¿O entre áspero y rugoso?

En los últimos, sobre todo en los que refieren al cuerpo fluido o las mareas, la dificultad es similar, pero por el fenómeno inverso. Para fijar mi atención en un nivel de sensopercepción determinado, debo discriminar los niveles inferiores. Para sentir la textura, necesito discriminar la temperatura, lo cual no quiere decir dejar de sentirla, sino prestar atención a otra cosa. Para sentir los huesos o los músculos tengo que discriminar la piel: discrimino primero la textura, después la turgencia y la dureza.

Para sentir el MRP, por ejemplo, es necesario discriminar (dejar de presentar en la consciencia) la respiración diafragmática. En cierta forma, cuando voy discriminando niveles, necesito ir discriminando los diferentes ritmos. La marea larga es lo que está más allá de todos los ritmos. Hay, en realidad, un ritmo, pero es tan lento (con ciclos de 100 segundos) que se percibe como una expansión sin ritmo. La sensación es tan inusitada, es tan lejana de la sensación cotidiana, que no podría expresarla sin acudir a metáforas crípticas o antojadizas.

Ya explicaremos las razones de esta dificultad cuando hablemos del fenómeno de encapsulación de conocimientos. Por ahora, me gustaría que quedase claro que la escucha habitual en la práctica clínica es mucho menos concreta que en estos ejemplos, y está menos anclada en objetos y fenómenos cotidianos que en sensaciones inconscientes, visualizaciones y metáforas.

En la clínica cotidiana, el proceso de escucha suele ser a la vez más sofisticado y más simple. La escucha me da a un mismo tiempo un panorama global y detalles específicos, y puedo abrir y cerrar el campo a discreción. Puedo escuchar específicamente un órgano, o dirigir la atención a un mayor detalle, a una parte de ese órgano, o al movimiento sagital de esa parte de ese órgano, o al ritmo de ese movimiento, o a las variaciones de ese ritmo.

La sensación inteligible es a veces metafórica, metonímica o directamente sinestésica, y puede cambiar de acuerdo con la personalidad de cada osteópata o con los modelos que adquirió, o incluso para el mismo osteópata en distintos momentos. A veces siento que un tejido que “libera” es como manteca que se derrite, y a veces que los órganos de alrededor se acercan como a apuntalar o a contener. La sensación o interpretación inteligible depende del modelo que uso como apoyo. A veces proyecto un modelo de corrientes marinas, a veces un modelo sencillamente anatómico (y percibo órganos o músculos), a veces energías o colores o densidades. Un osteópata amigo afirma que puede percibir colores distintos, pero que no son ningún color en particular.

Estos ejemplos están simplificados para no meternos en una anatomía demasiado avanzada. En la realidad la escucha nos muestra muchas otras cosas además de los órganos. En el cráneo, por ejemplo, para sentir solo el MRP necesito discriminar algunas estructuras que adoran mostrarse: la hoz del cerebro y sus posibles torsiones, la apófisis crista galli, el nervio trigémino, las suturas occipitomastoideas, otras suturas. Con la intención, decido dirigir mi atención a líquidos, membranas o huesos. Puedo focalizar en el desplazamiento de la piel y de los distintos planos de fascia unos sobre otros, o en la palpación de forma, posición y movimiento de algún hueso, o en cicatrices, fibrosis y adherencias, o en presencia de inflamación, o en distintos parámetros de las fibras musculares: textura en profundidad, tono, masa muscular, contracturas, cortedad, deslizamiento. En la zona del abdomen existen infinidad de estructuras y entidades que fluctúan por el campo de atención: la transcavidad de los epiplones, movimientos de líquidos, las fascias, nervios, epineuro, músculos, ligamentos, medios de unión, epiplones, mesos.

Algo que no es tan sutil son las arterias que tienen latido, sobre todo las arterias grandes. En el abdomen, la aorta tiene una presencia patente, pero también las braquiales, las carótidas y las ilíacas. Casi podría decir que cuando uno va en profundidad y necesita discriminar ciertos estímulos para poder escuchar otros, una de las cosas que primero tiene que discriminar -después de los huesos- son las arterias.

Puedo concentrar mi atención en una porción pequeñísima de la realidad, pero la atención periférica tiene mucho peso. Por ejemplo, parte de la

atención periférica está en la respiración del paciente, porque todo cambio de ritmo o amplitud es significativo. En muchas técnicas de inducción, por ejemplo, los cambios producidos en el tejido están puntuados por cambios en la respiración, de manera que uno de los signos que indican que puedo finalizar una técnica es cuando detecto algún evento en la respiración del paciente, sea un suspiro, una inspiración más profunda, o la instalación de una respiración parasimpática.

Otra parte de la atención periférica está en los latidos del corazón y sus variaciones. Otra parte, en los pulsos circulatorios contiguos a donde tengo mi mano (la respiración pulmonar y los latidos del corazón pueden sentirse en cualquier parte del cuerpo, pero el pulso de las arterias tiene un alcance más local). Con una mano apoyada alrededor del ombligo, en el mejor de los casos podré sentir la aorta, las mesentéricas, la esplácnica, las gastroepiploicas y no muchas más. Parte de mi atención está en los pulsos que llegue a sentir. Parte de mi atención está en la relación temporal de los latidos del corazón y esos pulsos, otra parte puede estar en el MRP, y otra más puede llegar a estar en el esquema tensional.

Por todo eso, las instancias reales de escucha se desenvuelven de manera bastante distinta a los ejemplos simplificados que mostramos aquí. Pero no nos adelantemos. Tengamos en cuenta que la escucha es a la vez un proceso, un estado y un acto, y recién estamos en la sensación, que es la primera de tres fases de la escucha en tanto proceso.



LA ESCUCHA COMO PROCESO 2: PERCEPCIÓN

9. La fase de percepción

La fase de percepción es la intermedia entre el mecanismo de sensación, puramente sensitivo, y la cognición, donde los datos recibidos se organizan.

GLOSARIO: PERCIBIR

PERCIBIR: Obtener información acerca de aspectos físicos (ya sea del mundo circundante o del propio cuerpo) mediante sensores anatómicos.

En esta sección vamos a empezar hablando de qué es lo que sucede en la fase de percepción, y de algunas propiedades que acrecientan la capacidad de escucha. Luego hablaremos de los conceptos de sinestesia y soma, dos conceptos claves para entender lo que sucede en la escucha y que la invisten de propiedades idiosincráticas. Por último, introduciremos el concepto de fusión somática, que es la característica fundamental de la escucha, y la que la establece como un mecanismo particular de la osteopatía para hacer diagnóstico, a la vez que cataliza una parte importante del tratamiento.

La fase de percepción proporciona un agrupamiento de estímulos en entidades (una ontologización).

GLOSARIO: ENTIDAD

ENTIDAD: Una entidad es algo que existe y que es identificable. Para que algo sea considerado una entidad debe cumplir dos condiciones: poseer cierta unidad intrínseca (debe poder ser considerada una sola cosa) y mostrar algún rasgo que la diferencia del entorno. Un montón de sal metido en otro montón de sal más grande no es una entidad, a menos que detente alguna diferencia con el resto. Por ejemplo, un montón de sal húmeda metido en otro montón de sal seca sí podría considerarse una entidad. En general, una entidad es cualquier ente al que le podría asignar una etiqueta que lo identifique. En el ejemplo dado, si yo digo "el montón de azúcar húmeda", quien me oye puede deducir a qué me refiero.

La primera fase de la escucha, la sensación, nos provee estímulos según las variables de temperatura, turgencia, dureza, tensión, textura, elasticidad, vibración, traslación, ritmo, cadencia y amplitud de movimiento, donde cada valor está referido a una posición específica de la representación tridimensional del escenario sentido. Todos estos datos conforman lo que Fulkerson llama *propiedades intensivas*: aquellas que varían a lo largo de una sola dimensión. En la segunda fase, la percepción, una evaluación y comparación entre esas distintas variables permite definir entidades: una variación de dureza permite inferir un borde, un co-movimiento de regiones adyacentes sugiere conjeturar una unidad operativa, una vibración homogénea en una región contenida y diferenciada del espacio circundante sugiere una unidad ontológica. Deduciendo bordes y regiones espaciales que operan unívocamente, se infieren las entidades sensopercebidas. Este procesamiento me permite, por ejemplo, identificar la clavícula y separarla del entorno al posar la mano sobre el hombro, gracias a variaciones topológicas de dureza (que es diferente entre el hueso y los tejidos blandos que lo rodean) y al co-movimiento de sus partes (que me permite no solo amalgamarla como una sola entidad, sino también separarla del esternón y del omóplato, que, si bien son adyacentes y de una dureza similar, no siguen sus movimientos).

En la fase de percepción, el conjunto de entidades determinadas se modeliza de acuerdo con una localización egocéntrica, es decir, no el lugar objetivo que ocupan en el espacio tridimensional, sino la ubicación en relación con el punto de proyección de la atención (yo mismo).

En resumen, la fase de percepción recibe de la fase de sensación un esquema proximal de propiedades intensivas topolocalizadas, modula entre ellas esas propiedades intensivas para poder determinar entidades con sus identidades, luego egolocaliza esas entidades, y termina produciendo un esquema distal de entidades identificadas, resaltando aquellas que presentan alguna desviación respecto de lo esperado.

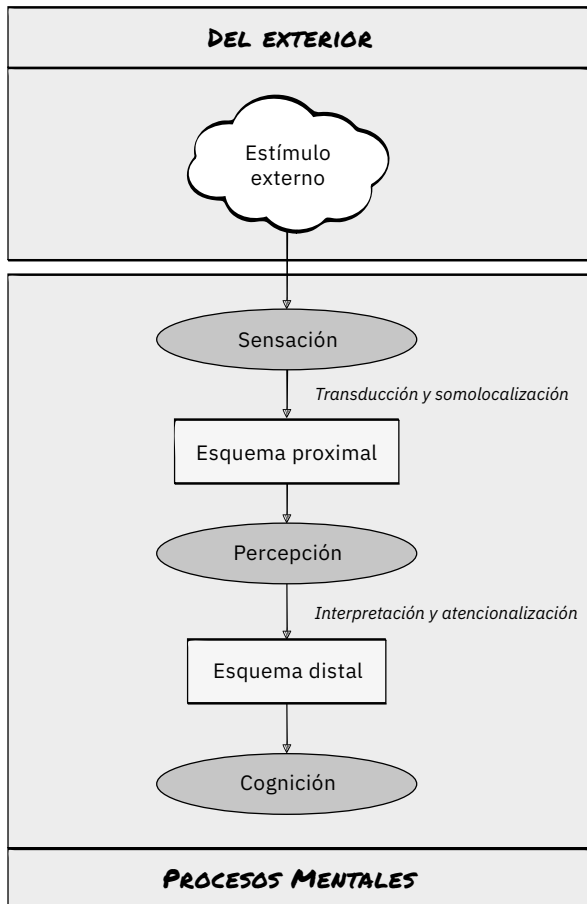
El proceso perceptivo en general

La función de la percepción es dilucidar los estímulos distales a partir de la información extraída de los estímulos proximales, es decir, en un ejemplo tomado de la vista, derivar un árbol a partir de colores, intensidades de luz y formas que ya fueron ubicadas topológicamente. Un solo estímulo proximal no es suficiente para la determinación del estímulo distal, sino que hacen falta mecanismos que trasciendan la categoría lógica de la recepción proximal y puedan establecer relaciones entre distintos estímulos. Existen dos

mecanismos de este estilo en las áreas de proyección cortical: la integración de los impulsos nerviosos procedentes de un conjunto de receptores (en general similares y contiguos), y la interacción de unas áreas sensoriales con otras, incluso de distintos sentidos.

GLOSARIO: PERCEPCIÓN

PERCEPCIÓN: En el contexto de este trabajo, la segunda fase de la sensopercepción, entre la sensación y la cognición. La fase en la que, a partir de los estímulos egolocalizados en la sensación, se determinan entidades (identificación) y desviaciones de lo esperado (atencionalización). Es donde sucede el "what processing".



La percepción se aprende y se entrena. El infante recibe en un principio ondas luminosas que no le significan nada, y debe aprender que esa configuración de ondas de distintas amplitudes y frecuencias, ordenadas según un orden particular, representan un árbol. Esa traducción [**colores + intensidades + disposiciones** -> árbol] luego se automatiza. Mucho antes de empezar a hablar o entender la palabra hablada, reconocemos objetos sin necesidad de hacer una traducción consciente. Esta habilidad adquirida se va entrenando a lo largo de los años, estableciendo su dimensión de facilidad de acuerdo con nuestros hábitos, de manera que, dependiendo de las actividades habituales, podemos identificar árboles a mayor o menor distancia, identificar el tipo de árbol sin mediación consciente, o diferenciar con mayor o menor dificultad un árbol de otras figuras parecidas. El entrenamiento puede, incluso, establecer diferencias más significativas. Yo quizás pueda reconocer un árbol recortado en medio de un monte de arbustos, pero un aficionado reconoce un roble y su antigüedad, y un experto versado quizás vea si es roble de Brasil o de Europa, y si estuvo cuidado durante su desarrollo o abandonado a las vicisitudes meteorológicas.

Lo que hace ese entrenamiento es crear y mantener en memoria los resultados de procesamiento identificatorios anteriores, en lo que llamo un “mapa ontológico”. Este mapa cumple una función similar al mapa topológico, en el sentido que compara la información percibida con información en memoria para detectar patrones y permitir un procesamiento rápido. La diferencia básica entre ambos es su función. En el mapa ontológico, la función no es ubicar topológicamente los distintos estímulos, sino determinar bordes, movimientos absolutos y relativos, cohesiones, granularidades, y, como resultado final de todas esas variables, entidades con sus identidades. La percepción determina qué objetos representan los distintos estímulos y dónde empiezan y dónde terminan las entidades percibidas.

GLOSARIO: MAPA ONTOLÓGICO

MAPA ONTOLÓGICO: Conjunto organizado de información en memoria que permite predecir, gracias a reconocimiento de patrones, la unidad e identidad de entidades a partir de estímulos recibidos, y que completa (o suplanta) al procesamiento deductivo.

La primera vez que intentamos una escucha corporal, siempre y cuando no tengamos experiencia en alguna otra actividad relacionada con el cuerpo, nuestro aparato de traducción está casi tan desierto como cuando éramos bebés, y tenemos que aprender casi de cero. Si ponemos una mano en el abdomen, reconocemos solamente las impresiones a las que estamos acostumbrados: los latidos del corazón, los movimientos respiratorios y los ruidos hidroaéreos. De a poco vamos logrando percibir más detalles y podemos identificarlos gracias a nuestro conocimiento del cuerpo humano: esa pulsación debe ser la sangre circulando por la aorta, ese camino que parecen delinear los movimientos peristálticos debe seguir el recorrido del intestino, eso que se siente así o así deben ser los movimientos del hígado. No solo recibimos más información, sino que además podemos empezar a interpretarla, lo que nos permite discernir y definir. En algún momento, ya no sentimos esos movimientos así o así, sino directamente el hígado, lo que quiere decir que en nuestro mapa ontológico proximal/distal ya tenemos una referencia para el concepto “hígado” y ya no necesitamos andar deduciendo su identidad porque el reconocimiento es automático. De la misma manera, vemos un árbol sin necesidad de razonar, ni deliberada ni conscientemente, a partir de las propiedades intensivas. No pienso que estoy viendo verdes y marrones agrupados de determinada manera y con movimientos acotados y pulsátiles, de manera que deduzco que debo estar viendo un árbol. Ese procesamiento no sucede. Todo se reduce a un único paso: veo un árbol.

La práctica continuada irá agregando referencias al mapa, y lo hará más y más preciso: sentiremos directamente la forma del hígado, o las peculiaridades de su movimiento; este hígado en particular con todas sus idiosincrasias.

Este aprendizaje y posterior entrenamiento significan que voy cartografiando en mi memoria el cuerpo tal como lo percibo, y la función de la percepción es comparar el esquema proximal transducido que le envía la sensación con el mapa ontológico existente en memoria, y desde esa comparación, racionalizando las variaciones circunstanciales, armar una representación distal que luego enviará a la cognición. También, en un segundo momento, ajustará el mapa ontológico con las variaciones, para que la próxima vez el procesamiento necesario para la racionalización sea menor.

Hay que tener en cuenta que la formación del mapa ontológico es un aprendizaje bayesiano, de manera que la práctica por sí sola no es suficiente, sino que hace falta una base gnoseológica conceptual. El mapa ontológico mapea los estímulos recibidos en la sensación, basándose en las peculiaridades de las estructuras anatómicas a identificar y de sus posibles

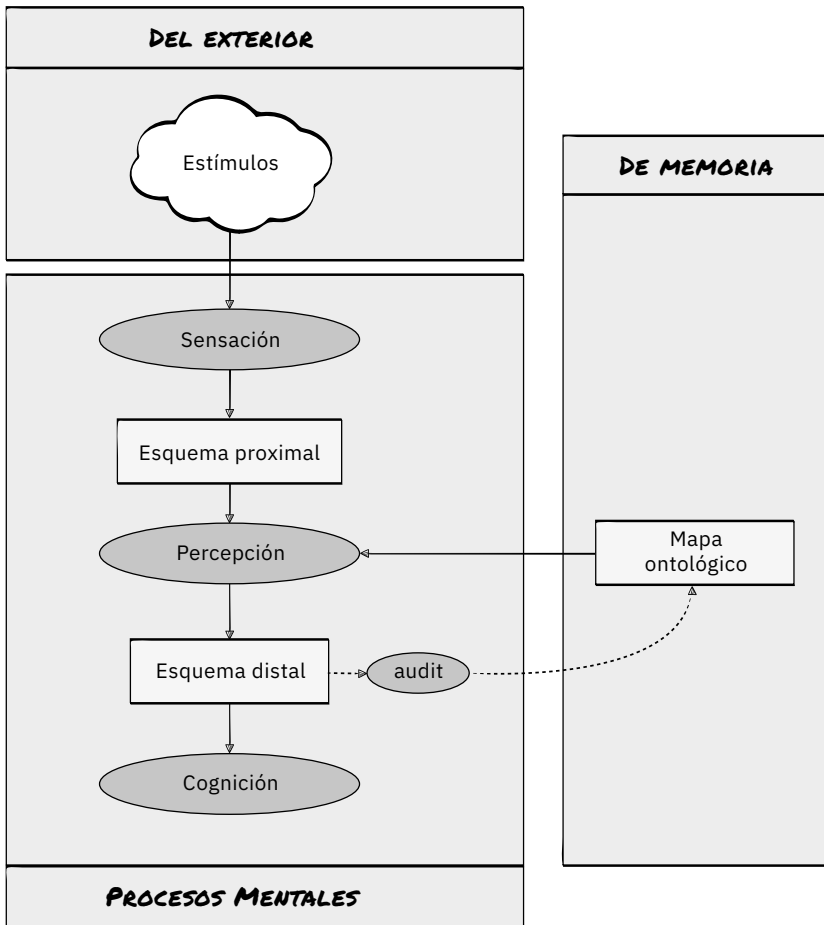
movimientos. Por lo tanto, la exactitud y operatividad del mapa dependen no solo de la práctica sensorceptiva, sino también de los conocimientos de anatomía y de biomecánica que se posean. El osteópata debe ser un experto en las estructuras del organismo, y conocer en detalle las partes del cuerpo, las partes de las partes, sus relaciones, sus aglomeraciones, sus ejes de movilidad, sus capacidades de movimientos inherentes.

Es fundamental conocer la anatomía al dedillo, a un nivel de detalle insensato. No solo, por ejemplo, la ubicación del hígado, sino todas las variaciones posibles, sus medios de fijación, los lóbulos y sus configuraciones, los tipos de tejido, la dirección de las fibras en cada sección, la dirección e intensidad de movimientos y tensiones en cada región del hígado, las turgencias, los hilios, las formas de sentirlo de acuerdo a los tejidos mediadores necesarios, e incluso el peso.

Si pensamos en algún músculo en vez del hígado, debemos conocer sus orígenes e inserciones, los tamaños de los tendones, las zonas de transición, las distintas orientaciones de las fibras musculares, los compartimentos, los lugares por donde bordean (o ingresan) nervios y vasos, las regiones y direcciones de las fibras de Sharpey.

Los grandes osteópatas que conozco miran el Netter todos los días, y de vez en cuando el Kapandji, el Acland, los videos de Anatomie 3D de la Universidad de Lyon o algún atlas anatómico digital.

No por nada Still decía que la osteopatía es anatomía, anatomía y anatomía.



En cuanto al mapa ontológico, en la fase de sensación ocurría un proceso similar: recibíamos unos estímulos que teníamos que procesar, recuperábamos de memoria un mapa – en el que, en instancias previas de sensopercepción, fuimos anotando referencias anteriores–, comparábamos el input con el mapa, calculábamos las diferencias, producíamos un output, y luego ajustábamos el mapa para un uso futuro. Gran parte de los procesos lógicos naturales funcionan por comparación y dejan el procesamiento solo para las variaciones locales. En el caso de la sensación, íbamos ubicando los estímulos aprehendidos aisladamente en un esquema ordenado, ayudándonos por un mapa topológico. No había más que eso, no había interpretación, ni reconocimiento, ni juicio. Y, por supuesto, no había tampoco consciencia.

En la fase de percepción, la superposición del input con el mapa ontológico apenas golpea las puertas de la consciencia. Estoy tentado de decir que todo el procesamiento es inconsciente, pero no sería exacto; aquí y allá hay segmentos que la consciencia llega a atisbar. Sin embargo, no hay ni juicio intelectual ni tampoco intencionalidad; esas diligencias van a venir recién en la fase de cognición.

Al superponer el input con el mapa, se logran rápidamente dos cosas: allí donde las estructuras coinciden, podemos establecer una identificación; allí donde divergen, podemos señalar un punto de atención. Por ejemplo, digamos que en cierta sección tridimensional los estímulos que recibimos coinciden con la referencia “hígado” en el mapa ontológico, pero en el extremo izquierdo la entidad representada en el input se extiende un poco más allá. Entonces decimos “eso es el hígado, pero en el extremo izquierdo hay algo raro”. Identificamos y señalamos un punto de atención.

Este proceso es particularmente notorio en los patrones tensionales. Las tensiones existen normalmente. Lo que nos llama la atención no es que encontremos una tensión, sino que encontramos una tensión diferente. Por eso hace falta este segundo paso de percepción. La sensación nos muestra los patrones tensionales existentes, y luego la percepción los compara con los patrones tensionales esperables. Cuando la escucha “nos lleva” a una zona o a un órgano, es en realidad en este segundo paso conceptual. Es la percepción la que nos marca las variaciones y nos lleva hacia allí.

Como dice Caroline Stone:

Por lo tanto, se sentirá “atraído” por el área principal de disfunción en el cuerpo al “escuchar” estos “tirones atraentes”. Si hay algunas áreas de disfunción, la dirección de los tirones y hacia dónde conducen pueden volverse un poco confusos, por lo que el osteópata «escucha» en varios puntos y gradualmente «afina» la posición de los diversos sitios de tensión.

(C. Stone, The Science and Art of Osteopathy)

Voy a tratar de ilustrarlo con un ejemplo que no es propio de la escucha sino ambientado en una escena de la vida cotidiana. Supongamos que estoy sentado en una estación de tren, hay gente yendo y viniendo, trenes que entran y salen, y leo el diario. Mi atención está en las palabras del artículo que estoy leyendo, y en las asociaciones que suceden en mi mente tratando de entender y de asimilar la información nueva que aprehendo. Sin embargo, tengo cierta especie de atención periférica que indirectamente me mantiene

informado del mundo alrededor mío, no solo en intensidad sino también topológicamente. Desde donde estoy, sé dónde hay cosas que me circundan, aun si no reconozco qué son. Sé, sin levantar la vista, que hay una persona tres metros a mi izquierda. No sé si es hombre o mujer, joven o viejo, viajante o policía, pero sé que está ahí. Y no solo tengo presencia borrosa de las cosas, sino que también tengo incorporados sus movimientos. Si la persona en cuestión empezara a caminar, yo lo notaría, aunque no le esté prestando atención.

Sigo leyendo el diario, y no tengo consciencia directa de las cosas que cambian de posición a mi alrededor. De pronto, varias personas pasan corriendo frente a mí, y entonces levanto la cabeza para mirar qué sucedió. No hubo juicio ahí todavía. No hice especulaciones de qué pudo haber ocurrido. Simplemente, yo podía leer los movimientos circundantes porque las imágenes y sonidos que me llegaban eran coherentes con un escenario mental de escenarios esperables, y la corrida inusual fue una desviación de ese modelo. La anomalía me llamó la atención y saqué los ojos del diario. Es lo que llamamos una interrupción atencional. A partir de ahí, tomará la posta la cognición, intentando averiguar qué pasó, mirando más en detalle acá o allá, haciendo deducciones, quizás entablando alguna conversación con las personas vecinas.

Este es el fenómeno de atención periférica que mencionamos en el capítulo 7, pero allí nos concentramos en la ceguera inatencional del entorno, lo cual nos permitía aumentar la sensibilidad en la región en foco, es decir, el soma del paciente. Aquí hay como una reducción del alcance de la zona de atención periférica, determinando una región que no es ni central ni periférica donde hay una condensación de la atención, lo que suscita una capacidad aumentada de interrupción atencional.

En resumen: en la escucha hay una variación en la distribución de atención periférica, que converge en el cuerpo del otro. De esta manera, suceden dos cosas. Por un lado, el entorno circundante -lo que está fuera de los cuerpos del paciente y el terapeuta- entra en una zona de ceguera inatencional, y nada de lo que suceda en esa región llega a mi percepción. Por otro, el entorno interno a los cuerpos se convierte en una zona de hipersensibilidad atencional, con lo cual las variaciones son rápidamente detectadas.

De esta manera, las figuras predominantes en la fase de percepción son tres: identificación (de entidades e identidades), atencionalización (regiones o procesos del cuerpo que ameritan una atención especial) y egolocalización (el armado de un esquema tridimensional).

Quiero que quede claro que la percepción no es una actividad intelectual, aunque es más o menos consciente y se desarrolla en regiones corticales. Las que se ocupan de proyectar el mapa, mantener una atención

periférica vigilante, detectar la desviación y disparar la respuesta de prestar atención son algunas estructuras del cerebro y del mesencéfalo, pero no hay procesamiento centralizado; todavía no hay un esfuerzo consciente por entender qué fue lo que causó ese estímulo que acabamos de percibir.

10. Sinestesia y soma

La teoría del cuerpo ya es una teoría de la percepción.

M. Merleau-Ponty

Sinestesia

Al igual que en el ejemplo de la letra trazada con un dedo en la espalda, el esquema tridimensional que armo a partir de los estímulos táctiles es siempre visual, porque no se puede hablar de lo táctil. Lo táctil en sí mismo es inefable, informe, oscuro, visceral. Lo táctil no se analiza ni se deduce; se vive.

Para hablar de lo táctil tengo que depredar imágenes de los otros sentidos. El proceso mismo de escucha lo narro con términos robados del entorno auditivo: escuchar, diálogo, hablar, interrumpir, pedir permiso, agradecer. De la misma manera, las metáforas que uso para hablar de las entidades y propiedades sensopercibidas son visuales: focalizar, tridimensional, gran angular, perspectiva, punto de vista, profundidad de campo, nítido, borroso, aparecer, mostrarse.

El tipo de imagen que me apropio en cada caso no es casual. Lo visual les da a las sensaciones táctiles una configuración espacial y topológica. A través de la visión, vemos los objetos no solo ubicados en el espacio, sino que también reconocemos las relaciones posicionales entre ellos. No hay un análogo táctil de esta capacidad. Los estímulos táctiles carecen en sí mismos de representación espacial. Si quiero localizar o asignar una morfología a un conjunto de estímulos táctiles, necesito información cinestésica, tengo que hacer una exploración háptica, y para eso debo involucrar a mis propioceptores. Necesito moverme, experimentar el desplazamiento a través del espacio. No hay manera de transmitir por la palabra esta configuración espacial; solo puedo aproximarla usando imágenes prestadas de la vista, que me permite aprehender el espacio gracias a sus propiedades de perspectiva y visión estereoscópica. Sin mover mis manos, el análisis topológico que puedo hacer mediante el tacto es tan limitado que no puedo decidir ni siquiera

la unidad de lo que estoy tocando. (¿Esto que toco es una sola cosa? No lo puedo saber a menos que me permitan manipular eso; para decidir necesito seguir sus bordes o rodearlo con mis dedos).

De la misma manera, lo auditivo les da a las sensaciones táctiles una configuración temporal y causal. Así como no tienen espacio, los estímulos táctiles no tienen temporalidad; el sentido del tiempo lo introduzco también mediante la exploración: toco esto y *luego* toco aquello. La limitación propia del tacto que es la exclusividad (solo puedo tocar una cosa a la vez) impide asignar relaciones de correlatividad o valores causales.

De la misma manera que para entender la letra que me trazaban en la espalda tenía que traducir los estímulos táctiles sucesivos en un bosquejo visual simultáneo, el esquema corporal que armo en la escucha debe ser visual. Esta intertraducción e interacción de impulsos táctiles a visuales es un caso especial de sinestesia.

La sinestesia es una naturaleza superior de la sensopercepción, donde estímulos captados por uno de los sentidos son capaces de suscitar experiencias fenoménicas relativas a otro sentido. En los ejemplos extremos de la literatura de ficción, suele proponerse como escuchar un color, saborear una melodía o sentir la textura de un gusto, aunque existen casos menos espectaculares y más cotidianos. Por ejemplo, con solo ver un objeto, puedo predecir su textura. La vista en ese caso produce una sinestesia táctil, y las áreas de corteza somatosensoriales táctiles se activan en modo simulación. En este caso, por supuesto, es el tacto el que define. Si la vista me sugiere una textura y el tocarlo otra, me quedo con el tacto. Aun si puede ser deducida mediante la vista, la textura es una propiedad táctil.

GLOSARIO: SINESTESIA

SINESTESIA: Experimentar sensaciones correspondientes a uno de los sentidos según otro de ellos, como cuando la percepción de determinado sonido induce la visualización de un color.

En la escucha, para entender el mundo circundante alcanzado por mi sensación táctil, necesito generar una sinestesia háptico-óptica que me permita localizar las estructuras percibidas espacialmente entre ellas y con respecto a mí mismo. Esta sinestesia, por supuesto, no es real, sino una simulación; no *veo* el modelo del objeto tocado, sino que lo *imagino*.

De esta manera, en el proceso de escucha genero una imagen tridimensional de un modo similar al que lo hace un tomógrafo. Voy escuchando

porciones tisulares, moviendo la mano o el foco a distintas posiciones y distintos planos, y voy aglutinándolas y armando un collage. Me imagino el almacén tridimensional y todo lo que lo llena. La sensación en la escucha es táctil, pero es sinestésica, y se transforma inmediatamente en un modelo visual.

Así y todo, este modelo tiene algunas diferencias con un esquema que fuera puramente visual. En primer lugar, la perspectiva no tiene el punto de fuga en los ojos, sino en las manos, lo cual produce ciertas manifestaciones particulares de paralaje: al desplazarme dentro del esquema, los objetos se desplazan angular y no linealmente, y así los objetos lejanos parecen moverse más que los cercanos.

Por otro lado, este modelo no es estático, ya que, al estar formado por percepciones de movimientos, cada una de sus partes está en movimiento. Es un esquema vivo, móvil, no está nunca en reposo.

Por otra parte, el esquema corporal no es realista, sino anisotrópico (Lederman & Klatzky, 2009): la proporción de las partes del esquema no se corresponde al tamaño en el espacio real, sino que está determinado por la trascendencia en la interpretación. Es un prototipo conceptual más que representacional. De la misma manera que el homúnculo cortical que representa nuestra imagen corporal en la corteza es desproporcionado respecto al cuerpo real (porque el tamaño de sus partes representa la cantidad de sensores asociados a cada región de la corteza), el esquema corporal de la escucha adquiere sus proporciones de acuerdo con la preeminencia en la sensación. Lo que se expresa con más potencia, es más grande en el modelo. Es como un mapa en el que la escala no es constante, sino que aumenta en aquellas regiones donde la abundancia de detalles es mayor. Tanto el homúnculo como el esquema corporal son mapas de proyección subjetiva.

Esquema corporal y soma

Este esquema del cuerpo del otro que armó en la escucha es muy similar a la imagen corporal que tenemos de nosotros mismos, de la que habla Schilder.

Dice Schilder:

“El esquema corporal es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo. (...) Mediante perpetuas alteraciones de la posición, construimos constantemente un modelo postural de nosotros mismos, sujeto a continuos cambios. (...) Todo aquello que participa del movimiento consciente de nuestros cuerpos se suma al modelo de nosotros mismos y pasa a formar parte de dichos esquemas”.

El esquema corporal al que se refiere Schilder es la imagen que tenemos

de nuestro propio cuerpo, formada a partir de la información recibida de nuestros intero y propioceptores.

GLOSARIO: ESQUEMA CORPORAL

ESQUEMA CORPORAL: La representación mental que tenemos sobre nuestro cuerpo, como totalidad y como conjunto de partes relacionadas, incluyendo de cada uno de ellos su constitución, su estado actual, sus potencialidades y su relación con el entorno.

Quisiera hacer una aclaración sobre la crítica que hace Gallagher (2005) sobre el uso de “imagen corporal” y “esquema corporal”. Él indica que estos términos connotan distintos aspectos funcionales y denuncia que muchas veces se usan de manera intercambiable, lo que genera confusión. La imagen corporal sería la percepción consciente de la extensión, posición, y estado de nuestro cuerpo. El esquema corporal, por su lado, sería el conjunto de planes de acción inconscientes que nos permite ejecutar movimientos complejos sin preocuparnos por los movimientos atómicos que los componen. Por lo tanto, el esquema corporal no es ni una percepción, ni un entendimiento conceptual, ni una apropiación emocional del cuerpo, sino una planificación prenoética (que estructura la consciencia, pero no se muestra explícitamente en su contenido) y premotora (que formaliza las operaciones motoras, pero no participa en ellas) del cuerpo.

Los autores principales en el desarrollo y promoción de las ideas de imagen y esquema corporal son Head y Holmes (1911) y Schilder (1923). La noción de imagen corporal está más cerca de lo que expresa Schilder; la de esquema corporal, más cerca de lo que dicen Head y Holmes. No obstante, ambos autores no solo utilizan las palabras “imagen” y “esquema” alternativamente, como si fueran sinónimos, sino que además muchas veces confunden o no tienen en cuenta las discrepancias semánticas subyacentes. Gallagher dice que ambos conceptos deben ser individualizados y tratados separadamente, porque son intrínsecamente distintos y en el desarrollo del ser humano transcurren por distintos caminos. No obstante, yo creo que la diferencia no es tan palmaria: a cierto nivel de detalle, el mismo fenómeno se denomina esquema mientras permanece preconsciente, y se denomina imagen tan pronto como entra en la consciencia central.

Esta separación conceptual propuesta por Gallagher es correcta a cierto nivel teórico (sobre todo para los estudios que investigan el desarrollo de estos sistemas en el desarrollo cognitivo infantil), pero a la vez es difícil en

niveles más superficiales. Las dos variables que usa Gallagher para establecer una separación (consciencia vs. inconsciencia y aferencia vs. eferencia) en la realidad no solo se influyen mutuamente, sino que además son borrosas. La percepción que tenemos de nuestro cuerpo es inconsciente, pero podemos hacerla consciente si lo deseamos. Esta percepción, además, influye en la motricidad. Los movimientos que efectuamos necesitan tenerse en cuenta en la imagen del estado actual de nuestro cuerpo, pero además modela esta imagen a lo largo de los años. Por otra parte, los movimientos atómicos pueden evaluarse conscientemente cuando existe una variación que no es la pronosticada (el objeto que vamos a levantar es más pesado de lo que pensábamos). El espacio perceptual y el espacio motor interactúan y se intersecan continuamente.

En nuestro caso, nos incluimos conscientemente en ese grupo de teóricos que confunden tanto las palabras como los conceptos de imagen y esquema corporal, denunciados por Gallagher. Sin embargo, creo que al nivel conceptual en que se despliegan estos párrafos, no necesitamos hacer una distinción. Por otro lado, dado que adoptamos el enfoque de la cognición enactiva, podemos decir que la confusión conceptual no es arbitraria, sino que representa una confusión ontológica que sucede en la realidad. El esquema/imagen corporal a la que nos referimos es ese sistema sensoriomotor dual formado por la imagen consciente y el esquema inconsciente que se influyen y definen mutuamente. Este sistema es, en distintas instancias o partes, a la vez consciente e inconsciente, y aferente y eferente.

El esquema corporal formado en la escucha es similar en todos los aspectos al que propone Schilder, salvo que no representa nuestro cuerpo, sino un cuerpo ajeno. El esquema distal producido por la percepción, por lo tanto, es un esquema corporal tridimensional creado por medio del tacto, particularmente por nuestros propioceptores, y las vicisitudes del tacto le confieren una visión del cuerpo desde otra perspectiva. A esta forma distinta de ver el cuerpo lo llamo *soma*.

El concepto de soma se lo debemos a Thomas Hanna. En los años 1970s, Hanna creó una disciplina que llamó Somática, basada en una distinción entre la imagen del cuerpo que tiene uno de sí mismo y la que tiene una persona externa. Hanna, a su vez, tomó la idea básica del esquema de Schilder, adaptándolo mediante un concepto de Merleau-Ponty que empezaba a tomar relieve en la medicina y las ciencias de la salud: la idea de cuerpo propio.

En su libro *Somatics*, de 1988, Hanna hace una distinción entre cuerpo y soma. Cuerpo es el cuerpo objetivo, visto por una tercera persona, y el interior del cuerpo es ése que se ve en los estudios por imágenes o en los cadáveres de las facultades de medicina. Soma, por el contrario, es el cuerpo tal como es percibido desde adentro por la percepción en primera persona.

Cuando una persona es observada desde afuera -desde un punto de vista de una tercera persona- se percibe el fenómeno de un cuerpo humano. El soma, al percibirse internamente, es de una categoría lógica distinta, porque no solo el punto de vista se modifica (en el soma el punto de fuga es central y centrífugo), sino también el sentido mismo que lo adquiere, con todas sus particularidades (el tacto en lugar de la vista). La propiocepción provee datos únicos. El soma de Hanna es prácticamente lo que Schilder llama esquema corporal. Ambos refieren un esquema corporal propio, y casi podríamos decir que hablan de la misma cosa, pero hay una particularidad que los diferencia: el énfasis. Schilder se ocupa de estudiar y descubrir cómo se forma en tanto *esquema*, es decir, por qué el esquema corporal propio es un esquema. Hanna se ocupa de destacar las particularidades que tiene en tanto *propio*, es decir, por qué el esquema corporal propio es propio.

GLOSARIO: SOMA

SOMA: El cuerpo tal como es visto desde dentro. El cuerpo vivido y habitado.

El uso de Thomas Hanna de la palabra “soma” sirve para designar el cuerpo experimentado en contraste con el cuerpo objetificado. Cuando el cuerpo se experimenta desde adentro, el cuerpo y la mente no se separan, sino que se experimentan como un todo. (Bonnie Bainbridge-Cohen, 2017)

Estas particularidades son las que había planteado Merleau-Ponty, pensando por primera vez el cuerpo fuera de la dicotomía cartesiana. Ya antes algunos filósofos (sobre todo Ryle) habían criticado las fundamentaciones de Descartes, exponiendo las razones por las que sus enunciados eran incongruentes. Y hubo otros filósofos (sobre todo Husserl) que habían empezado a pensar el mundo de manera diferente y plantear teorías filosóficas no cartesianas. Pero nadie había empezado a pensar el cuerpo como si esa dicotomía cuerpo/mente no existiera.

Según Merleau-Ponty, el cuerpo no es sujeto ni objeto; o más bien, es sujeto y objeto a la vez. Descartes, con su *cogito*, separó las aguas: la mente es sujeto y el cuerpo es objeto. El cuerpo se objetiviza, y su estudio es objetivo. Al ser un objeto, se lo puede apropiar. Esta objetivación cartesiana, que, por un lado, trajo enormes avances a la medicina, por otro lado, fundamentó una serie de disposiciones políticas de objetivación del cuerpo que ampliaron la marginación y alienación de los sectores de la población sin privilegios de clase o de género.

Merleau-Ponty permite subjetivizar el cuerpo, y rescatarlo de las garras del pensamiento desencarnado del cogito cartesiano. El cuerpo no solo ya no está separado del yo, sino que es un cuerpo vivido, y al ser un cuerpo vivido es también un cuerpo vivo.

En esta visión nueva del cuerpo juega un papel especial el sentido del tacto, porque desde ese sentido la corporalidad es intercorporalidad. No puedo tocar sin ser tocado. La carne es el lugar donde soy a la vez sujeto y objeto.

**LA CARNE ES EL LUGAR DONDE
SOY A LA VEZ SUJETO Y OBJETO.**

Dispersión de límites

Pero Merleau-Ponty no se contenta con expandir el yo más allá del pensamiento hasta ocupar el cuerpo, sino que también expande el cuerpo (incluido el yo que está entretejido en él) hacia el mundo exterior, desdibujando los límites entre ambos (lo que llama *empiètement*, o “desbordamiento”). Para él, la experiencia táctil no se caracteriza por una distinción clara entre la percepción del yo y la percepción del no-yo.

Esta noción está relacionada con el mecanismo de reclutamiento del que hablamos antes, por el cual parte de nuestro tacto se extiende más allá de nuestro cuerpo. Mi tío Aníbal, por ejemplo, es ciego, y cuando sale a pasear lleva un bastón blanco. Ese bastón no es un objeto percibido, sino que es parte de sus órganos de percepción. El bastón pasa a ser parte de mi tío Aníbal, y no un objeto del mundo exterior.

Como dice Schilder: “Es a la existencia de estos ‘esquemas’ a los que debemos el poder de proyectar nuestro reconocimiento de la postura, el movimiento y la localidad más allá de los límites de nuestro propio cuerpo hasta el extremo de algún instrumento sostenido en la mano. Sin ellos no podríamos palpar con un palo, ni utilizar una cuchara a menos que nuestros ojos estuvieran fijos en el plato. Todo lo que participa en el movimiento consciente de nuestros cuerpos se añade al modelo de nosotros mismos y se convierte en parte de estos esquemas: el poder de localización de una mujer puede extenderse hasta la pluma de su sombrero”.

Esto sucede así por la intersección de dos fenómenos: por un lado, que la percepción táctil necesita del movimiento, y por otro, que uno de los

indicios que usa nuestro cerebro para determinar identidad es el co-movimiento. Para reclutar un tejido o un objeto, necesitamos que no se mueva respecto de nuestra mano para eliminar la percepción táctil que tendríamos de él, y hacer que se mueva respecto de la superficie que queremos percibir. En el tacto, sentimos lo que ofrece resistencia; básicamente, lo que presenta una resistencia a mi yo. Si algo se co-mueve conmigo, no ejerce resistencia, y, por lo tanto, no lo siento. Reclutar es hacer que el objeto se co-mueva con nosotros, y gracias a ese co-movimiento lo identificamos como una parte propia. En estos casos el límite entre yo y el mundo se difumina.

Es verdad que la atención y la consciencia pueden modificar la posición del límite de mi percepción, pero no pueden establecerlo como algo fijo. Cuando paso una lapicera por el escritorio para sentir su textura, la lapicera es parte de mí. Puedo prestar atención al lugar donde mis dedos se encuentran con la lapicera y sentir el límite ahí, pero en ese caso pierdo consciencia de la textura del escritorio. Mi atención puede hacer fluctuar el límite de mi esquema propioceptivo entre mis dedos y la punta de la lapicera, pero siempre solo uno de ellos está en el foco de mi atención, y el otro límite se hunde en mi inconsciencia.

Esta fluctuación hace que la delimitación entre lo que percibo como yo y lo que percibo como el mundo exterior sea difusa. Pensemos, por ejemplo, mi relación táctil con la ropa que llevo puesta. La mayor parte del tiempo no la percibo; es parte de mí. Cuando mi tía Fefe me toca por un segundo con un dedo por encima de mi remera para decirme que corte el pasto, percibo esa mano como ajena, pero en cuanto ella se va y me siento en el sillón a leer el último libro de Mariana Henríquez, luego de un rato dejo de percibir la presión del sillón en la espalda. Recluto tanto mi ropa como una porción del acolchado del sillón. El límite entre yo y el mundo fluctúa entre mi piel, las capas de ropa y el sillón, pero a la vez es difuso, se hunde en la profundidad del sillón y se va dispersando.

El tacto implica una graduación progresiva en la diferenciación entre yo y el mundo. En la experiencia táctil, no existe una distinción clara entre la percepción del yo y la percepción del no yo. Este fenómeno nos brinda una sensación de ser-en-el-mundo como amalgama, no como algo recortado y separado del mundo exterior, sino fusionado, con límites imprecisos. El cuerpo está encastrado y engarzado en el mundo.

En particular, con los otros cuerpos esta fusión perceptiva establece cierta experiencia particular de conexión. Cuando le tomamos la mano a alguien, sentimos la textura de la piel, la temperatura, la turgencia de la carne, pero si mantenemos el contacto todas esas sensaciones se van difundiendo y los límites se borran. Caminar de la mano es caminar en conexión con el otro. Ese es justamente el sentido de caminar de la mano.

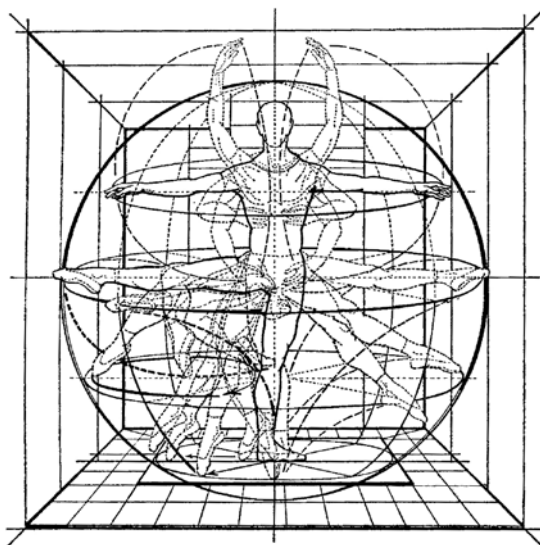
Este fenómeno se da de manera particular en la escucha, y es por esa razón por lo que digo que la escucha no se efectúa con las manos, sino con todo el cuerpo. La fusión del cuerpo con el entorno se da por adaptación sensorial, reclutamiento y sobre todo por esta particularidad de los propioceptores de que las sensaciones captadas por ellos cobran significado en su conjunto y tienen poco valor tomadas individualmente.

11. Esferas y fusión somática

Esferas de identidad

Los límites de mi percepción, que se enmarañan con los límites de mi yo, a veces coinciden con mi cuerpo, pero en general están un poco más allá, proyectándose en el espacio circundante, y formando un campo de identidad corporal que llamo *propiosfera*.

Esta noción es una adaptación del concepto de kinesfera definido por el teórico de la danza Rudolf Laban (1966) como “el espacio alrededor del cuerpo que puede ser alcanzado fácilmente con solo extender los miembros”. Este concepto se usó ampliamente en el ámbito de las distintas disciplinas de danza. También se lo llamó “espacio gestual” o “zona de alcance”. Fulkerson propone un concepto parecido, el espacio peripersonal, que es el área que rodea inmediatamente el cuerpo de un sujeto, generalmente definida como el área donde uno puede alcanzar fácilmente y participar de manera activa.



La importancia del concepto de kinesfera en la danza es que brinda la posibilidad de una racionalización de los movimientos de un danzarán y su armonía espacial. Esta armonía espacial habla de las formas de movimiento posibles, y asume que hay reglas que estructuran los movimientos, equivalentes a las reglas de armonía que estructuran los contenidos musicales.

Según Laban, todos los movimientos armónicos se originan o tienen una relación de paralaje con el centro de la kinesfera, y cumplen con varias leyes que él enuncia y explica. Una de las leyes dice, por ejemplo, que un tipo de movimiento armónico es el que se inicia en el centro de la esfera y se dirige hacia la periferia, otra dice que cada movimiento en una dirección debe tener un contra-movimiento simétrico al centro que lo estabilice, otra dice que los movimientos transversales deben seguir un recorrido equidistante del centro.

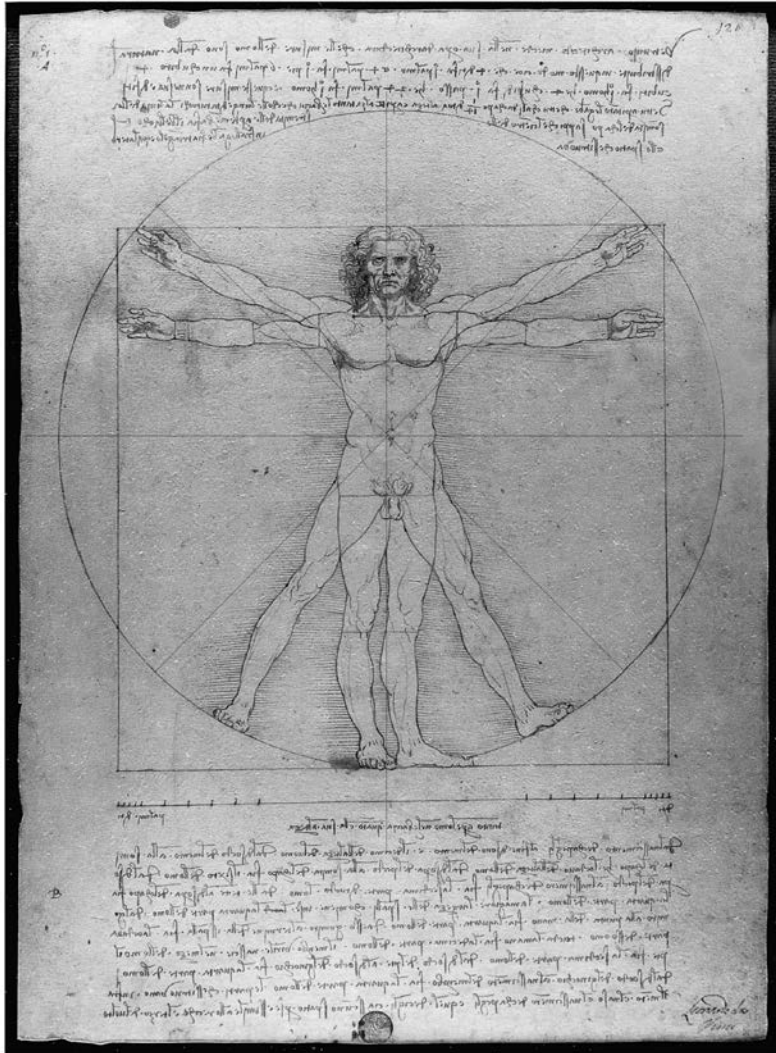
El centro de la kinesfera es para el bailarín el centro de gravedad del cuerpo, y utilizarlo como origen o referencia en la planificación de los movimientos simplifica la ejecución, y por eso les da fluidez y elegancia. Pero la importancia del centro, para Laban, no es solo gravitatoria sino también estética, porque tiene efecto también en el público, de manera que determina no solo el plan de movimientos del bailarín, sino también la anticipación de los movimientos en la mente de un espectador ajeno a la danza, y, por lo tanto, permite jugar con expectativas y sorpresas.

Esta afortunada coincidencia del centro gravitatorio con el centro visual externo podría no ser simplemente casual, y una explicación posible es que las expectativas del espectador están generadas por una introyección de los movimientos percibidos ya ocurridos y una simulación en la representación de sus propioceptores. Por lo tanto, el espectador usa en su simulación mental su propio centro kinesférico y luego lo proyecta al del bailarín.

GLOSARIO: CENTRO

CENTRO: Punto topográfico del cuerpo humano que representa el centro de las esferas de identidad, y desde el cual se planifican y evalúan los movimientos corporales.

Según diversos autores seguidores de Laban, este centro está un par de centímetros por debajo del ombligo. No encontré referencias que explicaran por qué esa ubicación, pero si tomamos el hombre vitruviano de Leonardo y trazamos los diámetros de la circunferencia inclusiva, se cruzan más o menos por debajo del ombligo.



Algunos autores (incluido el propio Laban) se refieren a la kinesfera con conceptos que la acercan al concepto de “espacio personal”, hablando de ella como “el espacio alrededor de una persona que le pertenece” o “el espacio que yo siento como mío” o “el espacio que es propiedad psicológicamente personal”. Sin embargo, estos intentos de adscribirle cierta territorialidad o propiedad a la kinesfera son ambiciosos o metafóricos. La realidad es que la kinesfera se define solo por la posibilidad de los movimientos internos a ella.

Si quisiera establecer una referencia somática para el concepto de espacio personal, podría hablar mejor de una propiosfera, que no es el espacio al que llegan mis posibles movimientos, sino el espacio al que llega mi percepción táctil, es decir, mi cuerpo y todas las sustancias potencialmente mediadoras circundantes. Mi propiosfera incluye mi cuerpo, mi ropa (mientras no esté focalizando mi atención en ella) y la lapicera que hacía deslizar por el escritorio. Cuando estaba sentado en el sillón leyendo, parte del espesor del sillón estaba en mi propiosfera (no todo el respaldo, porque si alguien pasara el dedo por el otro lado yo no llegaría a percibirlo).

El centro de la kinesfera es también, por necesidad, el centro de la propiosfera. Desde este centro se dispone la orientación direccional de todo el cuerpo tanto hacia afuera (movimiento) como hacia adentro (sensopercepción). Es, por un lado, el lugar desde el que controlo la proyección en la escucha, pero también es el egocentro de los esquemas somáticos generados, es decir, el punto de vista desde donde se establecen sus perspectivas.

Este epicentro no tiene solo un interés teórico, sino que es fundamental para la práctica. En la danza, todo movimiento se hace con consciencia y relación al centro. Pero incluso en lo que no es danza, la armonía lograda al usar el centro como punto de referencia es útil. Quien haya sostenido un bebé en los brazos para hacerlo dormir o para aplacar su llanto lo sabe: lo que uno mueve no son los brazos; uno contiene al bebé abrazado contra el pecho y se mueve uno mismo, balanceándose de adelante a atrás, pasando el peso de una pierna a la otra, haciendo suaves rebotes con la pelvis. Lo que uno mueve es el centro.

Plantear los movimientos desde el centro los hace más armónicos. De la misma manera, controlar o manejar mis propioceptores desde el centro simplifica su administración. En la escucha, cuando tengo que mover mi cuerpo o cuando tengo que mover la atención entre mis propioceptores, lo hago siempre desde el centro. Los muevo y les doy configuraciones espaciales pensándolos desde el centro y ellos me siguen como un cardumen.

**EN LA ESCUCHA, CUANDO TENGO QUE MOVER
LA ATENCIÓN ENTRE MIS PROPIOCEPTORES,
LO HAGO SIEMPRE DESDE EL CENTRO.**

Quiero aclarar una cosa. En danza y en otras disciplinas de trabajo corporal, la noción de “centro” se usa ampliamente y pasó a ser una cosa tan común que se emplea sin entenderla mucho. Muchos maestros no saben de

dónde viene, y quizás utilizan los conceptos de centro y kinesfera, pero no saben que están relacionados. Y muchas veces hay ejercicios para desarrollar los movimientos desde el centro sin conocer las razones gravitatorias o perspectivistas de esta preferencia, y entonces el centro adquiere como una existencia propia, como si ahí, en ese punto unos centímetros debajo del ombligo, hubiera algo especial: una estructura anatómica particular o un centro de actividad energética.

Pero a no confundirse, ahí no hay nada. El pensamiento ortodoxo quiere buscar justo ahí alguna estructura, algo que le dé sentido, pero el centro es una entidad de sentido meramente coreográfico. No es un centro físico ni biológico, sino un punto de fuga.

Lo mismo sucede con los puntos de acupuntura, donde hay gente que se pone contenta cuando tal o cual estudio científico asegura haber descubierto que justo ahí existen puntos de encuentro de nervios o alguna otra confluencia anatómica. Esta gente tiene arraigado el dualismo cartesiano, y, en consecuencia, no pueden concebir que no todo lo significativo es estructural. Necesitan algo objetivo, algo tangible, algo estudiable, medible, científico.

Volvamos a la relación del cuerpo con el entorno circundante. Tengo mi propiosfera. Dentro de mi propiosfera están todas las sustancias reclutadas. En la escucha clínica, los tejidos mediadores del paciente pasan a formar parte de mi propiosfera. Pero de la misma manera en que recluto los tejidos mediadores del otro y los asimilo a mi aparato perceptivo, también recluto *mis* tejidos mediadores, que son todos los que se ubican entre la piel de la mano que se posa en el cuerpo del otro y mi centro.

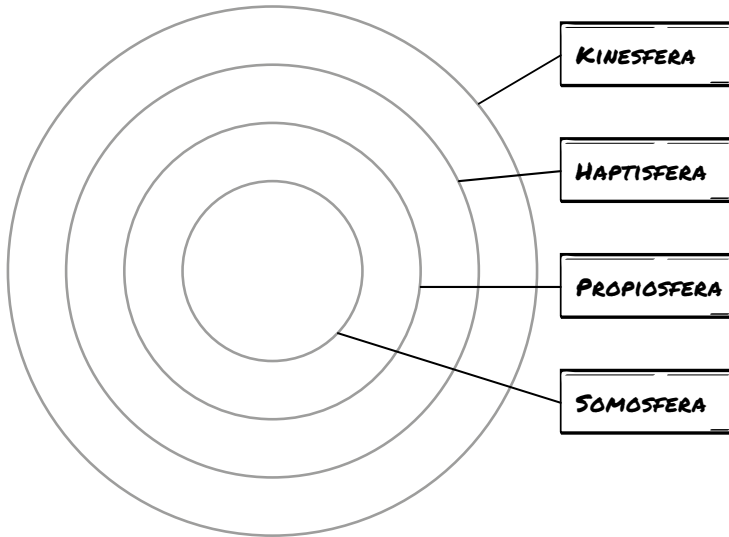
Y ya que introdujimos la propiosfera, quisiera introducir dos esferas más, que me facilitarán el análisis del espacio de escucha.

Por un lado, la somosfera, que es básicamente mi cuerpo, la parte de la propiosfera delimitada por mi piel. Es el espacio ocupado por mi soma o mi esquema corporal. Somosfera y soma no son exactamente lo mismo: el soma está definido según el punto de vista, mientras que la somosfera está definida según el alcance de mi percepción. Soma es la somosfera tal como es vista (en sinestesia háptica) desde el centro.

La segunda esfera que quiero definir es la haptisfera: los lugares de mi kinesfera que ya exploré en esta instancia temporal. La esfera configurada por las estelas mnemónicas de mi propiosfera. Así como la propiosfera es donde yo estoy, y la kinesfera es donde mi cuerpo podría llegar sin desplazarme, la haptisfera es donde mi cuerpo ya estuvo desde mi último desplazamiento. Es el espacio a mi alrededor que ya fue introyectado recientemente dentro de mi identidad.

¿Qué ventaja tiene este concepto de haptisfera? Que, en la escucha, a medida que voy explorando el cuerpo del otro, voy memorizando su esquema, lo hago parte de mi haptisfera. La existencia de la haptisfera permite que la percepción táctil tenga una persistencia, aunque sea temporaria. Sin la haptisfera, no podría reconocer la letra que me trazan en la espalda. Reconocer un objeto requiere recorrerlo, es decir, instancias táctiles sucesivas. Por lo tanto, los *objetos* percibidos están en la haptisfera. En la propiosfera hay solo sensaciones atómicas impermanentes.

De esta manera, las cuatro esferas táctiles quedan incluidas concéntricamente unas dentro de otras, de acuerdo con su campo de acción.



GLOSARIO: ESFERAS DE IDENTIDAD

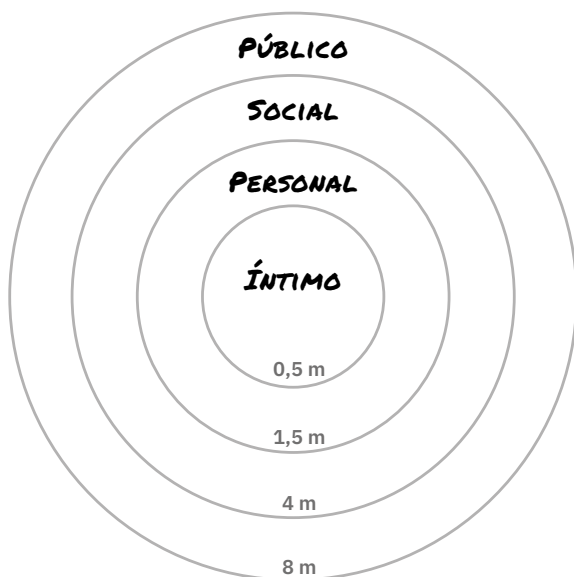
SOMOSFERA: Esfera imaginaria que rodea a un individuo y que indica los límites de la identidad corporal persistente, es decir, que no varía con los movimientos o los contactos. Está delimitada por la epidermis.

PROPIOSFERA: Esfera imaginaria que rodea a un individuo y que indica los límites de la identidad corporal ampliada. Sus límites están marcados por la epidermis más los objetos mediadores reclutados.

KINESFERA: Esfera imaginaria que rodea a un individuo y que indica las regiones espaciales que pueden ser alcanzadas con solo extender los miembros.

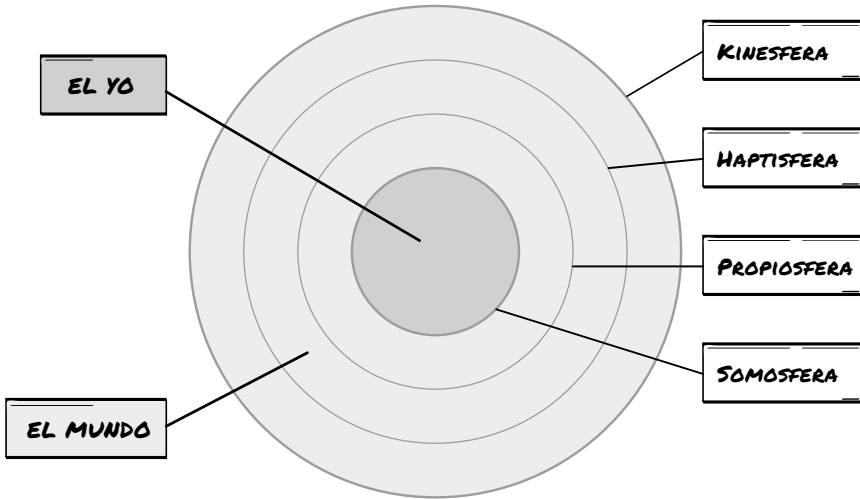
HAPTISFERA: Esfera imaginaria que rodea a un individuo y que indica las regiones espaciales que fueron propiosensadas recientemente, en esta misma instancia de percepción. Definición alternativa, más técnica: La esfera configurada por las estelas mnemónicas de los movimientos y percepciones hápticas en la propiosfera.

Vistas así, puede haber una tendencia a relacionarlas con los espacios definidos en la proxémica. La proxémica es una disciplina creada por el antropólogo Edward T. Hall, que estudia la estructuración de los espacios y distancias en contextos comunicacionales y comportamentales. En su desarrollo, determina cuatro espacios o radios de acción alrededor de cada persona, que infunden distintas interpretaciones a los objetos y acontecimientos dentro de cada uno de ellos, y, por lo tanto, condicionan diferentes respuestas de comportamiento. Estos espacios son los siguientes:



Casi parecería que las cuatro esferas propuestas en este capítulo son la continuación en sentido interno, dentro del espacio íntimo. Sin embargo, las esferas de la proxémica son abstractas, y están definidas por una percepción meramente psicológica, mientras que las esferas propuestas aquí son corporales. Como corresponde, ya que nos ocupamos de desmontar el dualismo cuerpo/mente, las esferas psicológicas y las corporales no están separadas, sino que se superponen. O, mejor dicho, las esferas se ordenan en una secuencia gradual cuerpo-mente, con un extremo puramente psíquico (el espacio público) y un extremo puramente corporal (la somosfera), y con espacios intermedios que reciben distintos grados de participación de la mente y el cuerpo. El espacio íntimo y el espacio personal son atravesados y vividos por los espacios que determinan dónde siento y dónde actúo.

La visión tradicional (cartesiana) de la relación con el mundo, pone los límites en la epidermis. El yo termina en las fronteras de mi cuerpo; más allá, empieza el mundo exterior. En nuestro gráfico de esferas táctiles lo podríamos representar así:

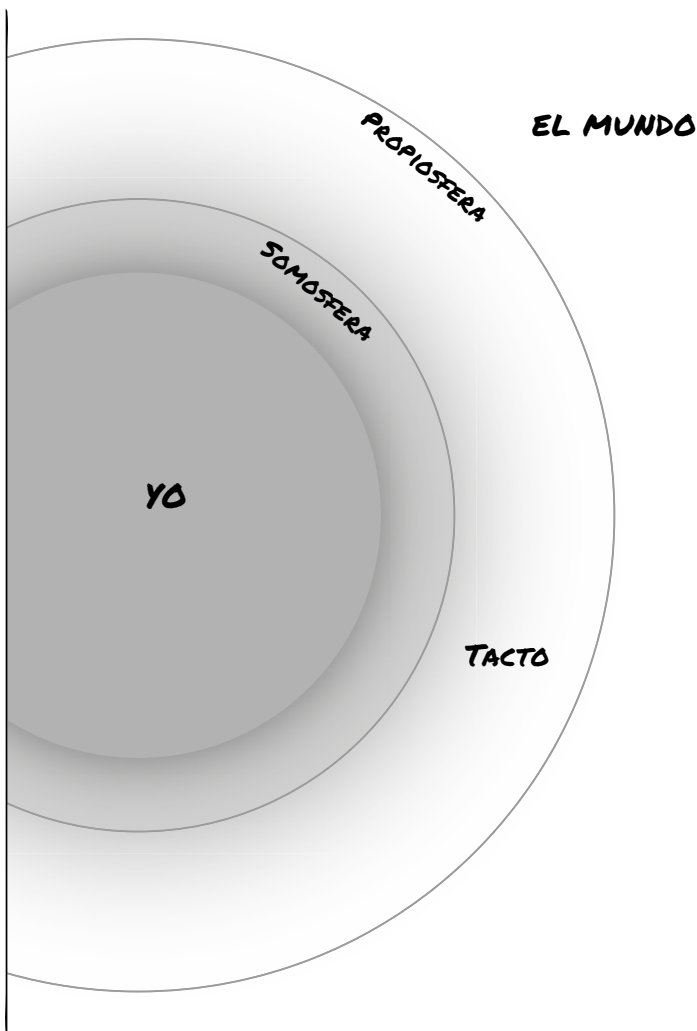


Pero vimos que el tacto nos expande más allá de nuestra epidermis y nos difunde más allá de nuestro espacio meramente corporal. La fusión propioceptiva desarticula la noción de “*partes extra partes*”, que Descartes utiliza para definir la *res extensa*, que dice que las cosas materiales son todas externas unas a otras, son impenetrables, ocupan cada una un espacio distinto, mientras que las cosas pensantes (propias de la *res cogitans*) pueden ocupar un mismo lugar. La difusión táctil borra ese límite. La propiosfera es ese lugar entre “yo y el mundo”, donde “yo y el mundo” nos fundimos. No hay un límite discreto entre yo y el mundo, sino una gradación continua donde yo me voy convirtiendo en el mundo, un espacio que incluye tanto objetos que son parte de mí como objetos que son parte del mundo, e incluso objetos que son partes de los dos o que no podría decidir si debo incluirlos dentro del yo o el no-yo.³⁷ El tacto es justamente la percepción y la extensión de ese límite, es mi extensión hacia el mundo, es el espacio donde me difundo hacia el mundo.

³⁷ En ese sentido, es interesante la lectura que hace Luce Irigaray (1984) de las mucosas, esas entidades que a la vez son y no son parte de mi identidad.

**LA PROPIOSFERA ES ESE LUGAR ENTRE
YO Y EL MUNDO, DONDE YO Y EL MUNDO
NOS FUNDIMOS.**

En el gráfico siguiente representamos al yo con el color gris y al mundo exterior con el blanco, pero hay una región intermedia difusa, ni gris ni blanca, ni yo ni no-yo, ni interna ni externa. Entre yo y el exterior hay un continuo extenso. La separación cartesiana entre las dos sustancias es una rasterización; establece una binarización discreta sobre una realidad continua.



Ahora bien, las esferas no son exactamente concéntricas. Hay zonas de la kinesfera que no están en mi haptisfera, y hay zonas de la haptisfera que no están en mi kinesfera.

Supongamos que entro a una habitación y toco una silla. La exploro. Paso mis manos sobre sus bordes. Doy unos pasos alejándome. Al pasar, rozo apenas una mesa. Tanto la silla como la mesa quedaron en mi haptisfera, pero no en mi kinesfera, porque no la alcanzaría estirando mis brazos.

Pero acá hay que aclarar dos conceptos: por un lado, los límites de las esferas son difusos; por otro, la definición de los objetos dentro de cada esfera es variable.

Por un lado, hay cosas que están ciertamente dentro de mi kinesfera: la pared de mi habitación, por ejemplo. Si estiro mi mano, la alcanzo. Por otro lado, hay cosas que claramente no están en mi kinesfera: la ciudad de Nueva Delhi, por poner un ejemplo extremo. Sin embargo, la silla está *casi* en mi kinesfera. Quizás no la alcance si estiro mi brazo, pero sí si doy un paso. Está en los suburbios de mi kinesfera.

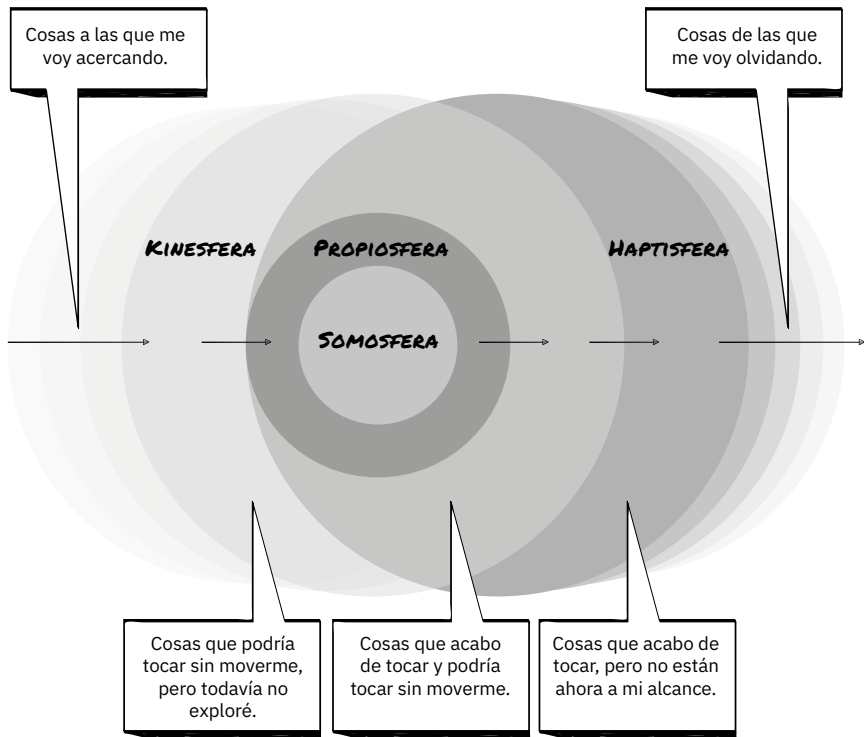
Hay cosas que están dentro de mi haptisfera, pero con distintas definiciones (en el sentido óptico de “nitidez”). La silla, que toqué y exploré con detenimiento, está más definida que la mesa que apenas rocé por un segundo. Los objetos de la haptisfera se van borrando con el tiempo, pero los que tienen más definición tardan más en borrarse. La silla quizás dure en mi haptisfera más que la mesa, aunque haga menos tiempo que toqué la mesa.

La kinesfera es difusa hacia fuera. La haptisfera es difusa hacia adentro. Esto es porque lo que define a la kinesfera es el futuro, lo que podría potencialmente tocar en un futuro casi inmediato, mientras que la haptisfera está definida por el pasado, lo que acabo de tocar.

O, podríamos decir, lo que define a la kinesfera es la eferencia, y a la haptisfera, la aferencia. Definirlas según el eje aferencia/eferencia o el eje pasado/futuro es lo mismo, porque el futuro está definido como todos los eventos hacia los que puedo ser eferente, y el pasado como todos los eventos de los que puedo ser aferente. No puedo influir sobre un evento pasado, pero puedo obtener información. En relación a un evento pasado solo puedo ser aferente. En cambio, no puedo obtener información de un evento futuro, pero puedo influenciarlo. En relación a un evento futuro solo puedo ser eferente. Muchos relatos fantásticos proponen viajes al pasado o visiones del futuro. En esos escenarios, cuando alguien modifica el pasado o hace uso en el presente de la información obtenida del futuro, necesariamente se produce una paradoja.

La propiosfera está dentro de la kinesfera y de la haptisfera, pero no es igual a la intersección entre ellas. Hay zonas que pueden estar a la vez en

mi kinesfera y mi haptisfera, pero no en mi propiosfera: las he tocado hace poco y podría tocarlas otra vez con solo estirar mi mano, pero no las estoy tocando ahora. Siguiendo con el modelo temporal, la propiosfera sería la sensorpercepción presente. Así como el presente es el límite donde convergen pasado y futuro, y que es atravesado por los acontecimientos que transitan desde el futuro hacia el pasado, la propiosfera es la zona de convergencia donde los objetos pasan de la kinesfera (donde podrían ser tocados) a la haptisfera (en la que han sido tocados).



La somosfera es la única esfera con límites precisos. La propiosfera se difunde en la materia, según cuan buen conductor de la tactilidad sean tanto el material como la configuración de las sustancias mediadoras incluidas en ella. La kinesfera se difunde en el espacio topológico, más fuera cuanto más tiempo me lleve alcanzar los objetos que la componen. La haptisfera se difunde en el tiempo, más fuera cuanto más tiempo haya pasado cuando los toqué y cuanto menos tiempo le haya dedicado (como las huellas en la arena).

La propiosfera es la somosfera más los objetos reclutados. La kinesfera es la propiosfera actual más la propiosfera virtual. La haptisfera es la propiosfera más la propiosfera pasada.

| | | | | |
|--------------------|---|---|----------------------------|-------------------------|
| Somosfera | Marca los límites de la identidad corporal persistente. No varía con los movimientos o los contactos | Delimitada por la epidermis | | Intero y propiocepción |
| Propiosfera | Marca los límites de la identidad corporal ampliada | La somosfera más los objetos mediadores reclutados | Se difunde en la materia | Propiedades intensivas |
| Haptisfera | Regiones espaciales que fueron propiosensadas recientemente, en esta misma instancia de percepción. La esfera configurada por las estelas mnemónicas de los movimientos y percepciones hápticas en la propiosfera | La propiosfera más su pasado reciente | Se difunde hacia el pasado | Objetos sensopercibidos |
| Kinesfera | Regiones espaciales que pueden ser alcanzadas con sólo extender los miembros | La propiosfera más sus posibilidades futuras inmediatas | Se difunde hacia el futuro | Acciones virtuales |

La inclusión y la identidad

Antes dijimos que el *cogito* cartesiano me identifica con el que piensa y no con el que siente. Ahora podemos ahondar un poco más en ese concepto.

Esta es una paradoja básica: todo individuo está a la vez integrado en el mundo y diferenciado de él. La identidad y la integración son características incompatibles. Pensemos en una gota de agua en el océano. Ni bien entra en el océano se integra perfectamente, pero pierde su identidad. Ahora reemplazamos la gota de agua con una piedra. Es más fácil diferenciarla del océano (tiene una identidad clara), pero está menos integrada.

Cuanto más se diferencie una entidad, más se separa del mundo. Si la identidad fuera absoluta, una entidad debería diferenciarse del mundo de manera total, y, por lo tanto, no existiría o, por lo menos, no existiría en este mundo.

Cuanto más se integre una entidad en el mundo, más pierde su identidad. En caso de integración absoluta, una entidad debería asimilarse por completo al mundo, y en ese caso no se diferenciaría de otros objetos, y, por lo tanto, no existiría. Como dice Quine: “Ninguna entidad sin identidad”.

La existencia requiere una negociación de límites: algo de diferenciación y algo de inclusión.

El cogito cartesiano me proporciona la idea de un yo claro y lógico. Si el yo fuera el sintiente (“Escucho, luego existo”, o incluso “Siento, luego existo”),

sería un yo mucho más gutural, ambiguo, pero también más conectado con el cuerpo y con el mundo. El yo sintiente es difuso, pero empotrado en el mundo. El yo pensante es más definido, pero atrapado dentro de una caja; esa definición rabiosa de su identidad es la misma que lo separa del mundo.

**EL YO SINTIENTE ES DIFUSO,
PERO EMPOTRADO EN EL MUNDO.
EL YO PENSANTE ES MÁS DEFINIDO,
PERO ATRAPADO DENTRO DE UNA CAJA.**

La táctica cartesiana aspira al individualismo. Dado que lo que se incluye en el mundo es el cuerpo, y dado que el cuerpo tiene límites difusos, para delimitar su identidad uno tiende a establecer el límite dentro del cuerpo, y el mejor lugar posible es la mente. Pero en esa maniobra hay que obviar al cuerpo, cedérselo al mundo exterior. La división cartesiana marca el nacimiento del Ego, pero exige el sacrificio del cuerpo.

Fusión somática

Ahora bien, dadas estas características perceptuales distintivas de los propioceptores, la de presentar al cuerpo desde un punto de vista subjetivo y la de manifestar una fusión entre mi yo y el mundo, la escucha presenta una particularidad fenomenológica que vamos a llamar *fusión somática*, y que podríamos sintetizar en una sola frase: el osteópata ve al cuerpo del paciente como un soma.

Parte de la capacidad del osteópata es fundir el esquema corporal del paciente y el suyo propio, y gracias a ese mecanismo logra ver el cuerpo del paciente desde adentro, como un soma más que como un cuerpo. Esta fusión no es metafísica ni metafórica, sino algo muy real y tangible, que se logra mediante la proyección y la escucha, que le permiten una percepción del cuerpo del paciente atravesada por sus mismos propioceptores, y, por lo tanto, percibe el cuerpo del paciente de la misma manera que percibe el suyo propio.

Cuando escucho, veo al paciente como una extensión de mi propio soma. La región de contacto se desvanece, y somos como un solo cuerpo. Por supuesto, esa comunión corporal es meramente perceptual y no ontológica; no me confundo con el otro; la señal propioceptiva recibida desde dentro

del cuerpo del paciente tiene más interferencias, de modo que la intensidad es menor. Y dentro de lo perceptual es también razonable: no es una alucinación, sino una auténtica percepción. Aun si veo al otro cuerpo desde adentro y reclutado para mi percepción, soy todo el tiempo consciente de quién es quién. No lo incluyo en mi somosfera. El esquema distal que armo se despliega en mi haptisfera, y mi instinto tiene claro que lo que hay en la haptisfera no es exactamente parte de mí.

La fusión somática hace que la escucha no sea ni en primera ni en segunda persona, ni tampoco en primera persona del plural, sino en una persona que no existe pero puedo teorizar, una persona equidistante del yo, tú y nosotros.

Esta fusión somática, además de posibilitar una sensibilidad ampliada y una perspectiva desde un punto de fuga privilegiado, le confiere vida al esquema. Veo el cuerpo del paciente tal como es vivido, desde una anatomía somática y una fisiología subjetiva. Vivo el cuerpo del paciente, y lo siento como un cuerpo vivido. No contemplo al paciente, lo habito.

El paciente tiene su esquema corporal, que es como él se ve a sí mismo desde dentro. La imagen tridimensional que se forma el osteópata del paciente es similar, solo que está reconstruida a partir de datos que los tejidos del paciente expresan³⁸. En un contexto ideal, si el paciente fuera un comunicador perfecto y el osteópata tuviera escucha perfecta, podríamos pensar que el esquema corporal confeccionado por el osteópata debería ser igual que el esquema corporal del paciente, pero esto está muy lejos de ser verdad. No solo por las imperfecciones de la transducción y transmisión, sino porque el osteópata le imprime al esquema corporal su propia perspectiva. Para diferenciarlos, les doy distintos nombres: el esquema corporal del cuerpo propio, lo llamo endoesquema somático; al esquema corporal simulado que el osteópata deduce a través de la escucha, lo llamo exoesquema somático. El paciente percibe a su cuerpo según su endoesquema somático. El osteópata percibe su propio endoesquema somático, pero mediante la escucha el osteópata percibe el cuerpo del paciente según un exoesquema somático, que replica (idealmente) el contenido del endoesquema somático del paciente desde la perspectiva del endoesquema somático del osteópata. Este esquema somático replicado del paciente no se superpone con el esquema somático del terapeuta, sino que es una extensión del mismo, de la misma manera que el auto que conducíamos quedaba incluido en una imagen corporal extendida.

38 Ya veremos que ese “expresan” está cargado de connotaciones y subjetividades. Por un lado, no son datos que los tejidos del paciente expresan de manera objetiva, sino lo que ese terapeuta, en esa situación particular, entiende que los tejidos expresan. Por otro lado, en ese momento de intercambio informativo, los tejidos del paciente no solo se expresan, sino que se expresan para ese terapeuta en ese momento.

Además de las mencionadas anteriormente, esta fusión somática tiene además otras consecuencias fundamentales: una empatía corporal, una política de introspección, una posición de vulnerabilidad, el requisito de un estado neutro y la capacidad de facilitar una afinación somática.

Analicémoslas una por una.

Empatía corporal

En primer lugar, en la relación terapeuta/paciente se genera una empatía corporal, que no solo amplifica la escucha, sino que además potencia la cura. Esta empatía corporal la experimentan tanto el terapeuta como el paciente. La articulación somática no solo implica el desvanecimiento de fronteras epidérmicas, sino también la sincronización de procesos orgánicos como la respiración y el ritmo cardíaco, y la percepción interna de resabios presentes de eventos emocionales pasados.

La fusión somática no es una irrupción de la exploración del terapeuta en el espacio de habitación del paciente, sino una co-construcción de un espacio perceptivo.

Introspección

La experiencia habitual de la fusión somática obliga al osteópata a conocerse. En el contexto clínico, la percepción es el lugar donde se superpone el otro conmigo mismo. Yo percibo la perspectiva somática (la vista del cuerpo desde adentro) del otro, tal como la verían *sus* propioceptores, pero yo la percibo mediante *mis* propioceptores y no los suyos. No estoy hackeando sus propioceptores, sino que estoy utilizando la exteriorización proveniente de su cuerpo tal como resuena sobre los míos. Al otro lo percibo mediante mis propioceptores, pero esa es una percepción indirecta; mis propioceptores en realidad me están proporcionando información sobre *mi* cuerpo. Lo que yo percibo es la imagen del otro a través de las resonancias en mi propio esquema somático. Conocer al otro depende de saber qué pasa en mi cuerpo. Por eso la percepción del otro -en la escucha- necesita introspección.

Además, para poder percibir al otro tengo que discriminarme a mí mismo de esa imagen doble. No puedo ver al otro como es si no dejo de verme a mí. Tengo que aprender a reconocer mis propioceptores para sacarme a mí mismo de la ecuación. Si no logro separar mi identidad de mi imagen

corporal, después de la sesión puedo quedar con baja energía, o “cargado”. Es conocido el efecto en el cual creo estar sintiendo algo en el paciente, cuando en realidad lo que percibo es una propiedad interna mía. Si en los últimos pacientes siempre la escucha tiende a llevarme al hígado, quizás deba evaluar mi propio hígado. Cuanto más definido y estable sea mi propio esquema somático, más fácil es moverlo dentro y fuera de mi consciencia. Debo conocerme a mí mismo, o al menos familiarizarme con mis propioceptores. Tengo que saber verme a mí mismo, para poder ver el mundo sin mí.

Vulnerabilidad

El concepto de fusión somática es un caso particular del concepto de “inmiscusión” o “desbordamiento” (*empiètement*) de Merleau-Ponty. Según él, entre yo y un otro existe un espacio de co-subjetividad, una zona donde el otro y yo nos superponemos. En la escucha, desplazo este espacio hacia el interior del otro, pero para desplazarlo hacia el interior del otro debo desplazarlo hacia dentro mío también. No amplío mi espacio de identidad, sino que amplío la zona de co-subjetividad. Donde me meto en el otro, el otro se mete en mí.

Por lo tanto, en tercer lugar, la fusión somática pone al osteópata en un lugar de vulnerabilidad. Al introducir al otro en mi propiosfera, establecer una resonancia propioceptiva, ser pasible de ser influenciado por estados fisiológicos y emocionales del otro y abrir canales por donde el otro a la vez pueda acceder a mis propias emociones y sentimientos, estoy disminuyendo las defensas hacia peligros exteriores, y esta situación requiere de mí una atención especial.

Estado neutro

Por este mismo fenómeno, en el que me desbordo hacia el otro, donde me *inmiscuyo* en el soma del paciente, en el momento de la escucha debo lograr un estado neutro, no solo para escuchar mejor, sino sobre todo para que esta inmiscusión no sea una invasión. El que escucha debe estar meramente presente, y esta presencia es el punto medio entre no estar e invadir.

Por lo tanto, en cuarto lugar, el osteópata debe abordar la escucha desde un estado neutro, donde todas las radiaciones de identidad propia se esfuman. Esto no solo es un vaciamiento de intención, sino de existencia, en

el mismo sentido de la *epoché* husserliana, que consiste en la puesta entre paréntesis no solo del conocimiento, sino de la realidad misma. El terapeuta debe intentar *estar* lo más posible, pero *siendo* lo menos posible.

Este estado neutro es imperativo. La escucha es más un estado no ordinario de consciencia que una sensación o una acción. Esta consciencia no ordinaria no es un simple artefacto de amplificación perceptiva, sino que es un mecanismo autotélico³⁹ que se convierte en un fulcrum paradigmático de todo un enfoque clínico.

Afinación somática

Y, por último, la fusión somática produce en el paciente una afinación somática que tiene propiedades terapéuticas.

A pesar de lo que parezca, la sensopercepción es un proceso activo. Ya sé que dije (y voy a repetir) que para poder sentir hay que vaciarse de intención y abrirse a la recepción. Así y todo, la percepción es activa. Tan activa es la sensopercepción, que el simple hecho de estar en escucha es ya terapéutico. En las clases, más de una vez nos sucedió que el profesor haya encontrado alguna escucha interesante en alguno de los alumnos que hacían de paciente, y nos hacía pasar a todos para que conociéramos la sensación, pero los últimos de la fila se quedaban sin nada porque la simple escucha de los anteriores ya la había modificado y no quedaba nada que sentir.

Si vamos a hilar fino, no es en realidad que la escucha en sí misma sea terapéutica. No son los estímulos pasando a través del cuerpo los que van dejando una estela de salud. Lo que es terapéutico no es la escucha, sino el *acto* y el *estado* de escucha. Y son terapéuticos en dos aspectos.

En principio, la actividad del terapeuta en la escucha es activa. Entre los requisitos para una buena escucha activa, están la intención y la presencia del terapeuta, y estas actitudes activas generan una inducción. Esta inducción es independiente de la escucha, pero a la vez es inseparable, de la misma manera que estornudar no implica fisiológicamente cerrar los ojos, pero es imposible estornudar sin cerrar los ojos. Los niveles de escucha más biodinámicos requieren e implican mayores grados de fusión somática, y, por lo tanto, en ellos es más difícil separar la escucha de un efecto de inducción.

Por otro lado, la escucha abre un canal para que el paciente pueda escucharse a sí mismo, y esto genera una afinación somática que es terapéutica

39 Autotélico: Dícese de cualquier esfuerzo o actividad que encuentra fin en sí mismo.

para algunos tipos de disfunción. La afinación somática es un mecanismo terapéutico específico orientado a llevar la atención del paciente a zonas relevantes de su cuerpo para mejorar su consciencia somática, desarrollando la extensión, penetración y granularidad de su propio esquema corporal.

**LA AFINACIÓN SOMÁTICA DESARROLLA LA
EXTENSIÓN, PENETRACIÓN Y GRANULARIDAD
DEL ESQUEMA CORPORAL DEL PACIENTE.**

La base de la afinación somática es la idea de que algunas configuraciones y procesos son disfuncionales porque están ocultos, y no hay que dismantelarlas ni erradicarlas, sino reconocerlas y aceptarlas. La percepción es condición necesaria para la liberación: solo se puede liberar lo que se siente. La propuesta terapéutica de la afinación somática es, si se quiere, inversa a la propuesta de algunos tipos de psicoterapia. Allí donde hay una disfunción cuerpo/mente (sea una disociación, una condición psicósomática, un malestar físico de causas emocionales), esas psicoterapias proponen una interpretación del síntoma, mientras que la afinación somática propone un movimiento inverso: una encarnación de la consciencia.

La afinación somática es una exploración del propio territorio corporal con vistas a perfeccionar el mapa que lo representa. Se produce cuando el paciente actualiza su esquema corporal, sobre todo agregando zonas que antes estaban inexploradas. Esto sirve para todos los tipos de disfunciones, desde biomecánicas hasta psicofisiológicas o emocionales. En el caso del dolor, por ejemplo, gracias a la afinación somática, el paciente puede aprender a conectarse con el dolor desde el interior, mapeando e investigando las distintas cualidades del dolor, traduciendo al inicio el dolor a una colección de sensaciones básicas (quemadura, pincha, es sordo, es puntual, late, es difuso), y luego intentando descifrar qué significa el dolor en este cuerpo en este momento, y finalmente logrando que el paciente adopte un propósito distinto, y pueda pasar de buscar un alivio de los síntomas hacia reconocer una responsabilidad de cambio (que es justamente lo que el dolor está reclamando).

Como dice Hanna (1980): “Es a través de la función de la consciencia que lo involuntario se vuelve voluntario, lo desconocido se da a conocer y lo nunca hecho se vuelve factible. La consciencia sirve como sonda, reclutando nuevo material para el repertorio de la consciencia voluntaria”.

Este fenómeno tiene gran injerencia en los casos de etiologías emocionales. Dado que la experiencia emocional es una experiencia interoceptiva,

aumentar la granularidad sensorial aumenta también la granularidad emocional.

No quiero que se entienda que la escucha es condición suficiente o necesaria para el tratamiento. Lo correcto sería decir que ciertas disfunciones particulares, ante cierta escucha con características particulares, a veces pueden llegar a cambiar. Por ahora, basta señalar esto: la escucha puede modificar lo escuchado.

Proyectar

La dispersión de límites y la fusión somática ponen los cimientos para esa habilidad imprescindible para poder escuchar, que llamo *proyectar*. Proyectar es llevar la atención de mi percepción táctil más allá de mi superficie cutánea. Ya hablamos de este mecanismo de proyección cuando describimos las características del tacto distal. Recordemos rápidamente el concepto. Si tomamos una lapicera por una punta y deslizamos la otra punta por una superficie, podemos percibir la textura de esa superficie. En ese caso, estamos proyectando la sensación táctil a lo largo de la lapicera.

Proyectar es hacer uso del tacto distal. Para proyectar tengo que *reclutar*, que es la forma física de discriminar. En el ejemplo anterior, estábamos reclutando la lapicera. Igual que en el acto de discriminar, tengo que organizar y dejar de prestar atención a las cosas irrelevantes, con la salvedad de que no me limito a un proceso mental, sino que lo hago físicamente, incorporando los tejidos mediadores como parte de mi mano. Si discriminar es sentirme cómodo con lo que quiero excluir, para discriminar físicamente tengo que amoldar mi mano al tejido mediador, acomodarlo para que no haya presiones dispares o cambiantes, evitar desplazamientos y fricciones entre mi mano y el tejido mediador, y hacer que responda a los movimientos de mi mano, y de esa manera, por un lado, dejo de sentir sus propiedades materiales y, por otro, sus movimientos son interpretados por los planes de acción de mis propioceptores.

GLOSARIO: FUSIÓN, CONSCIENCIA Y AFINACIÓN SOMÁTICAS

FUSIÓN SOMÁTICA: Fenómeno sensoperceptivo por el cual dos personas superponen sus esquemas corporales, percibiendo cada uno el esquema corporal del otro como una extensión del propio.

CONSCIENCIA SOMÁTICA: El conocimiento intero y propioceptivo del propio cuerpo, tanto en sus aspectos persistentes como en los circunstanciales. Está definida por los grados de extensión, penetración y granularidad del esquema corporal propio.

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.

Conclusión

En resumen, en la escucha mis propioceptores resuenan con los estímulos recibidos en los exteroceptores, y pueden resonar en la misma fase, de manera de amplificarlos, o en una fase contraria, de manera de atenuarlos (cuando quiero discriminar para escuchar otra estructura). La escucha no parte de las manos, sino de mi centro: si quiero modificar el plano en el que estoy, o el punto de foco, tengo que poner la intención en hacer un movimiento con origen en mi centro, y no en mis manos. La proyección nace de mis propioceptores, y el lente del proyector está en mi centro. Dado que la escucha no está en mis límites corporales, puedo reclutar tejidos mediadores que no son parte de mi cuerpo e incluirlos en mi propiosfera. También, dado que la escucha me atraviesa, me mueve a escucharme también a mí. Y finalmente, la congregación de mis exteroceptores con mis propioceptores es la que produce esta visión del cuerpo del otro como una extensión de mi propio cuerpo, lo que me permite ver el cuerpo del otro como un soma (la fusión somática).

Esta fusión somática cumple varias funciones:

- nos hace ver que el cuerpo no es solo estructuras anatómicas, sino un cuerpo vivo y vivido.

- permite la resonancia emocional que nos hace ver que el cuerpo es carne, pero también es emociones,
- me obliga a entrenarme en una introspección para conocer, entender y controlar a mis propioceptores,
- establece una relación médico/paciente desde una perspectiva de cohabitación tisular,
- produce en el otro una experiencia de afinación somática que es fundamental para optimizar sus mecanismos homeostáticos y alostáticos, y
- me torna vulnerable porque no puedo escuchar sin ser escuchado y, en cierta manera, mi identidad se extiende más allá de la seguridad que me proporciona mi protección epidérmica.

Vale decir, forma los cimientos de varios conceptos: una anatomía somática que es otra forma de entender el cuerpo, una psicofisiología que al unificar campos de estudio permite estudiar procesos que antes solo se concebían fragmentados, una afinación somática como base del tratamiento, una revisión necesaria de los estatutos de relación conmigo y con el otro, y una filosofía holística que le da sentido a todo y nos permite ser y hacer de una manera más presente y más plena.

Creo que la fusión somática tiene todo para que la consideremos el fulcrum gracias al cual la osteopatía revoluciona el paradigma de la salud.

IV

LA ESCUCHA COMO PROCESO 3: COGNICIÓN

12. Abordajes diagnósticos

Vamos a hacer un paréntesis. Nuestra hipótesis principal es que la escucha preforma el razonamiento clínico que permite arribar a un diagnóstico, pero el diagnóstico osteopático ostenta características particulares encauzadas por sus principios filosóficos, y es imprescindible describir en qué consiste ese razonamiento clínico. A esa tarea nos vamos a dedicar en este capítulo.

Vamos a alejarnos un poco de la escucha, pero solo para poder después adentrarnos más en ella.

Etapas de la sesión

Una sesión osteopática típica tiene 4 partes: la anamnesis, la exploración física, el diagnóstico y el tratamiento, que se corresponden a las acciones de aprender, sentir, pensar y hacer.

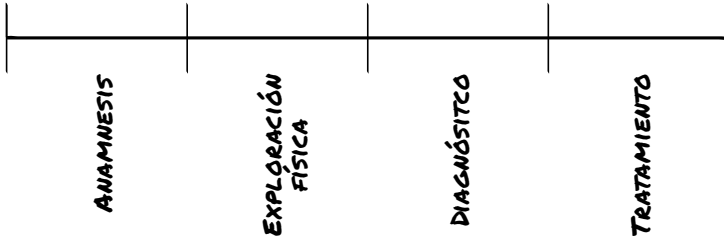
La anamnesis es la recolección de la información que nos narra el paciente, que probablemente incluya el motivo de consulta, algunos síntomas y quizás algún evento pasado que pareciera tener alguna relación. El terapeuta amplía el relato del paciente por medio de preguntas, básicamente para tener información más detallada y evaluar el contexto y antecedentes.

La exploración física es el examen del cuerpo del otro, recolectando por menores significativos, e incluye inspección visual, escucha y tests ortopédicos. En esta fase, el terapeuta recolecta otros signos que el paciente podría no tener presente y determina disfunciones que pueden estar relacionadas con los síntomas y signos.

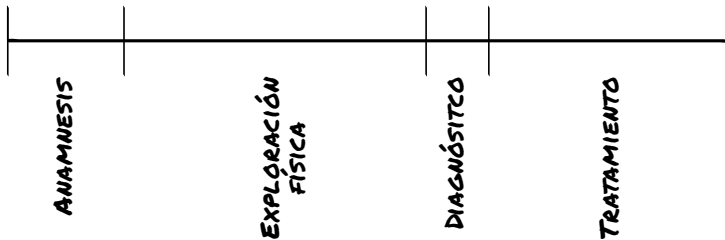
El diagnóstico coincide vagamente con lo que hasta aquí hemos llamado ‘cognición’; es el momento de quitar las manos del cuerpo, recorrer mentalmente toda la información recolectada en la anamnesis y el examen físico, y razonar con el fin de recrear el modelo de cadena etiológica.

El tratamiento comprende las acciones sobre el cuerpo y la mente del otro, orientados a dismantelar o trascender los obstáculos a su autocuración, o quizás simplemente a orientar al cuerpo para que pueda autorregularse.

La sesión estaría dividida secuencialmente de esta manera:



Este diagrama sirve como metáfora posicional y no captura la duración relativa de cada fase. Las sesiones de la vida real van y vienen. La anamnesis tiende a ser más larga en la visita inicial. El examen físico suele requerir más tiempo que los demás. El diagnóstico, que a veces consiste simplemente en un momento de ¡Eureka!, puede ser breve en comparación. Si asignáramos a los segmentos longitudes que fueran proporcionales a sus respectivas duraciones, la distribución sería más cercana a esto:



En la práctica, todo este proceso que yo presento como pasos sucesivos no es lineal, sino que voy y vengo a través de todos ellos, escuchando, deduciendo, haciendo tests, preguntando, deduciendo otra vez, escuchando en otro lado, acordándome de algo que el paciente me refirió antes y que en ese momento no supe relacionar, haciendo otro test, volviendo a escuchar en un lugar ya evaluado, pero con otro foco u otra intención.

Una oscilación similar ocurre entre el diagnóstico y el tratamiento. A veces necesito tratar una disfunción (aun sabiendo que es compensatoria) para poder desenmascarar alguna otra disfunción oculta. A veces, en medio del

tratamiento aparecen datos antes desconocidos. Muchas veces, en medio de una maniobra de corrección, el paciente se acuerda de un dato relevante que pasa a ser parte de la cadena disfuncional. A veces no puedo llegar a elaborar la cadena etiológica completa porque el paciente no se acuerda de algo o me oculta cosas, o porque existe algún evento significativo que no se le ocurre relacionar, y tengo que hacer un tratamiento tentativo.

Diagnóstico diferencial versus diagnóstico etiotrópico

Tanto la meta como el proceso del diagnóstico osteopático son distintos de los de la medicina convencional, y vale la pena notar las diferencias.

El diagnóstico diferencial

En el ámbito de la medicina convencional, el método característico es el diagnóstico diferencial, que consiste en los siguientes pasos:

Datos iniciales:

El primer paso consiste en recolectar síntomas y signos.

Los *síntomas* son experiencias subjetivas reportadas por el paciente, e incluyen el motivo de consulta y funcionamientos corporales que el paciente experimenta como anómalos.

Los *signos* son indicaciones objetivas de una enfermedad, y puede detectarlos el médico en la consulta (como una erupción visible o una respiración dificultada captada con el estetoscopio) o aparecer luego de un análisis químico o de imágenes (como un exceso de glucosa en sangre o una variación anatómica en el tejido óseo).

La colección completa de síntomas y signos presentes en un paciente se denomina *cuadro semiológico*.

Meta del diagnóstico:

Se debe encontrar una única patología que provoque todos los síntomas y signos del cuadro semiológico.

Proceso:

A partir de su conocimiento de las patologías existentes y los síntomas y signos que producen, el médico busca inicialmente todas aquellas que podrían causar el cuadro semiológico del paciente, para luego ir descartándolas gradualmente hasta quedarse con solo una.

Cuando hay más de una patología posible, la estrategia es ampliar el cuadro semiológico para hacer la búsqueda más restrictiva. Para eso, se deben buscar más signos, solicitando estudios (análisis de sangre o de orina, resonancias magnéticas, ecografías, electrocardiogramas, etcétera) o realizando algunos tests durante la consulta (como el signo de McBurney si se sospecha apendicitis, o el test de Lasègue ante un dolor lumbar para comprobar si existe compromiso radicular). Por ejemplo, si el cuadro semiológico podría apuntar a las patologías A, B o C, y sabiendo que A es la única de las tres que puede producir el signo x, se puede solicitar un estudio para comprobar si el paciente presenta el signo x. En caso positivo, se diagnostica al paciente con la patología A, y el proceso concluye. En caso negativo, es necesario seguir diferenciando patologías hasta que quede una única posible. (Nota: Si el signo x sucede siempre que existe la patología A, se dice que es *característico* de A. En ese caso, dado que x no sucede en el cuadro sintomático de este paciente, se puede descartar A y seguir diferenciando entre B y C; pero si A puede o no producir el signo x, se debe continuar diferenciando entre A, B y C buscando algún otro criterio).

Final del proceso:

El diagnóstico termina cuando se encuentra la patología correcta.

La patología es la correcta si:

- a) Todos los síntomas y signos recolectados pueden ser producidos por ella.
- b) El paciente despliega todos los síntomas y signos característicos de la patología.
- c) Existe solo una patología que cumple las primeras dos condiciones.

En ocasiones, el médico emite un diagnóstico *presuntivo*. Esto significa que no hay evidencia suficiente para concretarlo, y, por lo tanto, tiene carácter provisional. Cuando un médico solicita un estudio, tiene la obligación de acompañar la indicación con un diagnóstico presuntivo.

Enfoque:

La idea base del diagnóstico diferencial es que existe un protocolo de tratamiento estipulado para cada patología. Una vez identificada la patología, el tratamiento a prescribir es inmediato (aunque puede ocurrir que una patología sea incurable, y no tenga tratamiento asignado).

Como dicen Leder y Krucoff (2008): “La clasificación de enfermedades no se centra tanto en el individuo como en los patrones, generalizados en la población, de lesiones anatómicas o fisiológicas características y sus grupos de síntomas asociados. Idealmente, la etiqueta de la enfermedad también invoca una etiología explicativa, un resultado pronóstico y un conjunto de opciones de tratamiento, todo basado en las teorías y la base de conocimientos de la ciencia médica”.

El diagnóstico etiotrópico

En la clínica osteopática, el método es el diagnóstico osteopático que, para evitar tautologías, vamos a llamar diagnóstico etiotrópico (porque busca las causas).

Consiste en:

Datos iniciales:

Recolectar síntomas, eventos históricos significativos y disfunciones.

Los *síntomas* son los mismos que en el diagnóstico diferencial.

Los *eventos históricos* incluyen antiguas cirugías, traumatismos y enfermedades significativas. De especial consideración son los eventos que sucedieron poco antes de la aparición del síntoma. Si el síntoma apareció hace 6 meses, el osteópata debería preguntar qué sucedió hace 7 u 8 meses. Lo que sucedió puede ser desde una cirugía, traumatismo o enfermedad hasta cambios de hábitos, cambio de trabajo, divorcio, o incluso un cambio de colchón.

Las *disfunciones* son variables anatómicas o respuestas somáticas que se apartan de lo normal. No hay análisis de sangre o estudios de imágenes, aunque si el paciente los trae son bienvenidos. Las disfunciones se obtienen del examen físico: posturas, tests de movilidad, tests de reflejos, y la senso-percepción del terapeuta.

Meta:

El osteópata debe rastrear el camino etiológico desde uno o más eventos externos hasta el síntoma, entrelazando todos los eventos intermedios. La meta es armar una cadena causal que abarque el espectro de disfunciones descubiertas durante la exploración. Si bien esta cadena no es lineal, posee cierta direccionalidad etiológica, con una o más de las disfunciones como causas primarias de toda la cadena.

Meta adicional:

El terapeuta también necesita descubrir por qué el organismo no está orquestando su propia curación. No se trata solo de revelar los desencadenantes de la disfunción, sino además comprender el factor que obstaculiza las capacidades innatas de autocuración del cuerpo. Sin esta dimensión crucial, lo que se obtiene no es una cadena etiológica, sino simplemente una secuencia causal.

Proceso:

El propósito es armar una red causal a partir de los datos recopilados. Esto implica una búsqueda bidireccional: de cada disfunción encontrada, buscar tanto sus causas como sus efectos.

Si la cadena no está completa, o quedan disfunciones sueltas, la investigación continúa hasta completarla. Esto implica una búsqueda continua de nuevas disfunciones o circunstancias relevantes que pudieron haber eludido nuestra inspección inicial. Durante el examen físico, pueden aparecer datos adicionales desconectados, como una postura específica, un tic, alguna disquinesia o movilidad limitada en una parte del cuerpo. Todos estos son nuevos elementos de información que deben disponerse cronológicamente.

Final del proceso:

El diagnóstico termina una vez completada la cadena etiológica.

La cadena está completa cuando:

- a) todas las disfunciones encontradas están incluidas en ella.
- b) todos los eslabones de la cadena fueron causados o por otro eslabón o por un evento externo.
- c) La limitación del proceso de autocuración queda explicada por su configuración.

Enfoque:

La idea del diagnóstico etiotrópico es encontrar un tratamiento para las disfunciones primarias, preponderantes o perpetuantes, que son las que causan y/o sostienen todas las otras (es decir, impiden la autocuración). Este tratamiento personalizado, determinado por el funcionamiento particular del organismo del paciente, se llama *tratamiento idiográfico*.

| | DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL | DIAGNÓSTICO ETIOTRÓPICO |
|-------------------------------------|---|---|
| Autopoiético | Síntomas y signos | Síntomas, signos, eventos históricos significativos, disfunciones |
| Datos iniciales | Determinar una única patología que provoque ese cuadro semiológico | Encontrar el camino etiológico desde uno o más eventos externos hasta el síntoma, con todos los eventos intermedios. Además, averiguar también por qué el organismo no se está autocurando |
| Proceso | Buscar todas las patologías que puedan producir el cuadro semiológico del paciente, para luego ir descartándolas gradualmente hasta quedarse con sólo una | Armar una cadena etiológica en base al conjunto de síntomas y signos recolectados |
| Método | Indicar nuevos estudios para encontrar más signos que diferencien las patologías posibles | De cada disfunción encontrada, buscar sus causas y sus efectos |
| Final | El diagnóstico termina cuando se encuentra la patología correcta | El diagnóstico termina una vez completada la cadena etiológica |
| Criterio de finalización | La patología es la correcta si: a) Todos los síntomas y signos recolectados pueden ser producidos por ella. b) El paciente despliega todos los síntomas y signos característicos de la patología. c) Existe sólo una patología que cumple las primeras dos condiciones | La cadena está completa cuando: a) todas las disfunciones encontradas están incluidas en ella. b) todos los eslabones de la cadena fueron causados o por otro eslabón o por un evento externo. c) La limitación del proceso de autocuración queda explicada por su configuración |
| Enfoque | La idea base del diagnóstico diferencial es que existe un protocolo de tratamiento estipulado para cada patología. Una vez identificada la patología, el tratamiento a prescribir es inmediato | La idea del diagnóstico etiotrópico es encontrar un tratamiento para las disfunciones primarias, preponderantes o perpetuantes, que son las que causan y/o sostienen todas las otras |

Comparación

Las diferencias entre los dos procesos de diagnóstico nacen de las discrepancias en los principios rectores de la praxis de cada una.

1) En la osteopatía, la praxis se basa en métodos manuales. El principio que determina esto es el de “La estructura gobierna la función”.

En el diagnóstico, esto redundaría en que las disfunciones se buscan en las estructuras anatómicas. A diferencia de la medicina convencional, no se depende de estudios de imágenes o análisis químicos.

2) La osteopatía adopta una estrategia diagnóstica etiotrópica, guiada por el principio “Tratar la causa, no el síntoma”. Este enfoque busca develar las causas últimas de las disfunciones. Si un paciente reporta un dolor, no buscamos aplacar el dolor, sino encontrar toda la organización de eventos y propiedades que desembocaron en ese dolor. En la medicina convencional, el principio es sintomático: desmantelar el motivo de consulta.

En este punto, quiero hacer una aclaración. Muchas veces, ante un dolor, el médico sí parece buscar la causa. Por ejemplo, ante un dolor en el hombro, el traumatólogo indaga, hace algún test, e incluso puede solicitar una resonancia magnética, identificando en última instancia alguna condición, como una tendinosis del músculo supraespinoso. Con el diagnóstico de tendinosis se siente satisfecho, porque es una patología única que causa todos los síntomas y signos que experimenta el paciente. Sin embargo, la tendinosis es la causa del dolor, y no la causa de la patología. Pero el médico no indaga más: su tarea no es encontrar la causa de la patología, sino la causa del síntoma⁴⁰. Por supuesto, hay médicos que pueden extender su investigación, pero la tendencia general es considerar completa la etapa diagnóstica una vez que se pone un nombre a la patología que causa el síntoma.

El aspecto distintivo de la osteopatía radica en su compromiso de buscar la causa de la patología. Esto impulsa una exploración causal recursiva, persistiendo hasta que se identifica un evento externo como el desencadenante raíz. Si ese evento externo fue algo que sucedió una vez, como un traumatismo, basta corregir los resabios que dejó y restaurar el funcionamiento del mecanismo de autocuración. Pero si ese evento externo es un hábito o una mala técnica deportiva actuales, es necesario corregir esa conducta para prevenir la recurrencia del problema.

**EL ASPECTO DISTINTIVO DE LA OSTEOPATÍA
RADICA EN SU COMPROMISO DE BUSCAR
LA CAUSA DE LA PATOLOGÍA.**

40 Muchos pacientes suelen estar alineados con la filosofía positivista, y creen que la solución es encontrar el nombre del problema. Mientras los médicos no encuentren un diagnóstico (“Usted tiene x”), se sienten frustrados.

3) En el ámbito de la osteopatía, la estrategia de tratamiento se desarrolla a través de una interpretación idiográfica, encapsulada por el lema “Tratar al paciente, no a la enfermedad”. Esto implica crear un diagnóstico personalizado que profundiza en las experiencias y condiciones únicas de cada individuo. El razonamiento se basa más en la anatomía y fisiología que en conocimientos sobre patología⁴¹. La medicina convencional, por el contrario, adhiere a un principio nomotético y genérico: intenta ubicar el cuadro semiológico dentro de una clasificación normalizada de patologías conocidas, y asignar un tratamiento genérico preestablecido.

4) En la osteopatía, los criterios son cibernéticos, representados por la ley de la arteria. La búsqueda de causalidades e influencias pone el énfasis en comprender las comunicaciones y los intercambios intracorporales, por vías sanguíneas, nerviosas, cerebrospinales y linfáticas. En contraste, la medicina convencional se basa en una correlación taxonómica entre patologías y cuadros semiológicos, establecida por la ciencia médica a partir de datos estadísticos y experimentación. Esta distinción se relaciona con el punto anterior: un osteópata, al analizar los tráficos y las comunicaciones internas, se basa principalmente en sus conocimientos de anatomía y fisiología, mientras que un médico convencional, al comparar cuadros semiológicos con enfermedades, se basa sobre todo en conocimientos de semiología y patología.

5) En la osteopatía, el horizonte de aplicación de la clínica se determina según una visión holística, enunciada en el principio de que “El cuerpo es una unidad”. En este sentido, las disfunciones a buscar pueden estar en el cuerpo, en la mente o en las emociones. La búsqueda de causalidad se extiende a lo largo de estas dimensiones interconectadas. La medicina convencional opera de modo reduccionista y mecanicista: solo se ocupa de disfunciones físicas, dejando las perturbaciones psicológicas o emocionales fuera de su alcance.

6) En la osteopatía, existe un abordaje autopoietico de tratamiento: “El cuerpo tiene capacidad de autocuración”. Esta filosofía va más allá de simplemente desentrañar la cronología causal, como ya se enfatiza en la ejecución etiográfica, para indagar además en los factores que obstaculizan las capacidades innatas de autocuración del organismo. En la medicina

41 Esto se relaciona también con el precepto de Andrew Taylor Still de buscar la salud, y no la enfermedad. En las carreras de osteopatía se hace más hincapié en la fisiología normal del organismo, mientras que en las de medicina prevalece el estudio pormenorizado de la fisiología morbosa. Basta pegar una ojeada a los índices de los libros clásicos de endocrinología (Greenspan, Williams, McDermott). Uno esperaría encontrar descripciones detalladas del funcionamiento del sistema endócrino, con capítulos del tipo Hipotálamo, Glándulas adrenales, Eicosanoides, Receptores adrenérgicos, Funciones de la insulina, etc. Sin embargo, los capítulos son del estilo Diabetes, Osteoporosis, Síndrome de Cushing o Hipertiroidismo.

convencional, el principio rector es una “tercerización” de la homeostasis: si algo funciona mal, hay que intervenir para que funcione bien. Los casos extremos de esta tercerización son lo que le dan fama de ‘alopática’: se cura por el efecto opuesto. Por ejemplo, si alguien tiene presión alta, se le prescribe un medicamento para reducirla. Esto es lo que Illich (1976) nombra como “gestión heterónoma” de la salud, por oposición a una gestión autónoma.

Por supuesto, estas interpretaciones representan tendencias y filosofías generales dentro de los respectivos campos. Es importante reconocer que los profesionales individuales varían ampliamente en sus enfoques. Entre los médicos, hay muchos que hacen una indagación profunda, porque reconocen la importancia de tratar al paciente en lugar de centrarse únicamente en la enfermedad. De hecho, uno de los mayores defensores de este principio fue William Osler, considerado el padre de la medicina interna. De manera similar, los osteópatas pueden variar en la profundidad de sus investigaciones y en el grado en que adaptan los tratamientos, y hay muchos osteópatas que pueden inclinarse hacia tratamientos genéricos.

Disfunciones⁴²

El concepto de disfunción es fundamental tanto en la didáctica como en la clínica osteopática. Se dice que los osteópatas se ocupan de detectar y corregir disfunciones. Sin embargo, este concepto no está privado de confusiones y ambigüedades. Tanto la definición como los modelos operativos de disfunción fueron mutando a lo largo de los años, llegando incluso a resultar en parte desnaturalizados por los embates del modelo biomédico, de manera que no existe, en la actualidad, un consenso preciso de lo que representa. Existen, sí, definiciones oficiales formalizadas por instituciones de renombre, pero son intentos académicos que poco tienen que ver con el uso que se le da al concepto en la enseñanza y la práctica cotidiana.

Veamos algunas características medianamente consensuadas para forjarnos, no una definición, sino un arquetipo que nos sea útil en el contexto de El Cuerpo y La Escucha.

En principio, aclaremos que una disfunción no es una patología. Dado que una de las metas de la osteopatía es buscar la salud y no la enfermedad,

42 El término completo es Disfunción Somática. Dado que en este contexto no necesitamos distinguirlas de algún tipo de disfunción a secas, vamos a nombrarlas con el nombre informal y simplificado de Disfunción. En este texto repetimos este concepto tan a menudo, que la omisión de esas solas ocho letras puede llegar a salvar unos cientos de árboles.

la idea de detectar disfunciones para desarticularlas corre el peligro de llevarnos a un campo tecnocrático que poco tiene que ver con el concepto holístico de salud. La tarea del osteópata debe ser la de buscar la salud, y no la patología, y, por lo tanto, en el detalle de la praxis clínica, su objetivo no debería ser el de desarticular disfunciones, sino más bien el de articular los intercambios materiales, energéticos e informacionales que permitan disponer un estado de salud. Esto es fundamental: una disfunción somática no puede ser una patología, porque no buscamos ni clasificamos patologías.

Parsons y Marcer (2005), citando a Fossum, proponen: “La identidad osteopática no depende de la disfunción somática como característica identificativa, sino de nuestra capacidad de identificarla con la filosofía original de Still, Littlejohn y otros, y de expresarla clínicamente mediante nuestra evaluación y tratamiento del paciente. La disfunción somática tiene valor desde el punto de vista didáctico, aunque desde el filosófico, solo como parte del todo”.

En este sentido, es necesario estar atento a las “falsas disfunciones”, fenómenos que parecen disfunciones, pero son en realidad funciones, tal como el ejemplo ilustrativo de la fiebre⁴³.

En segundo lugar, destaquemos esta determinación: las disfunciones pueden encadenarse. Al establecerse una disfunción en determinada estructura, el cuerpo puede compensar esa falta de función afectando el comportamiento de otra estructura con el objetivo de que los efectos sistémicos sean menores. Esta compensación, dado que afecta una función, es también una disfunción. En este caso, se dice que es una *disfunción secundaria* o compensatoria, mientras que a aquella original se la denomina *disfunción primaria*.

GLOSARIO: DISFUNCIÓN PRIMARIA Y COMPENSATORIA

DISFUNCIÓN PRIMARIA: Cualquier disfunción que se origina por un acontecimiento u objeto externo al organismo.

DISFUNCIÓN COMPENSATORIA: Cualquier disfunción que se origina como intento de minimizar los efectos de otra disfunción.

43 La fiebre es un mecanismo de defensa contra infecciones virales o bacterianas. La función de la fiebre es crear un escenario donde a los gérmenes les sea más difícil reproducirse.

Esta distinción llegó a esgrimirse, en algún momento, como estrategia de diagnóstico, asegurando que solo era necesario tratar disfunciones primarias, dado que, al desaparecer estas, las compensatorias se desmantelarían solas al no tener razón de existir.

Si bien este argumento tiene cierta lógica, pueden existir casos donde esto no se verifique. Un ejemplo es el propuesto por Parsons y Marcer (2005). Según ellos, un período disfuncional prolongado puede producir consecuencias perpetuantes en los tejidos. Una disfunción compensatoria puede producir fibrosis que no se eliminen junto con la disfunción primaria. En ese caso, puede no ser suficiente remover las disfunciones primarias para que las secundarias se desarticulen solas.

Lo cierto es que el adjetivo “primario” identifica solo el origen causal cronológico, que no necesariamente representa el patrón disfuncional actual. Para salvar esta incertidumbre, algunos osteópatas comenzaron a usar el concepto de disfunción “preponderante” o “prioritaria”, que sería aquella que da armazón a toda la cadena disfuncional.

Permítanme confrontar estos dos conceptos de disfunción preponderante y disfunción primaria. El concepto de disfunción preponderante tiene que ver con el sostén de la cadena disfuncional, y como tal es fundamental para el tratamiento: resolviendo la disfunción preponderante nos aseguramos de que el tratamiento sea *efectivo*. Por otro lado, el concepto de disfunción primaria tiene que ver con el origen causal, y es imprescindible en el diagnóstico: asegurándonos que las disfunciones primarias no sigan ejerciendo influencia en el estado del organismo, nos aseguramos de que el tratamiento sea *definitivo*.

Como ejemplo de disfunción preponderante, podemos contemplar un caso de adherencia fascial causada por una cirugía, donde todas las otras disfunciones se generan por compensación de aquella. Si no resolvemos la adherencia, no podemos desmantelar la cadena disfuncional y, en ese caso, el tratamiento no es efectivo.

Como ejemplo de disfunción primaria, podemos tomar algún caso de epicondilitis causada por una mala técnica de revés en el tenis. En ese caso, quizás podamos desmantelar la cadena disfuncional actual, pero es necesario establecer alguna acción para mejorar la técnica de revés. De lo contrario, la causa de la disfunción primaria sigue activa, y en algún momento se volverá a instaurar una cadena disfuncional, similar o no a la que acabamos de desmantelar. Si no resolvemos la causa primaria, el tratamiento no es definitivo.

| | PREPONDERANTE | PRIMARIA |
|-------------------------------------|--|---|
| Definición | La disfunción que sostiene a todas las otras | La disfunción que origina a todas las otras |
| Qué informa | El estado actual | El origen cronológico |
| Campo | Presente | Pasado |
| Cómo se encuentra en el diagnóstico | Focalizando desde una impresión global hasta una localización anatómica específica | Remontando recursivamente desde los síntomas o disfunciones actuales hacia las causas pasadas |
| Importancia | Si no se libera, el problema no se resuelve | Si no se libera, el problema puede volver |
| Para qué necesitaríamos desmontarla | Para asegurarnos que el tratamiento sea efectivo | Para asegurarnos que el tratamiento sea definitivo |

La verdad es que el consenso de estas nociones es bastante limitado. Hay quien habla de disfunciones primarias y secundarias, y hay quien habla de disfunciones traumáticas y compensatorias, que son nociones cercanas, pero no equivalentes. Hay quien dice que hay que tratar las disfunciones primarias, y hay quien dice que se deben tratar las preponderantes. Hay quien asegura que hay solo una disfunción preponderante y quien sugiere que puede haber más de una. Hay quien dice que hay que tratar también las disfunciones compensatorias, o al menos algunas de ellas. Hay quien agrega el concepto de adaptaciones como entidad separada de las compensaciones, con algunas características que las distinguen. Existen incluso otras tipologías: disfunciones perpetuantes, sinérgicas, durmientes, tácitas y complejas.

Una sistematización exhaustiva de todos estos conceptos superaría la capacidad de este texto, pero no nos embrollemos por ahora. A los fines de los argumentos que queremos desarrollar aquí, me interesa establecer estos tres conceptos que no intentan determinar una definición completa: 1) una disfunción no es una patología, 2) no todas las disfunciones requieren tratamiento, y 3) las disfunciones se encadenan causal y funcionalmente.

La idea de que algunas disfunciones se resolverían solas al resolver otras tiene sustento en el principio de autocuración. Esto significa que una disfunción, o al menos algunas de ellas, no solo afectan alguna función, sino que además entorpecen los mecanismos naturales de autocuración.

En esta relación con el principio de autocuración, la disfunción se puede considerar según dos direcciones: 1) en tanto el mecanismo de autocuración no la resuelve, y 2) en tanto afecta al mecanismo de autocuración.

Hay que tener en cuenta que la reparación del tejido dañado requiere tiempo, y durante ese período se generan disfunciones o compensaciones temporales o modos de funcionamiento transitorios que deberían extinguirse cuando se logra la reparación. En esos casos *agudos*, durante el tiempo de reparación, aunque la función se encuentre alterada, no la consideraremos una disfunción. Podríamos aducir que el tratamiento adecuado es sencillamente esperar, mientras se protege medianamente la zona afectada para que no se produzcan nuevos daños. El ejemplo típico es un esguince reciente.

En el otro extremo, vamos a incluir dentro de las disfunciones a todo obstáculo a la autocuración, o a todo fenómeno que, en tanto componente de una cadena etiológica, contribuye a obstaculizar la autocuración, aun si tomado en forma aislada no lo identificaríamos como una disfunción en sí misma.

Este último concepto es clave. Habrá “disfunciones”, en el sentido de alteraciones del funcionamiento a ser tenidas en cuenta en el tratamiento, a las que habrá que prestar especial atención porque adquieren significancia clínica en tanto elementos de una cascada causal que determina el estado actual de la persona. Es decir, vamos a desviar el foco de atención de la disfunción individual hacia el efecto de conjunto de la cadena disfuncional. Este enfoque sistémico nos parece fundamental, porque algunos de los efectos disfuncionales pueden ser propiedades emergentes del conjunto que podrían pasar inadvertidas al analizar las disfunciones de manera individual.

Por lo tanto, vamos a redefinir *disfunción*, solo para el alcance de El Cuerpo y La Escucha, como un término genérico para incluir cualquier eslabón etiológico de una organización de fenómenos psicofísicos que termina creando un efecto de pérdida de alguna función y afectando el proceso de autocuración. A este entramado de fenómenos psicofísicos relacionados etiológicamente lo llamamos *cadena etiológica*.

Cadena etiológica

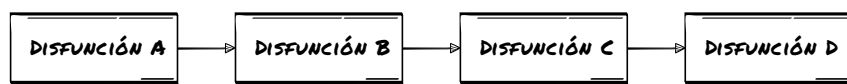
Ahora que ponemos el foco en la cadena como elemento sistémico y no en la disfunción individual, podemos volver al concepto de buscar la salud y no la enfermedad, que tanto nos hacía recelar al hablar de las disfunciones. La cadena etiológica no será un compendio de cosas que están mal, sino un mapa de funcionamiento. Es un modelo más fisiológico que patológico.

La idea de detectar disfunciones y armar la cadena etiológica no es restaurar la función perdida en cada disfunción, sino armar un mapa para entender al paciente, con sus vicisitudes, políticas, estrategias y paradigmas somatopsíquicos, con el objeto de entender qué mecanismos homeostáticos y alostáticos están en juego, por qué no terminan de curar o regular, y ayudar a su correcto funcionamiento. Así como decimos que no tratamos enfermedades sino pacientes, también debemos decir que tratamos personas, y no disfunciones.

Como dice Liem (2017): “Al interpretar los hallazgos, el punto no es reducir el proceso de diagnóstico a un procedimiento mecanicista lineal (por ejemplo, buscar la disfunción primaria), sino integrarlo en una visión completa y holística del paciente”.

Si bien los enlaces causales suelen ocurrir entre pares aislados de disfunciones, la traba al mecanismo de autocuración puede muchas veces ser una propiedad emergente del conjunto, que no puede ser deducida de ninguno de ellos individualmente. Por ejemplo, cuando una de las disfunciones existentes requiere, para su autocuración, recursos que no están disponibles a causa de otra de las disfunciones, o cuando los procesos de autocuración de dos distintas disfunciones compiten por los mismos recursos, sin que ninguna prevalezca sobre la otra. Ambas circunstancias producen un “abrazo mortal” que debe ser resuelto.

Antes de seguir, permítaseme un excurso sobre la terminología. Al definir la cadena etiológica tuve que elegir el nombre, y mi preferencia osciló entre dos posibilidades: llamarla cadena etiológica o llamarla red etiológica. Ninguna de las dos opciones me parece que representa la totalidad de lo que quiero decir. Decirle ‘cadena’ etiológica tiene la desventaja de evocar la representación de una cadena física, donde varios eslabones se siguen uno a otro, y, por lo tanto, connota una organización lineal de causalidades. Así:

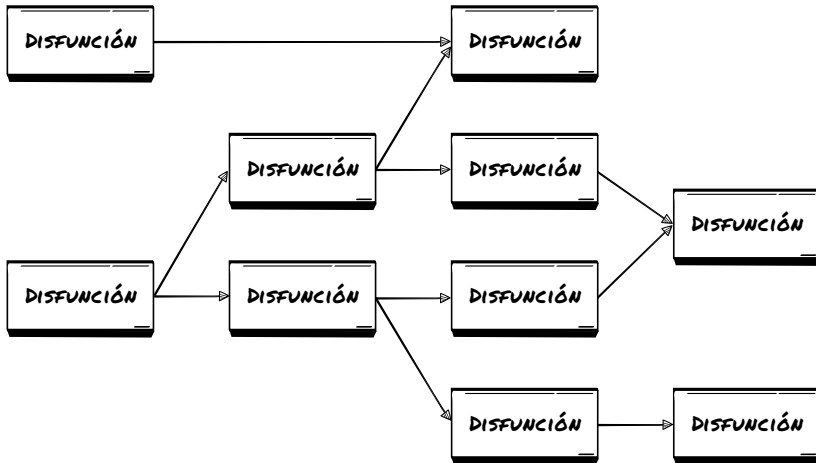


Lo que no queda representado en este nombre es que la organización causal no es lineal, sino que una disfunción puede causar más de una disfunción, y cada disfunción puede tener más de una causa.

El nombre de ‘red’ etiológica da más esa idea. Sin embargo, me da la sensación de que el término ‘red’ no representa cabalmente la organización jerárquica. La organización jerárquica es importante porque una de las

metas del osteópata es la de encontrar las disfunciones primarias que dan origen a todas las otras.

Por lo tanto, prefiero usar el nombre de cadena etiológica. Sin embargo, quiero que quede claro que la organización causal no es lineal, sino pluri-causal. Es, si se quiere, una cadena multidimensional, con una configuración de este estilo:



Buscar la salud

Volvamos un momento a eso de que el osteópata busca la salud y no la enfermedad. Esta idea, que a los osteópatas les encanta repetir, puede sacar de sus casillas a algunos estudiantes porque pareciera haber una lógica que no se termina de entender. Al fin de cuentas, todos estamos buscando lo que funciona mal, ¿no?

En principio, hay que entender que esa frase es, en cierta manera, un koan. Admito que la enunciación es un tanto críptica, pero no hay que buscarle demasiada lógica. La tiene, pero no la vamos a encontrar en las palabras. Hay que sentirlo. No está pensado para transmitirnos un conocimiento, sino para instarnos a desaprender.

La idea subyacente referencia dónde poner el foco. En la búsqueda clínica, me ilumino con la linterna de la salud, y no con la de la enfermedad.

El diagnóstico diferencial se basa en conocimientos de patología, mientras que el diagnóstico etiotrópico se basa en conocimientos de

anatomía y fisiología. Por supuesto que el médico utiliza también conocimientos de anatomía y fisiología, y el osteópata hace uso de conocimientos de patología, pero solo como herramientas de apoyo. Un médico con conocimiento idealmente perfecto de la patología (es decir, que supiera todas las enfermedades existentes con todos los síntomas y signos que producen) no necesitaría, para cumplir su función, saber nada de anatomía o fisiología. Podría encontrar una enfermedad *x* y asignar un tratamiento sin considerar el funcionamiento fisiológico⁴⁴. De la misma manera, un osteópata con conocimiento perfecto del funcionamiento del cuerpo no necesitaría saber nada de patología. Podría encontrar algo que está funcionando mal en el cuerpo sin saber si existe un nombre estipulado para ese cuadro semiológico.

EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SE BASA EN CONOCIMIENTOS DE PATOLOGÍA, MIENTRAS QUE EL DIAGNÓSTICO ETIOTRÓPICO SE BASA EN CONOCIMIENTOS DE ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA.

Ahora bien, al definir la cadena etiológica, pareciera que venimos oscilando entre dos descripciones que no son equivalentes. Por un lado, decimos que la cadena etiológica es el conjunto sistematizado de disfunciones existentes; por otro, decimos que es un mapa completo del funcionamiento del paciente. Claramente, esos dos enunciados no sugieren el mismo contenido.

Vamos, por fin, a articular esos dos extremos, con la siguiente aclaración: la cadena etiológica no representa *todo* el funcionamiento del paciente, sino aquello que es relevante para la situación clínica. Esto incluye las disfunciones (sintomáticas o no), las propiedades o eventos históricos que me llaman la atención y que me parece podrían tener alguna consecuencia (una cirugía antigua, por ejemplo) e incluso modos de funcionamiento relacionados (estrategias de protección sensibilizadas u obsoletas, políticas corporales de eficiencia, insolvencias psicomotrices, preferencias cinéticas autónomas o adquiridas, mecanismos de defensa activos, compromisos compensatorios

44 De hecho, existen innumerables “comprobadores de síntomas”, que son apps o sitios que aceptan como parámetros un conjunto de síntomas y sugieren posibles patologías. Se trata de versiones “de venta libre” de sistemas de diagnóstico asistido por computadora (CAD) más complejos, que tienen una infraestructura similar pero una base de datos y una terminología médica más grandes. Todos esos sistemas funcionan sobre una base de datos de estadísticas sobre las relaciones síntoma-patología. No existe una base de datos de fisiología que se utilice durante el proceso de diagnóstico y, entre todas las impresionantes innovaciones que esos sistemas han experimentado en las últimas décadas, nadie ha considerado agregar conocimientos de fisiología a su procesamiento central.

recientes o antiguos, contingencias fisiológicas, caducidades adaptativas que pueden haber sido útiles alguna vez y se mantienen por inercia o costumbre).

Luego de esa aclaración, podemos articular las dos definiciones que venimos construyendo:

- Una cadena etiológica es un encadenamiento causal de actos, procesos y estados anatomo-fisiológicos que, en conjunto, a) impide o dificulta una función y b) es impermeable a los mecanismos de autocuración.
- Una disfunción somática es cualquier eslabón de la cadena etiológica.

El diagnóstico recursivo

Con esas dos definiciones, podemos establecer algunas características más del diagnóstico etiotrópico.

La recursividad del proceso diagnóstico

El diagnóstico diferencial es analítico (va restringiendo el campo de atención descartando elementos existentes, hasta enfocar en una patología atómica), pero el diagnóstico etiotrópico es sintético (va ampliando el campo de atención agregando elementos nuevos, hasta montar un modelo completo que los articula).

Confrontemos lo que dice Gale (2011): “Mientras que en biomedicina el objetivo de la consulta es llegar a una etiqueta de enfermedad singular (el diagnóstico), en las terapias de medicina alternativa y complementaria el objetivo es comprender la forma en que la enfermedad se ha manifestado en el cuerpo como respuesta a factores externos y disturbios internos, y cómo esa enfermedad ha cambiado con el tiempo para convertirse en la angustia encarnada escuchada en la consulta. Además, si bien el diagnóstico biomédico es una herramienta en la selección de un tratamiento adecuado, pero no tiene un papel intrínseco en la curación, la construcción de la historia del cuerpo, tanto en homeopatía como en osteopatía, es también una parte integral del proceso de curación inseparable del tratamiento”.

El diagnóstico etiotrópico es recursivo, en el sentido que cada elemento encontrado dispara un subproceso diagnóstico local similar, que se detiene solo al encontrarse con un fenómeno causal externo.

La construcción de ese modelo causal es significativa porque el trata-

miento osteopático tiene como objetivo desarticular la cadena etiológica, y no solamente hacer desaparecer los síntomas. Los síntomas son utilizados como uno de los parámetros de entrada para deducir la cadena etiológica, y a lo largo del tratamiento pueden utilizarse como control para verificar los cambios que se producen, pero podría darse el caso que todos los síntomas desaparezcan y tengamos que seguir trabajando para dismantelar los resabios de la cadena disfuncional, aun si no tienen síntoma asociado que las exprese. Se produce una paradoja operativa: la osteopatía es efectiva en el alivio de síntomas sin el uso de medicación, no porque utilice otros métodos, sino principalmente porque no busca el alivio de síntomas. Por los mismos motivos, es efectiva como prevención, porque puede actuar aun antes de que los síntomas aparezcan. La clave de la osteopatía está en el diagnóstico más que en el tratamiento.

Los dos caminos de abordaje del proceso diagnóstico

En cuanto al camino de exploración diagnóstica, los osteópatas suelen aplicar dos estrategias distintas: una implica partir del síntoma y remontar las causas hacia atrás, y la otra consiste en partir de una mirada global y estrechar progresivamente el enfoque a regiones anatómicas clave.

En el primer enfoque, que llamo estrategia de *remonte causal*, el proceso comienza con un examen detenido del síntoma en sí. Tomemos el ejemplo de un paciente que experimenta dolor en el hombro atribuido a la tendinosis del músculo supraespinoso. Para desentrañar los orígenes, una investigación más profunda revela fibrosis en la fascia clavipectoral que impide el movimiento de la articulación glenohumeral. Profundizando más (“¿de dónde viene esa fibrosis?”), se descubre que una cirugía de estómago previa dejó una adherencia. Así, emerge una cadena causal: cirugía -> adherencia inducida por la reparación del tejido -> espasmos protectores en los músculos del hombro para proteger los órganos de las tracciones generadas por esa adherencia -> refuerzo con fibras de colágeno en la fascia -> formación de fibrosis que restringe la movilidad muscular -> compensación por otros músculos, llevando a una coreografía muscular alterada -> desalineación causante de la tendinosis -> ocasionando dolor.

Por otro lado, la estrategia de *focalización anatómica* comienza con una evaluación más amplia, ignorando momentáneamente el síntoma. Para esto, ejecuto algún test global, que me indica qué región del cuerpo está más afectada. Quizás encuentre que la región más afectada es la esfera abdominal.

Entonces, hago una evaluación un poco más acotada de esa región, con tests denominados “locales”. Alguno de esos tests me indica que la esfera abdominal está más afectada en la zona del estómago. Pruebas específicas subsiguientes señalan el problema en la parte superior del estómago, y además revelan un problema ligamentoso en lugar de uno parenquimatoso, es decir, que el problema no está en el estómago en sí mismo, sino en sus fijaciones. Finalmente, un test diferencial proporciona precisión e identifica una adherencia en el ligamento gastroesplénico que restringe el movimiento de flexión del estómago⁴⁵.

Con frecuencia, el camino diagnóstico adopta una forma híbrida, combinando elementos tanto de remonte desde el síntoma como de focalización desde una impresión global. Podría refinar simultáneamente desde una visión global hasta un área específica mientras remonta desde el síntoma, o viceversa, creando un camino entrelazado. El objetivo final, independientemente del enfoque implementado, sigue siendo descubrir una cadena disfuncional común.

En esencia, el camino de remonte causal desde el síntoma es deductivo, y el camino focalizador desde la impresión global es sensorial. En un hipotéticamente caso puro de remonte causal, puedo efectuarlo solo con conocimiento de la anatomía y fisiología, y preguntas sobre eventos históricos en la vida del paciente. En un hipotético caso puro de focalización anatómica desde una impresión global, no necesito ni deducir ni hacer preguntas: el resultado de cada instancia de test o escucha me va focalizando en una región. En la clínica cotidiana, por supuesto, estas dos herramientas -deducción y sensación- no solo se entremezclan, sino que se corrigen la una a la otra: pregunto, testeo, infiero, escucho, pregunto otra vez, escucho en otro lado.

Ambos caminos son igual de válidos, pero es necesario percatarse que los dos caminos tienen metas distintas. El camino de remonte causal es histórico: descubre procedencias e influencias hacia el pasado. El camino de focalización anatómica es presente: revela la situación actual⁴⁶. El osteópata remonta la cadena causal en el tiempo, pero focaliza en una región del espacio.

45 Soy consciente de que el uso de la palabra “diferencial” aquí puede generar confusiones, ya que anteriormente confronté el diagnóstico etiológico de la osteopatía con el diagnóstico diferencial propio de la medicina convencional. Lo cierto es que en la clínica osteopática pueden existir pequeñas instancias llamadas de “diagnóstico diferencial”, para confirmar o descartar disfunciones presuntas, pero no como una estrategia general, sino como ocurrencias circunstanciales.

46 La escucha puede darme pistas sobre eventos pasados. Por ejemplo, puedo percibir si algo le sucedió al paciente algún tiempo atrás. Sin embargo, lo que siento no es el pasado sino los resabios actuales. En el caso de un evento emocional, lo que percibo son los mecanismos de protección actuales que deduzco fueron establecidos o sensibilizados hace tanto tiempo por un evento de tal o cual tipo.

El primer camino lleva a las disfunciones primarias. El segundo camino lleva a la preponderante. Es necesario reconocer esta distinción porque, si bien muchas veces coinciden, ni las disfunciones primarias son siempre preponderantes, ni las preponderantes son siempre primarias.

En caso de no coincidir, además de descubrir la cadena causal y la zona de mayor influencia actual, el osteópata debe investigar por qué la disfunción primaria no es preponderante o por qué la preponderante no es primaria.

| Abordajes | | |
|------------------|--|--|
| | REMONTE CAUSAL | FOCALIZACIÓN ANATÓMICA |
| Punto de partida | Cuadro sintomático | Test global |
| Procedimiento | De cada síntoma o disfunción, buscar recursivamente las disfunciones o eventos que la causaron | De cada región anatómica, determinar la subregión que presenta la alteración más significativa |
| Método | Deductivo | Sensorial |
| Ámbito | Histórico | Actual |
| Qué determina | Las disfunciones primarias, y cómo originaron la cadena disfuncional | Las disfunciones preponderantes, y cómo sostienen la cadena disfuncional |

En el ejemplo proporcionado, ambos caminos diagnósticos convergieron en el mismo resultado: la adherencia en el tejido fascial adyacente al estómago. Esta coincidencia no es habitual. En este caso en particular, coinciden porque la primaria es la preponderante, y porque la cadena es de una sencillez que no suele encontrarse en la clínica cotidiana.

La estrategia de remonte causal es fundamental para reconstruir la cadena etiológica. El camino de focalización anatómica sirve para encontrar un eslabón o confirmar su existencia. Dada nuestra perspectiva, donde el objetivo del diagnóstico osteopático es reconstruir la cadena etiológica, el camino de remonte causal hacia atrás se convierte en una ruta obligatoria.

Dicho esto, existen osteópatas que no hacen un proceso de remonte causal, y, por lo tanto, no llegan a las causas. Simplemente, focalizan desde un test global hasta llegar a una disfunción específica y corrigen. A veces el proceso incluye un retesteo desde global, que los lleva a un destino nuevo,

y corrigen otra vez. En este caso, el diagnóstico y tratamiento se van alternando, en un modo de prueba y error. Según nuestra visión, aplicar un tratamiento sin conocer la cadena disfuncional es imprudente. Por un lado, podemos estar corrigiendo cosas que no debemos corregir. Por otro, si no conocemos las disfunciones primarias, no podemos garantizar que el problema no vaya a reincidir o reaparecer en otro lado. Parecería que este tipo de praxis no cumple con el principio de “tratar la causa y no el síntoma”. Es más, este suele ser el caso que teníamos en mente cuando denunciemos que muchas veces la escucha reemplaza al razonamiento clínico.

Para completar el diagnóstico, no es suficiente tener una cadena completamente ensamblada. Hay todavía un paso más que es crucial en el proceso. Cuando creemos que la cadena está completa y no tiene eslabones faltantes, cambiamos nuestro enfoque, marcando la conclusión de la fase etiológica y el inicio de una fase teleológica. Conocemos las disfunciones primarias, y, por lo tanto, entendemos cómo se originó la cadena disfuncional. Sin embargo, la tarea posterior es asegurarse de por qué el cuerpo instauró tanto las disfunciones primarias como todos los eslabones sucesivos.

Este paso no es redundante. Por ejemplo, podríamos encontrar en un caso que la causa primigenia de cierto dolor de rodilla es que la paciente es costurera, y su trabajo la obliga a pasar mucho tiempo sentada en una posición nociva. Quizás hayamos encontrado la cadena completa, desde el tipo de postura, con la espalda arqueada hacia adelante, un pie en el pedal y la otra pierna activando la rodillera de elevación del prensatelas, hasta el dolor actual. Al ver que el tipo de dolor y los músculos afectados encajan perfectamente con el tipo de movimiento necesario para activar la rodillera, casi inmediatamente asumimos que esa acción repetida es la causa del dolor. Sin embargo, debemos entender una cosa más: ¿por qué los otros millones de costureras que hay en el mundo no muestran todas un síndrome similar? Algo debe haber de particular en este caso.

Ciertas disfunciones o eslabones podrían servir como mecanismos de protección, y antes de corregirlos, es imperativo entender qué busca proteger el cuerpo. Lo que nos lleva al próximo punto.

El criterio de autocuración

Entender por qué el cuerpo no logra sanar es fundamental en osteopatía. Aquí, la búsqueda se orienta hacia una disfunción “perpetuante”, aquella que obstruye el mecanismo de autocuración. Esta disfunción perpetuante puede ser primaria, predominante, ambas o ninguna. Una fractura resultante de un

traumatismo sirve como ejemplo de una disfunción primaria, predominante y perpetuante.

En ciertos casos, el problema no es que el mecanismo no esté funcionando, sino que no ha transcurrido suficiente tiempo. Por ejemplo, si alguien se hizo un hematoma al caerse de la bicicleta ayer, el mecanismo de autocuración está en funcionamiento, pero no ha tenido tiempo suficiente para completar el proceso de reparación (el hematoma en sí mismo indica una curación en curso).

En otras ocasiones, el daño puede ser tan grave que supera la capacidad del cuerpo para recuperarse.

Pero a menudo el cuerpo no está sanando, aunque ya debería haber podido hacerlo. Entonces profundizamos para encontrar qué está deteniendo el proceso de autocuración. Por un lado, esto nos ayuda a facilitar el desbloqueo del proceso y permitir que el cuerpo retome su autocuración. Por otro, porque este impedimento a veces es más esclarecedor que la cadena causal en sí misma.

Tomemos, por ejemplo, el dolor crónico de espalda baja debido a un espasmo muscular persistente. Si el dolor comenzó después de inclinarse para podar las plantas, podría pensarse que es solo una distensión. Aunque esta cadena causal tiene sentido, si el dolor persiste durante meses, lo que debe llamarnos la atención es por qué no se está curando. Una investigación más profunda podría revelar una adherencia en el peritoneo debido a una cirugía pasada, haciendo que el psoas permanezca en espasmo como defensa contra tracciones intraabdominales. Esta tensión continua podría haberse agravado por un movimiento específico, convirtiendo un problema menor en dolor crónico. Actualmente, el músculo permanece en espasmo como un mecanismo de protección, anticipando y previniendo una posible tracción similar.

Pero vamos aún más allá. En ocasiones, la persistencia de una cadena disfuncional puede no derivar de un mecanismo de autocuración defectuoso, sino más bien de su activación intencional para desplegar un mecanismo de protección contra un daño mayor. Por ejemplo, si una mujer presenta fascitis plantar y tensión en los isquiotibiales, es evidente que la tensión en los isquiotibiales está contribuyendo a la fascitis. Sin embargo, comprender por qué los isquiotibiales están tensos se vuelve crucial. La paciente podría mencionar que esta tensión coincidió con un cambio en su rutina de gimnasio, y uno podría inclinarse a atribuir la causa principal a esta modificación del ejercicio. Sin embargo, se necesita una comprensión más específica, ya que muchas personas pueden hacer la misma rutina de gimnasio sin desarrollar fascitis plantar. Tras una investigación más profunda, podría revelarse

que la paciente se sometió a una cirugía uterina hace años y los isquiotibiales se están tensando para crear una retroversión pélvica, aliviando la tracción que las adherencias en el intestino podrían ejercer. En este escenario, la cadena disfuncional se mantiene deliberadamente *por* el mecanismo de autocuración, priorizando la protección de los órganos internos, aunque esto signifique inducir dolor en las plantas de los pies. En ese caso, corregir los isquiotibiales o la retroversión podría llevar a diversos resultados: un posible retorno de la fascitis (en el mejor de los casos), alguna otra forma de compensación, o, en el peor de los casos, la tracción de la adherencia podría de hecho causar problemas abdominales, la mismísima situación que el organismo intenta evitar mediante la tensión en los isquiotibiales.

Esta línea de razonamiento introduce otro criterio para la necesidad del camino de remonte causal: sin la visión integral proporcionada por la cadena, no podemos discernir cómo se ve afectado el proceso de autocuración. Aquellos que se limitan a escuchar sin un razonamiento clínico no están haciendo osteopatía, ya que no cumplen con el principio de que “el cuerpo tiene capacidad de autocuración” en su función performativa.

Propiedades emergentes de la cadena etiológica

Según nuestra visión, lo que debemos dismantelar es la cadena disfuncional, y no las disfunciones. Por supuesto, las disfunciones son eslabones de la cadena, y para romper una cadena debo desbaratar uno o más de sus eslabones.

**LO QUE DEBEMOS DESMANTELAR ES LA
CADENA DISFUNCIONAL, Y NO LAS
DISFUNCIONES.**

En este dismantelamiento, también dijimos que algunas de las disfunciones cobran una importancia particular. Las preponderantes deben ser desarmadas para desnaturalizar la cadena. Las perpetuantes deben ser desarmadas para liberar el mecanismo de autocuración. Las primarias deben ser desarmadas para evitar que la cadena se vuelva a instalar⁴⁷.

47 Este razonamiento es una simplificación a modo ilustrativo, no para prescribir el procedimiento clínico, sino para ayudar a entender la diferencia entre esas tres clases de disfunciones. La estrategia clínica debe incluir muchas otras consideraciones, dado que la realidad es mucho más compleja. Por ejemplo, es necesario tener en cuenta el modelo de diátesis/stress, que implica que a veces no hay una

Sin embargo, muchas de estas propiedades pueden ser emergentes, es decir, efectos de conjunto producidos por la conjunción de dos o más disfunciones, y en ese caso no hay, por ejemplo, una disfunción perpetuante, sino que la traba al mecanismo de autocuración surge de la interacción entre dos o más de las disfunciones existentes, y no se le puede asignar a ninguna de ellas tomadas individualmente.

Aquí es donde importa el principio holístico de que el cuerpo es una unidad: separar en partes puede conducirme a un callejón sin salida. En la medicina convencional, este proceso reduccionista produce el efecto típico de alguien que acude al médico a causa de un dolor y, luego de varios estudios, le dicen “usted no tiene nada”. El problema ahí es que no hay ninguna parte rota, y para la ciencia reduccionista los efectos del conjunto se deducen de los efectos de las partes. Si no hay ninguna parte rota o disfuncional, no podemos deducir nada sobre el conjunto.

Razonamiento y escucha

En este capítulo parece que nos olvidamos de la escucha.

Definimos y estructuramos un proceso diagnóstico base (el diagnóstico etiotrópico) con dos variaciones estratégicas (el remonte causal mediante conocimiento fisiológico y la focalización anatómica mediante tests).

Podría esperarse que en los próximos capítulos despleguemos un proceso diagnóstico alternativo usando la escucha, pero eso no va a suceder, porque el diagnóstico mediante escucha utiliza exactamente los mismos procedimientos y criterios.

Es que es justamente esta filosofía clínica la que le brinda a la osteopatía toda su eficacia y eficiencia. No son las técnicas, ni las maniobras, ni ninguna especie de sexto sentido para captar sutilidades, sino este tipo de razonamiento: el buscar las causas de los acontecimientos, el preferir una comprensión individualizada en vez de apelar a estadísticas genéricas, el respeto y la confianza en los mecanismos de autocuración del cuerpo, la inclusión de las esferas mentales y emocionales además de la física, y la atención en las vías de intercambio y comunicación internas.

La escucha se da cuando se produce una automatización tanto de la deducción fisiológica clínica como de los test focalizadores. Esta automatización sucede cuando esos dos procesos se corporizan, se meten en el cuerpo.

disfunción primaria, sino un efecto disfuncional primario, como efecto emergente de la concurrencia de dos o más disfunciones, ninguna de las cuales podría considerarse, por sí misma, como primaria.

Y si ya vimos que estas dos estrategias de diagnóstico a veces se intercalan y a veces directamente se funden, el hecho de que se corporicen en un mismo escenario (el cuerpo), tiende a facilitar su convergencia aún más.

Veamos cómo se interpenetran cuerpo y mente, y cómo se encapsulan y encarnan las distintas estrategias de diagnóstico.

13. La fase de cognición

Si en la fase de sensación dijimos que sucede una ubicación de los estímulos de acuerdo con parámetros espaciales no geométricos (una topologización) y en la fase de percepción un agrupamiento de estímulos en entidades (una ontologización), en la fase de cognición sobreviene una elaboración de las relaciones de esas entidades entre sí y con el todo, y vamos a llamar a ese proceso una *mereologización*. La mereología (del griego μέρος, “parte”) es la teoría de las relaciones entre partes: de las relaciones de las partes con el todo y de las relaciones de parte a parte dentro de un todo. Analiza lo que significa ser parte de un todo y ser un conjunto.

La mereologización consta de tres desarrollos: una contextualización (la interpretación de una parte en tanto parte de un todo), una revelación de correspondencias (el descubrimiento de relaciones de correlación, simultaneidad, co-variación o causalidad entre partes, propiedades y acciones) y una sinergización (la caracterización del todo en tanto unión de sus partes).

En cuanto a la ubicación, los procesos de la fase de cognición producen la conversión de coordenadas para ubicar las entidades en el espacio tridimensional, no ya desde un punto de vista egolocalizado, sino alolocalizado.

Dijimos, siguiendo a varios autores (Reed, Klatzky, and Halgren, 2005; y Chan and Newell, 2008), que en la fase de sensación sucede un *where processing*, y en la fase de percepción un *what processing*. No hay una nomenclatura equivalente para el procesamiento que sobreviene en la fase de cognición. Pensamos en llamarlo *why processing*, para mantener la coherencia lingüística, pero *why* (que implica relaciones de causalidad) no alcanza para abarcar todas las relaciones que se descubren en esta fase. Más correcto sería llamarlo *why, how and what-for processing*. O incluso *why, how, what-for, whither and whence processing*. Por una cuestión de simplicidad, vamos a llamarlo *whence and whither processing* (de dónde y hacia dónde).

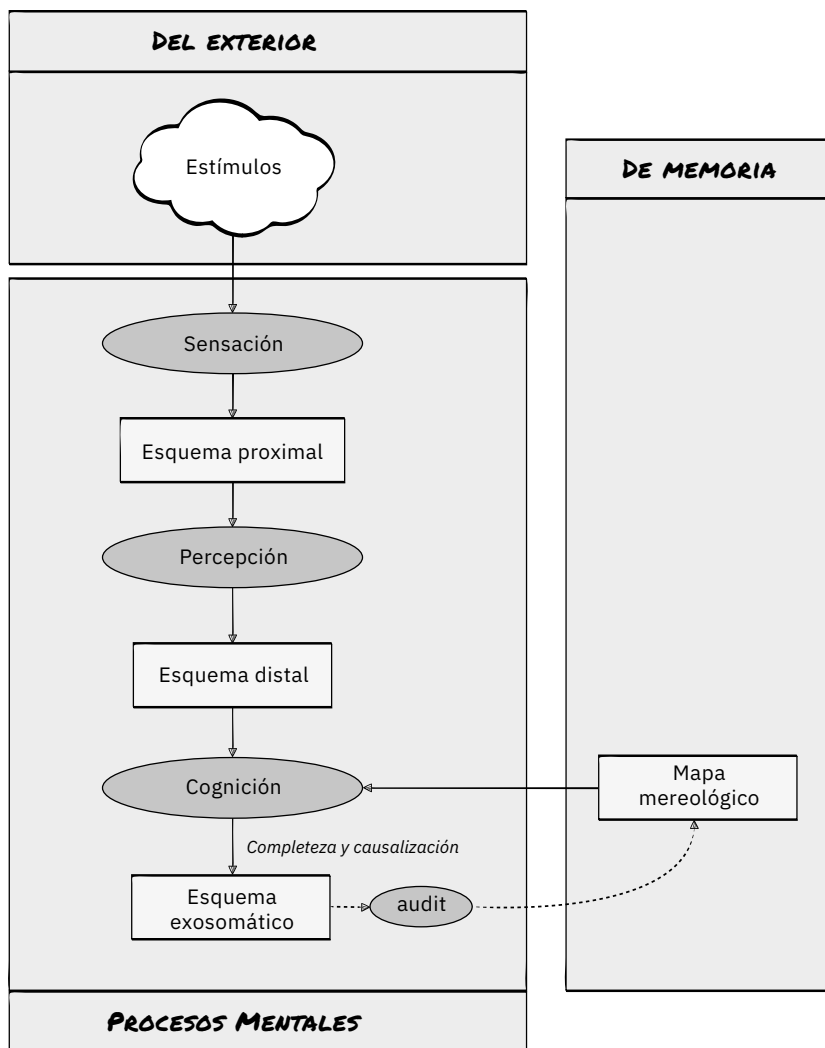
La primera fase, la sensación, nos provee estímulos según *propiedades intensivas*. En la segunda fase, la percepción, una evaluación y comparación entre esas distintas variables permite definir entidades. La tercera fase, la

cognición, irá un paso más allá, tomando las entidades (en este caso, las estructuras anatómicas) y sus movimientos provistos por la percepción y deduciendo relaciones, tanto contiguas como de largo alcance. Es decir, en la escucha, la fase de cognición recibe el esquema distal de la fase de percepción y lo procesa estableciendo relaciones entre las distintas partes y con el todo para integrar y alolocalizar todos los estímulos, y produce un modelo tridimensional de entidades y relaciones, que llamamos exoesquema somático.

GLOSARIO: COGNICIÓN

COGNICIÓN: En el contexto de este trabajo, la tercera fase de la sensorpercepción, luego de la sensación y la percepción. La fase en la que los estímulos egolocalizados e identificados en las fases anteriores son analizados en sus relaciones entre ellos y con el entorno, sobre todo en relaciones de causalidad. Es donde sucede el "whence and whither processing".

Por lo tanto, en la cognición, como en las dos fases anteriores, utilizo un mapa recuperado de memoria para realizar un reconocimiento rápido de patrones que libere parte del procesamiento secuencial. La cognición recibe de la percepción un esquema distal, con entidades identificadas y localizadas, recupera de la memoria un mapa mereológico, corresponde las entidades sensorpercebidas con las del mapa, y arma un esquema exosomático con las entidades y sus relaciones, tanto entre ellas como con el todo, de manera de formar un bosquejo completo del funcionamiento del cuerpo del paciente. Paralelamente, mientras el esquema ya va siendo procesado en la cognición, el esquema exosomático computado modula la memoria del mapa mereológico para actualizarlo con las últimas deducciones y descubrimientos que no estaban representadas en él.



El mapa mereológico mapea las estructuras anatómicas y movimientos identificados en la percepción de acuerdo a las peculiaridades de las relaciones a derivar y de sus posibles desviaciones. Por lo tanto, la exactitud y operatividad del mapa dependen no solo de la práctica sensoperceptiva, sino también de los conocimientos de fisiología y de patología. Así como el osteópata debe ser un experto en las estructuras del cuerpo, también debe conocer en detalle las funciones naturales y exóticas de cada estructura y conjuntos de estructuras.

GLOSARIO: MAPA MEREOLÓGICO

MAPA MEREOLÓGICO: Conjunto organizado de información en memoria que permite predecir, gracias a reconocimiento de patrones, relaciones mereológicas entre las entidades percibidas, y que completa (o suplanta, en caso de encapsulación) al procesamiento deductivo.

La escucha como parte del diagnóstico

En este sentido, la cognición parecería proveer, en último término, el diagnóstico mismo, en el sentido particular que le da la osteopatía a este término, vale decir, no la detección de enfermedades o condiciones, sino la codificación de estrategias y modos de funcionamiento de este cuerpo en particular.

Sin embargo, en este punto debemos ser cautos, porque cierta parte de la fase de cognición sucede fuera de la sensopercepción, y allí nos estamos alejando de la escucha. El diagnóstico se produce pensando, y pensar viene después de sentir. La escucha es sentir. Solo cuando hayamos reconocido la política del cuerpo del paciente, las elecciones adaptativas y las disfunciones y queremos buscar el mejor curso de acción, es cuando es tiempo de pensar.

La escucha es *parte* del diagnóstico, pero también sucede fuera de él. De la misma manera, la escucha no es el examen físico. Es *parte* del examen físico, pero no solo eso. La escucha se desarrolla transversalmente a las etapas temporales de la sesión, es parte integral de todas ellas y además les brinda continuidad, las aglutina entre sí.

Dijimos que una sesión osteopática típica tiene 4 partes: la anamnesis, la exploración física, el diagnóstico y el tratamiento. Esta organización secuencial en cuatro fases es conceptual, pero dista mucho de ser fidedigna. En la realidad, las cuatro etapas se mezclan, se superponen, se fragmentan y, sobre todo, se influyen mutuamente. En medio del examen físico, el paciente puede recordar y transmitir un antecedente médico que debería haber sido parte de la anamnesis. El razonamiento durante el diagnóstico puede revelarnos una posible disfunción no contemplada, que luego vamos a corroborar con escucha. Durante el tratamiento, la liberación de cierta tensión puede descubrir una escucha antes velada, que nos insta a repensar la cadena etiológica.

En particular, el examen físico y el diagnóstico se intersecan continuamente. Si bien suele haber un momento de la sesión donde razono y armo la cadena etiológica, el examen físico y el diagnóstico se van guiando el uno al otro durante sus propias fases, y acaso migrando gradualmente de una a otra. Esta interinfluencia se organiza de una manera gradual; el principio de la fase de examen físico está caracterizado por recepción pura, sin nada a qué asimilar cada estímulo recibido, y al final es casi razonamiento puro, entrando gradualmente en la fase de diagnóstico y armando el rompecabezas de causalidades y correspondencias. En el medio, cada uno de los dos procedimientos va apuntalando al otro.

Es importante resaltar esta particularidad. Mucha gente al hablar de la escucha se refiere a la herramienta de adquisición de datos que impregna la fase de examen físico y que completa a la anamnesis. Para ellos, es una parte del examen físico. Para nosotros, la escucha escapa de esa aplicación y se convierte en una herramienta que penetra todas las otras fases, tanto de diagnóstico como de tratamiento. Es un dispositivo que nos permite no solo obtener información, sino también monitorear y regular el pensar y el hacer.

Pero, además, la escucha genera una fusión somática, y esta fusión somática produce en el paciente una afinación somática, y esta afinación somática no solo brinda una base para que el tratamiento sea efectivo, sino que muchas veces es de por sí terapéutica. El tratamiento consiste en técnicas diversas orientadas a generar un efecto o una respuesta, pero la escucha está siempre ahí, no solo guiando las técnicas, sino además estableciendo un estado somatopsíquico no ordinario que cataliza el restablecimiento de la salud al optimizar los mecanismos de adaptación del cuerpo.

La parte de la cognición que es parte de la escucha

Queremos enfrentarnos ahora a una incoherencia que venimos sosteniendo. Por un lado, dijimos que la escucha, en tanto sensopercepción, tiene tres fases: sensación, percepción y cognición. Pero por otro, dijimos que la cognición es pensar y, por lo tanto, no es parte de la escucha. Sin embargo, sabemos que en la escucha ocurre un fenómeno inconsciente que, si bien no podemos emparejar al diagnóstico propiamente dicho, claramente nos orienta hacia él.

La cognición incluye tanto procesos conscientes de producción de conocimiento (deducción, por ponerle un nombre) como inconscientes (inducción o intuición). La inferencia deductiva es arribar a una conclusión

a partir de aplicar reglas genéricas a premisas particulares. La inferencia inductiva deriva reglas genéricas a partir de la observación de fenómenos individuales. Por otra parte, se pueden generar nuevas predicciones y explicaciones mediante el razonamiento analógico, mediante el cual las relaciones de un dominio se mapean sobre otro dominio. De alguna manera, en el pensamiento analógico un territorio se transforma en mapa de otro territorio.

Para entender esta faceta inconsciente de la cognición, y en particular en cuanto respecta a la escucha, tenemos que hablar de tres conceptos clave: penetración cognitiva, encapsulación de conocimientos y penetración somática. Y la penetración enactiva, que es la suma de la cognitiva y la somática.

GLOSARIO: CONSCIENCIA, INCONSCIENTE

CONSCIENCIA: Conocimiento de que algo sucede o existe.
Según Freud: "órgano sensorial para la percepción de cualidades psíquicas".

CONCIENCIA: Conocimiento del bien y del mal que permite a una persona realizar juicios morales.

PROCESO INCONSCIENTE: Cualquier proceso psíquico que no aflora a la consciencia, aun si a veces modifica la conducta.

Penetración cognitiva

Se llama “penetración cognitiva” a la influencia de factores cognitivos en aspectos sensoriales de la percepción. En sentido restringido, procesamientos mentales inconscientes que catalogan o completan los estímulos percibidos. En sentido ampliado, la posibilidad de que las experiencias perceptuales sean influidas por creencias, expectativas, emociones u otros estados mentales anteriores. Procesos cognitivos que penetran los procesos perceptivos, es decir, que algunas cosas que creemos percibir son en realidad creadas por nuestra mente.

El peso de estos mecanismos en el proceso de percepción es mayor de lo que nos imaginamos. Creemos que el mundo es como lo percibimos, o que la representación que nos proveen nuestros órganos de los sentidos son una imagen fiel de la realidad, pero esto está muy lejos de ser verdad. La mayoría de lo que percibimos es una ilusión.

Chris Frith (2007), basándose en una idea de Maturana y Varela (1984), propone un experimento interesante. Cada ojo posee un punto ciego desprovisto de fotorreceptores, ubicado en el punto donde el nervio óptico entra en el globo ocular. Esta ausencia de células sensibles a la luz crea una brecha en nuestro campo visual que normalmente no notamos porque el cerebro inventa algo para llenar esa región de nuestro campo visual. Para presenciar este punto ciego de primera mano, podemos realizar un experimento muy sencillo. Ponemos nuestro dedo índice derecho frente a nosotros y lo miramos. Cerramos el ojo izquierdo y gradualmente movemos el dedo hacia el lado derecho mientras mantenemos la mirada hacia adelante. Evitamos seguir el dedo con la mirada, de modo que el dedo se mueva hacia la visión periférica. En cierto ángulo, aproximadamente 15 grados fuera del centro, el dedo desaparece de la vista, solo para reaparecer a medida que se mueve más allá de este umbral invisible. Lo traemos de vuelta al punto ciego y prestamos atención a la visión periférica. En lugar de encontrar un vacío o un punto negro donde el dedo desaparece, nuestro cerebro llena creativamente este hueco con el contexto visual circundante. Por ejemplo, si estamos mirando un parque, el área dentro del punto ciego adopta sin problemas la apariencia de los árboles, con el color y el movimiento de las hojas, como si el dedo hubiera sido suplantado por el paisaje mismo. Si la imagen que percibimos fuera la realmente captada por los sentidos, deberíamos ver un punto negro en medio de la escena. Esta experiencia desafía la suposición de que nuestra percepción visual refleja directamente la entrada sensorial, sugiriendo, en cambio, que el cerebro construye activamente nuestra realidad visual, llenando los huecos con contenido inferido o imaginado.

Pensemos en otro ejemplo: el que da Lisa Feldman Barrett hablando del arco iris. El arco iris se forma por una difracción de la luz, que genera una divergencia angular según la longitud de onda. En un extremo del arco iris la luz tiene una longitud de onda de 618-780 nm, equivalente a rojo. En el otro extremo, la luz se propaga en ondas entre 320 y 427 nm, equivalente a violeta. Más allá de los extremos, la luz toma valores infrarrojos o ultravioletas, no percibibles por el ojo humano. Entre los dos extremos, a lo ancho del arco iris, la longitud de onda va variando gradualmente, en un degradé perfecto. Sin embargo, lo vemos como si hubiera 7 colores. Los colores son una construcción conceptual, asociando el concepto “rojo” a la luz que tiene una longitud de onda vecina de 700 nm, pero pueden variar levemente de persona a persona.

De hecho, la idea de que el arco iris tiene 7 colores es un invento de Newton. En sus primeros trabajos sobre óptica, Newton dividió el arco iris en cinco colores. Más tarde, en un intento de emparejar la teoría de la luz con la teoría de la música (en una vena muy pitagórica) agrandó la cantidad

de colores a siete, uno para cada nota musical.⁴⁸ En otras culturas, con granularidades lingüístico-cromáticas distintas, donde Newton no tuvo tanto influencia, la cantidad de colores del arco iris es distinta. De hecho, antes de Newton, el arco iris tenía cinco colores.

Lo notable es que esta digitalización propuesta por Newton no es solo gnoseológica, sino que se torna ontológica: *vemos* siete franjas de colores, cuando deberíamos ver un degradé continuo.

Como otra ilustración, existe un fenómeno llamado constancia de color. Los objetos que vemos parecen tener siempre el mismo color, aunque la iluminación cambie. Esto puede no parecer extraño, porque creemos que el objeto es de determinado color. Pero el color que le asignamos a un objeto es un resultado de la suma de longitudes de onda de luz que refleja su superficie, y, por lo tanto, esperaríamos que al cambiar la fuente de luz (por ejemplo, de luz solar exterior a luz artificial interior, o al atravesar la sombra de los árboles caminando por la calle), los objetos deberían percibirse con otros colores. Y, sin embargo, los colores de cada objeto nos aparecen constantes. Los estímulos que llegan a los sentidos varían, pero la imagen producida en nuestra consciencia es persistente. Los colores de las cosas son creados en la mente. La percepción no es una foto, sino una recreación. La sensación no es una mera recepción de estímulos, sino una performance. En nuestra visión del mundo hay más creado por nosotros que recibido por los sentidos.

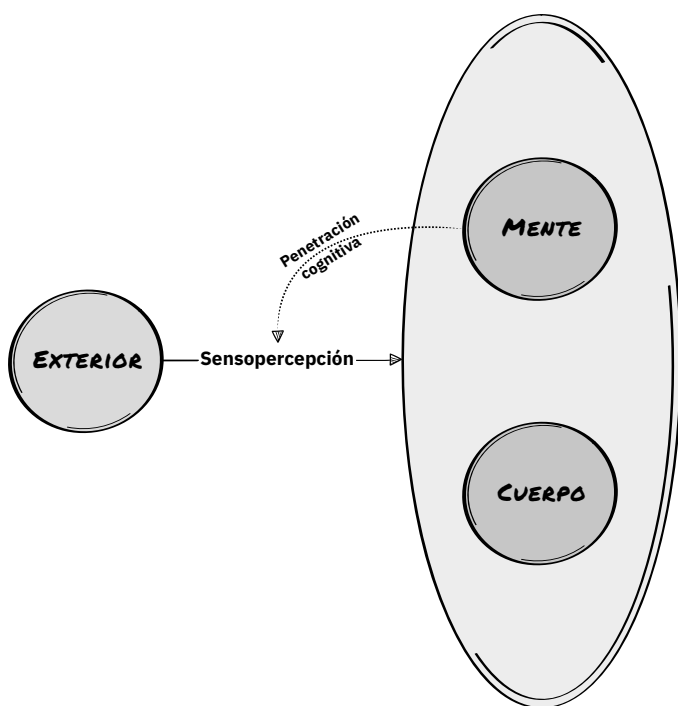
Más allá de esta constancia sostenida artificialmente, la percepción de color es casi toda construida. En el ojo hay dos tipos de sensores de luz; conos y bastones. Los conos captan colores, los bastones solo intensidad de luz, es decir, el equivalente de blanco y negro. Hay muchos menos conos disponibles que bastones (6 millones contra 120 millones). Si bien hay conos en toda la retina, la gran mayoría se concentra alrededor de la fovea, que es el centro del campo visual. Esto significa que captamos color casi exclusivamente en el centro de la imagen. La visión periférica es prácticamente blanco y negro. Sin embargo, tenemos la sensación de que es en color. Cuando estoy en el parque, mirando a mi tía Fefe que me habla frente a mí, mis conos captan los colores del rostro y el cabello de mi tía. Los árboles y el cielo de alrededor solo reflejan luz hacia mis bastones (y algunos conos esporádicos dispersos en la retina), y solo los percibo blanco y negro, o con una saturación mínima de color. Sin embargo, tengo la sensación del verde alrededor y el celeste arriba. Ese verde y ese celeste son contruidos por mi mente; no los estoy percibiendo en este momento. Los percibí antes, cuando pasé mi visión central por ellos, y mi mente los recrea a partir de esa memoria (y los pocos conos periféricos esporádicos), pero ese verde no es

48 ¿No les parecía de chicos que eso del color índigo era traído de los pelos?

un estímulo presente, sino uno que viene del pasado. Si de pronto un árbol a mi derecha cambiara de color (de verde a rojo, supongamos), yo no me daría cuenta a menos que volviera a posar mi vista en él. Si mi tío Patán entra de repente en mi visión periférica desde el costado, no sé el color de su ropa hasta que se acerca a Fefe y penetra en mi visión central⁴⁹.

En la mayor parte de la imagen, es muy poca la información de color realmente percibida. El patrón de color de la escena circundante es tomado de memoria y mantenido artificialmente. Mientras escribo esto, estoy mirando las letras y la única información de color que penetra por mis bastones es muy focal, es solo las letras sobre la hoja blanca. Sin embargo, mi visión periférica (las paredes de mi habitación, la biblioteca, los libros, la ventana) parece estar en color todo el tiempo. Aunque no lo parezca, esa policromía periférica es una ilusión.

Esto es lo que se llama “penetración cognitiva”: un proceso cognitivo completamente inconsciente que penetra la percepción.



49 “El campo visual de un ojo derecho típico se extiende hasta 110 grados a la derecha del centro, pero un objeto de tamaño moderado no muestra ningún color cromático más allá de los 65 grados, y el rojo y el verde no están disponibles más allá de los 40 grados. A medida que uno pasa los 10 grados a la derecha del centro, tanto el color como la forma comienzan a perder claridad”. (Hardin, 1988)

Si la vista está altamente penetrada por mecanismos cognitivos, el tacto lo está mucho más. En la exploración háptica, cuando tomo una botella entre mis manos con los ojos cerrados, tengo en la mente una imagen completa de la botella, aun si no recorrí toda su superficie. La imagen táctil de la botella es casi en su totalidad una reconstrucción a partir de repositorios de la memoria.

Para experimentar esta penetración cognitiva táctil, propongo un ejercicio robado de una idea de Merleau-Ponty. Nos sentamos en una silla. En nuestra espalda sentimos el contacto con el respaldo de la silla. Ahora nos incorporamos un poco, de manera de separarnos del respaldo. Si nos movemos lentamente hacia atrás, prestando atención al espacio detrás de la espalda, vamos a sentir la presencia del respaldo de la silla antes de hacer contacto con él. No el respaldo, sino su presencia. Podemos sentir el espacio detrás de la espalda. Es una sensación táctil que no utiliza ni exteroceptores, ni propioceptores, ni interoceptores, y se logra solamente por penetración cognitiva.

Esta ilusión perceptiva, donde lo que uno cree estar percibiendo, en realidad está siendo inventado por uno mismo, es lo que Lisa Feldman Barrett llama “predicción”. El cerebro inventa esa percepción basándose en memoria y en lo esperable (que incluye cálculos inconscientes de probabilidad, de trayectorias, de conocimiento genérico del mundo). La ceguera inatencional de la que hablamos antes (el gorila que no veíamos entre los jugadores de básquet) es una muestra de un estímulo que no es percibido y que, al no haber sido explorado con anterioridad, no puede ser predicho.

Simons y Chabris (1999) realizan un experimento interesante y presentan otro video, similar al del gorila, salvo que lo que cambia en este caso es el color de la cortina del fondo, que al principio es roja y cambia gradualmente a amarillo. Dado que no estamos prestando atención al fondo, a lo largo de toda la escena percibimos la cortina como roja. Ese color rojo, por supuesto, no es percibido sino predicho por la cognición, de acuerdo a la percepción inicial.

Esta penetración cognitiva va aún más allá. Recordemos el juego de la letra trazada en la espalda. Supongamos que el juego consiste en que me tracen la letra en la espalda y yo después la tengo que reproducir en un papel. Si lo que me dibujan en la espalda es una letra del alfabeto, la probabilidad de acierto es altísima. Pero si lo que me dibujan son kines mayas, la probabilidad desciende casi a cero. Salvo, por supuesto, que yo sea un experto en kines mayas. Es decir, si yo sé que lo que me van a trazar en la espalda es una letra, yo percibo una letra. Eso es posible por penetración cognitiva y reconocimiento de patrones.

La penetración de predicciones cognitivas en la sensopercepción es un mecanismo altamente eficiente. Puede producir errores, por supuesto, desviaciones de la percepción respecto de la realidad, como cuando no veíamos el gorila que pasaba por delante de nuestros ojos, pero en general la predicción es asombrosamente acertada. La prueba está en que es muy difícil ingeniar un experimento (como el de la punta del dedo o el del gorila) donde uno se dé cuenta de que la visión periférica no es real. En la vida cotidiana no hay ningún momento en que nos percatemos de estas inadecuaciones de la percepción a la realidad, y andamos por la vida creyendo que lo que percibimos es el mundo real y no una proyección de nuestra mente.

Encapsulación de conocimientos

La noción de encapsulación del conocimiento fue introducida por Schmidt y Boshuizen (1992). Ellos lo definen de esta manera:

La encapsulación del conocimiento es un mecanismo de aprendizaje que se puede definir como la subsunción o empaquetado de proposiciones y conceptos detallados de bajo nivel y sus interrelaciones en una red asociativa, bajo un número menor de proposiciones de alto nivel con el mismo poder explicativo. (Schmidt y Boshuizen, 1992).

Intentando simplificar un poco esa definición tan abstracta, diría que es un mecanismo de aprendizaje que permite reunir en un paquete a todos los elementos que a un cierto nivel de abstracción funcionan como una entidad, de manera de operar directamente sobre esa entidad condensada de nivel superior sin necesidad de preocuparse por sus elementos internos y sus relaciones.

Ni siquiera este intento de simplificación es muy claro. Démosle otra vuelta de tuerca. Digamos en principio que la encapsulación es un método para hacer que un sistema complejo sea más fácil de manejar. Uno puede utilizar un concepto contenedor sin preocuparse por los detalles internos y las complejidades del sistema. Aunque no lo parezca, es un concepto sencillo, pero difícil de explicar. Intentemos mostrarlo con un ejemplo.

En matemática, por ejemplo, multiplicar una cantidad por un número n consiste en la suma de dicha cantidad repetida n veces. Al aprender esa operación por primera vez, nuestros maestros nos la hacen relacionar con la suma para poder entender de qué se trata. Algunos métodos de enseñanza, por añadidura, utilizan ejercicios de sumas iteradas comparándolas con operaciones de multiplicación, con el objeto de asimilar el significado

de esta última operación. Pero con el uso repetido de la multiplicación, el concepto de suma iterada se diluye, y comenzamos a usar la operación de multiplicación sin recurrir a la imagen de sumas iteradas. Decimos que el concepto de multiplicación *se encapsuló*, y para operar ya no necesitamos adentrarnos en sus componentes.

Más adelante, aprendemos también la operación de exponenciación, como un concepto de multiplicación iterada. Eventualmente, la exponenciación se encapsulará también, lo que muestra que los conceptos pueden encapsularse indefinidamente en niveles superiores progresivos.

Esta encapsulación se da en cualquier disciplina que estudie fenómenos complejos. En osteopatía, por ejemplo, podríamos escuchar esta conversación entre dos terapeutas:

- *¿Le hiciste tres esferas?*

- *Sí. Me dio tórax.*

Este intercambio sencillo esconde un montón de encapsulaciones de conocimientos (y, por lo tanto, suena críptico a los profanos). Si quisiéramos reproducir el mismo diálogo sin conceptos encapsulados, podríamos pensar en algo así:

- *¿Probaste de poner la mano en las tres principales regiones operativas para ver si en alguna se siente una distribución tensional o patrón de actividad que destaque?*

- *Sí. Comparé las tres, y me pareció que la región del tórax tenía una vitalidad distinta, y que cuando inhibía las otras dos no había cambios.*

Antes, al decir “tres esferas” los hablantes estaban encapsulando el mecanismo y expectativas de un test particular, con todos sus pasos. Y al decir “me dio tórax” estaban encapsulando todos los resultados que se habían obtenido. Los osteópatas pueden utilizar el concepto englobador “tres esferas” sin preocuparse de todos los elementos que conforman el test. Si vamos aún más lejos, incluso el segundo diálogo está lleno de encapsulaciones: regiones operativas, distribución tensional, patrón de actividad, vitalidad, inhibir, son todos conceptos que deberían explicarse a alguien que no es osteópata.

GLOSARIO: ENCAPSULACIÓN DE CONOCIMIENTOS

ENCAPSULACIÓN DE CONOCIMIENTOS: Efecto del aprendizaje que consiste en tomar un conjunto de conceptos de bajo nivel y tratarlos como una sola entidad de alto nivel, de manera de operar directamente sobre sus propiedades y métodos exteriores como una caja negra, sin considerar el comportamiento de las partes.

La encapsulación es a la vez una abstracción desde los elementos atómicos a estructuras contenedoras y un análisis del todo para su división conceptual en partes significativas. Una bicicleta, por ejemplo, comprende unos cientos de piezas. Intentar reparar o mantener una bicicleta sin agrupar conjuntos de piezas en conjuntos operativos sería imposible. La encapsulación incluye un modo *bottom-up*, de agrupamiento de conjuntos de piezas contiguas individuales, por ejemplo, la manija del freno (que agrupa una vara de metal, una bisagra, un cable, un contacto), y un modo *top-down*, de división del conjunto universal bicicleta de acuerdo con criterios de utilidad, por ejemplo, decimos que la bicicleta está formada por el marco, las ruedas, el manubrio, el asiento, el sistema de transmisión y el sistema de freno. Si a partir del conjunto “manija del freno” seguimos haciendo una condensación *bottom-up* con otras unidades operativas relacionadas por contigüidad o función, y de la división “sistema de freno” continuamos haciendo una disección *top-down*, dividiéndolo en sus componentes, en algún momento ambos caminos llegarán a la misma estructuración. Tanto la aglomeración *bottom-up* como la división *top-down* deben ser significativas para que la encapsulación sea útil.

La encapsulación puede incluir procesos complejos. Para los biólogos, el concepto ósmosis encapsula conocimientos de la estructura de membranas, la propiedad de permeabilidad, los conceptos de solución, de concentración y de difusión, y permite que, al hacer análisis o experimentos en el campo de la biología, puedan utilizar el concepto de ósmosis como una caja negra, sin preocuparse por los fenómenos que la constituyen. Para los entrenadores físicos, la encapsulación permite diseñar y adaptar rutinas de entrenamiento muscular sin estar pensando en la histología o el intercambio membranoso intracelular.

La encapsulación es el resultado de la aplicación repetida de conocimiento a la comprensión de situaciones. El procedimiento declarativo e hipotético-deductivo, aplicado repetidas veces, genera una encapsulación que facilita el procesamiento. Es decir, la encapsulación se logra gracias a la práctica. Su función no es afinar la base de conocimientos mediante la generalización o especialización, sino acelerar el procesamiento. Dado que se utilizan conceptos más granulares y completos al pensar en el mundo, la comprensión puede avanzar a un ritmo más rápido. Es el equivalente cognitivo al entrenamiento procedimental. Así como repitiendo y practicando la ejecución de una pieza en el piano se logra que el procedimiento de movimiento de los dedos se vuelva automático, la repetición deductiva hace que una parte del proceso de deducción se vuelva automática. La encapsulación es la base funcional de lo que llamamos *intuición*, que a su vez es la base funcional de lo que define a un *experto*.

Penetración somática

La penetración cognitiva es facilitada por una especie de encapsulación inconsciente, donde se crea mentalmente un modelo completo y consistente del mundo a partir de estímulos atómicos dispersos adquiridos mediante la percepción. Sin embargo, según el enfoque enactivista que decidimos adoptar, la mente no se puede separar del cuerpo, y la cognición incluye tanto procesos mentales como corporales.

Esto significa que existen estructuras no proposicionales de experiencia (Johnson, 1987) que no son reducibles a conocimiento declarativo, sino que conforman una especie de conocimiento procedimental, íntimamente relacionado con el cuerpo, aunque no directamente dedicado a pre-planear motores, sino a pre-planear perceptivos. Johnson dice que estas estructuras no proposicionales son fundamentales para la cognición y la creación de sentido.

Es posible pensar en las estructuras no proposicionales de la experiencia como una especie de penetración somática de la percepción. Estas estructuras están íntimamente ligadas al cuerpo y al ambiente, e involucran información sensitivo-motora, afectiva y contextual que no es fácilmente captada por el conocimiento proposicional, y proporcionan una forma de modular y predecir la percepción que es distinta, pero complementaria, al papel de los procesos cognitivos de alto nivel en la penetración cognitiva.

Las estructuras de experiencia no proposicionales pueden verse como una especie de procesamiento *bottom-up* que moldea constantemente nuestras percepciones y acciones, en función de la información sensorial y motora entrante. Este procesamiento está influenciado por factores como la atención, la motivación y los estados corporales, que pueden modular la prominencia y relevancia de diferentes señales sensoriales y motoras.

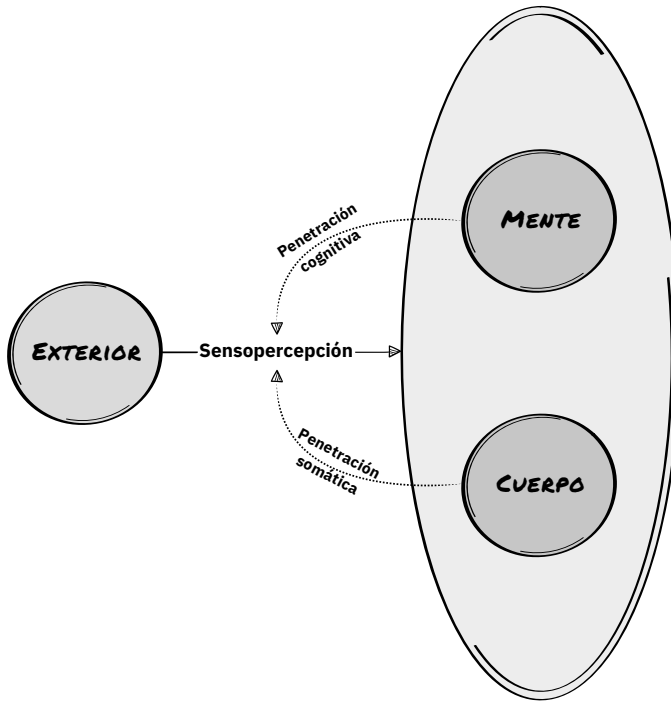
Como ejemplos extremos a modo de ilustración, la sensación de hambre puede modular nuestra percepción de las señales relacionadas con la comida en el entorno, haciéndolas más destacadas y atractivas. De manera similar, la experiencia del dolor puede modular nuestra percepción de amenazas potenciales en el entorno, haciéndonos más vigilantes y defensivos. Pero también existe una modulación corporal de la percepción no tan extrema. Dado que el conocimiento es algo que se crea en una co-acción entre el sujeto y el mundo, el estado somático necesariamente modula la cognición.

Esta noción de estructuras no proposicionales de la experiencia se puede relacionar con la hipótesis de los marcadores somáticos de Antonio Damasio. Los marcadores somáticos plantean la hipótesis de que las emociones juegan un papel crucial en la toma de decisiones y que están enraizadas en las sensaciones y la retroalimentación corporal. Según Damasio, las emociones no son solo estados cognitivos o eventos mentales, sino que también involucran cambios y sensaciones corporales, como cambios en la frecuencia cardíaca, la respiración y la conductancia de la piel. Estos cambios corporales, a su vez, brindan retroalimentación al cerebro, lo que influye en el procesamiento de la información sensorial y la selección de comportamientos apropiados. Por ejemplo, cuando percibimos una situación peligrosa, tenemos miedo, y el miedo nos predispone a salir corriendo. Parte del miedo es el aumento de la frecuencia cardíaca. No es que experimentamos algo llamado miedo que nos aumenta la frecuencia cardíaca, sino que la sensación de miedo es generada, entre otras cosas, por un aumento de la frecuencia cardíaca. Sin alteración de la velocidad de los latidos del corazón, no hay miedo. El fenómeno corporal cardíaco influye en nuestra mente.

GLOSARIO: RETROALIMENTACIÓN

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.

Los marcadores somáticos son estados afectivos que preparan a una acción y predisponen a una decisión racional. Son, por lo tanto, penetración somática. Por ejemplo, cuando nos encontramos con una amenaza potencial en el entorno, nuestras estructuras de experiencia no proposicionales pueden generar sensaciones corporales de miedo o ansiedad, que a su vez proporcionan retroalimentación al cerebro e influyen en nuestra toma de decisiones. Este circuito de retroalimentación nos permite responder rápida y eficientemente a amenazas potenciales, sin depender únicamente del conocimiento proposicional o la deliberación consciente.



Los marcadores somáticos se aprenden, en un tipo de aprendizaje implícito. La adquisición de conocimientos implícitos es un tipo de encapsulación, y la adquisición de marcadores somáticos que modulen la cognición, en tanto mecanismos de reconocimiento rápido de patrones sin procesamiento consciente, son un tipo de encapsulación somática de conocimientos.

Penetración enactiva

Según la visión clásica, la imagen corporal propia (la representación del cuerpo propio en el cerebro) se crea, desarrolla y asienta con el uso del cuerpo, tanto en la percepción como en el movimiento. Ronald Melzack se opone a esta idea y asegura que el cerebro tiene un mapa del cuerpo que es innato, basándose en la idea de que hay gente que nace sin un miembro

y tiene dolor de miembro fantasma. Por lo tanto, según él, el cuerpo que percibimos es en gran parte construido en el cerebro⁵⁰.

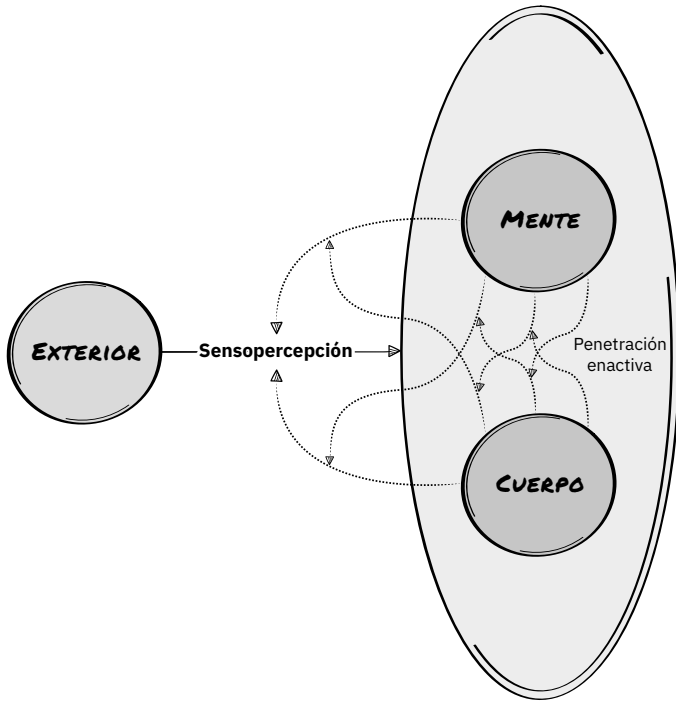
Lo que dice Melzack tiene un problema. Si la función del dolor es un llamado de atención para que hagamos algo (quitar la mano de la estufa, o evitar mover una articulación dañada), debería dispararse como una interrupción atencional, cuando un estímulo viene de afuera de los procesos mentales. No tiene ningún sentido evolutivo producir dolor desde el mapa en memoria sin conexión con el exterior. De manera que el dolor de miembro fantasma, tal como lo plantea Melzack, no tendría sentido. A menos que el dolor se dispare a partir de la diferencia entre el mapa percibido y el de memoria, cuando esa diferencia se predice peligrosa. En ese caso, hay penetración cognitiva y somática. El dolor es enactivo. No es ni la percepción de algo externo ni una creación mental interna, sino la interacción de ambas cosas.

Juntas, la penetración cognitiva y somática crean un modelo enactivo del escenario percibido que no es proposicional, pero que luego puede traducirse en conocimiento proposicional. Este modelo es dinámico y adaptativo, actualizándose y ajustándose continuamente en función de la información sensorial entrante y la retroalimentación del cuerpo. Además, estos dos tipos de penetración no son entidades separadas, sino que están entrelazados e inseparables, y cada instancia de ellos incluye subinstancias de la otra (pequeñas islas de penetración somática empotradas dentro de mecanismos de penetración cognitiva y viceversa). Según Damasio, los marcadores somáticos son elementos de penetración somática en la cognición, pero estos mismos marcadores somáticos incluyen bucles de simulación⁵¹, que son elementos de penetración cognitiva en la propio e interocepción.

**LA PENETRACIÓN COGNITIVA Y SOMÁTICA
JUNTAS CREAN UN MODELO ENACTIVO QUE NO
ES PROPOSICIONAL, PERO QUE LUEGO PUEDE
TRADUCIRSE EN CONOCIMIENTO PROPOSICIONAL.**

50 Esta referencia está tomada de Jackson, 2003. Luego de comentar la opinión de Ronald Melzack, la autora incluso hace la siguiente reflexión: “Esto hace pensar en las condiciones que implican distorsiones persistentes de la imagen corporal, como la anorexia. ¿Quizás la imagen corporal está ya establecida antes de mirarnos al espejo?”.

51 En inglés, “as-if loops”.



La penetración cognitiva es un paso de predicción que acelera el proceso sensitivo: todo proceso sensitivo es flanqueado por un componente predictivo para hacerlo más rápido. Pero, paralelamente, todo paso cognitivo incluye un camino más rápido de predicción corporal, tales como las emociones y los afectos. A esto lo llamamos penetración somática: en el proceso emocional hay mecanismos predictivos cada vez que haya un input sensorial que debe ser procesado, y en cada uno de los pasos procesales: en la propia sensación (reconocimiento de estímulos), en la evaluación (reconocimiento de entidades y/o de posibles peligros), incluso en la interocepción. A la vez, existe penetración somática en cada proceso cognitivo, de manera que hay emociones dentro de cogniciones dentro de emociones, en un encañamiento recursivo de innumerables niveles.

La penetración cognitiva y la somática están entretejidas estructural y funcionalmente, y es imposible tanto separarlas como distinguirlas. Son dos maneras epistemológicas de abordar un único fenómeno, al que llamamos penetración enactiva. Decimos, por lo tanto, que la percepción no es una simple absorción de estímulos externos, sino una creación dada en la interacción de estímulos comparecientes (captados por sensores) y registros pasados (almacenados en memoria cerebral y corporal).

GLOSARIO: PENETRACIÓN COGNITIVA, SOMÁTICA Y ENACTIVA

PENETRACIÓN COGNITIVA: Influencia de factores cognitivos en aspectos sensoriales de la percepción. En sentido restringido, procesamiento mental inconsciente que cataloga o completan los estímulos percibidos. En sentido ampliado, la posibilidad de que las experiencias perceptuales sean influidas por creencias, expectativas, emociones u otros estados mentales anteriores.

PENETRACIÓN SOMÁTICA: Influencia de factores corporales en aspectos mentales de la cognición o de la sensorio-percepción. Información interoceptiva que orienta o predispone a los pensamientos conscientes.

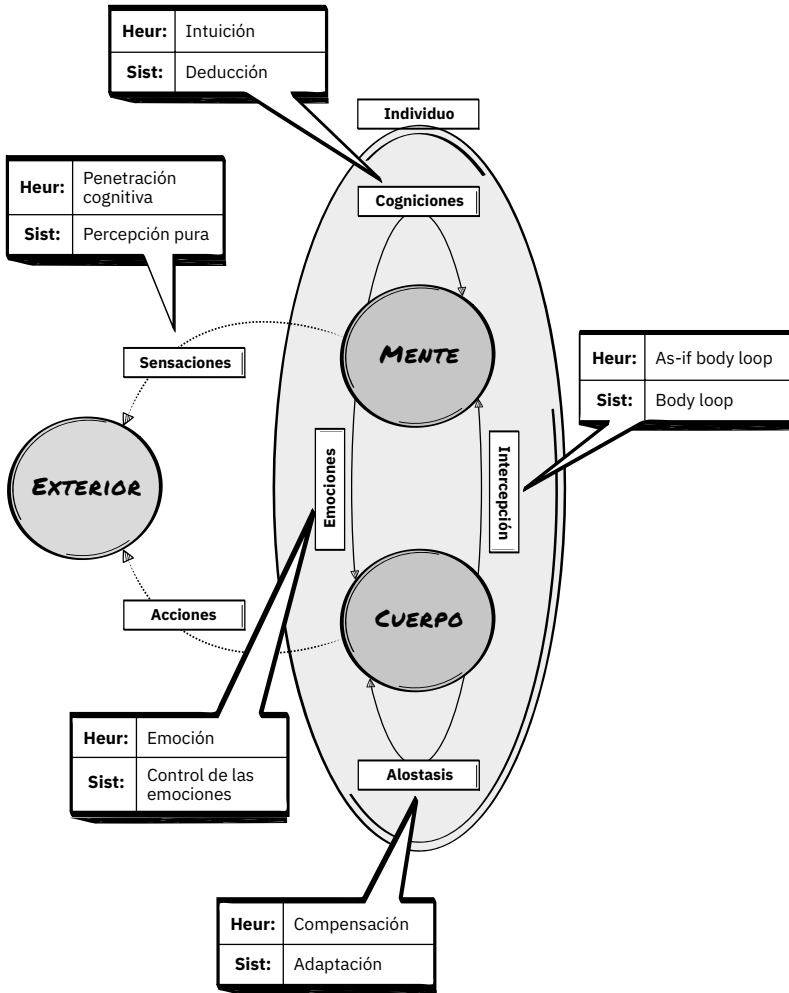
PENETRACIÓN ENACTIVA: La unión de las penetraciones cognitiva y somática. Influencia de factores corporales y cognitivos en la sensorio-percepción.

El sentido del tacto ofrece un ejemplo particularmente convincente de percepción enactiva. Cuando tocamos algo, no solo recibimos información sobre el objeto, sino que también recibimos retroalimentación sobre nuestro propio cuerpo y estados corporales. Por ejemplo, la textura, la temperatura y la presión de un objeto pueden influir en nuestros estados emocionales y afectivos, así como en nuestra percepción de la forma, el tamaño y las propiedades materiales del objeto. Este circuito de retroalimentación entre el objeto y nuestro cuerpo crea un modelo dinámico y enactivo del escenario percibido, uno que no se basa únicamente en el conocimiento proposicional o la deliberación consciente.

El concepto de penetración enactiva de la percepción implica que nuestra percepción del mundo está formada por nuestras experiencias cognitivas y corporales. Al predecir y modular continuamente la información sensorial entrante, y al incorporar retroalimentación de nuestras sensaciones corporales y estados emocionales, creamos un modelo dinámico y adaptativo del escenario percibido que no es proposicional, pero que luego puede traducirse en conocimiento proposicional. El entrelazamiento de la penetración cognitiva y somática muestra que la percepción es un proceso encarnado y creativo, establecido y desarrollado por nuestras experiencias pasadas y estados corporales, siguiendo un proceso de encapsulación enactiva de conocimientos.

No hay un sistema emocional y un sistema cognitivo en tanto entidades autónomas diferenciadas. Lo que hay son pequeñas instancias intercaladas

de caminos paralelos. Todo proceso psicofisiológico incluye algoritmos rápidos y heurísticos de reconocimiento de patrones (marcadores somáticos) y algoritmos sistemáticos, lentos pero precisos, de deducción lógica a partir de reglas universales (procesos de razonamiento).



En cada pequeño proceso sensorial, cognitivo, autónomo o emocional existe penetración cognitiva y penetración somática. Incluso los procesos de penetración cognitiva contienen pequeños enclaves locales de penetración somática de un nivel inferior, que a su vez contienen subprocesos de penetración cognitiva.

La fase de cognición en la sensopercepción incluye tanto la comunicación de estímulos externos (desde la percepción) como las señales propias de la penetración cognitiva (memoria) y la penetración somática (interocepción).

La convergencia de estas tres señales produce un conocimiento prenoético, que no es ni autónomo ni consciente, sino la base que sostiene, puebla y organiza a la consciencia, pero que no es ella misma consciente. Es un conocimiento que no es ni puramente declarativo ni puramente procedimental. Es, si se quiere, un entramado de desarrollos procedimentales y declarativos con materias primas tanto formales como materiales. La encapsulación enactiva permite la creación rápida de conocimiento a partir de reconocimiento de patrones de modulación de percepción, interocepción y memoria.

GLOSARIO: PRENOÉTICO

PRENOÉTICO: Dícese de todo aspecto de la estructura de la consciencia que no entra en el contenido fenoménico de la experiencia de manera explícita. Es decir, un proceso o una entidad que tiene algún rol en la constitución de la consciencia, pero que no es en sí mismo consciente.

Como ilustración, veamos el ejemplo de aprender a conducir un auto con cambios manuales, que demuestra perfectamente cómo la encapsulación enactiva y la penetración cognitiva y somática se integran en la adquisición de habilidades. Cuando somos aprendices, decidir cuándo cambiar de marcha depende de indicadores externos concretos, como la velocidad del coche o las revoluciones del motor, siguiendo reglas o directrices aprendidas. Miramos constantemente el velocímetro o el tacómetro, y en el momento en que la aguja alcanza una posición determinada, ponemos el cambio. Esta etapa representa una forma de conocimiento declarativo, donde la acción es guiada por la consciencia y la atención deliberada a ciertas señales.

Con la práctica y la experiencia, el proceso se vuelve más intuitivo y menos dependiente de la observación consciente de estas señales. La percepción del sonido del motor comienza a jugar un papel más significativo, permitiendo al conductor reconocer el momento adecuado para cambiar sin necesidad de mirar el velocímetro. Este cambio hacia una respuesta más automatizada y menos consciente ilustra la transición del conocimiento declarativo al conocimiento procedimental, donde la acción es cada vez más guiada por sensaciones y menos por reglas explícitas.

Eventualmente, conducir se convierte en una acción fluida y casi inconsciente, donde la percepción de la necesidad de cambiar de marcha surge de un ajuste fino del vehículo y el entorno, facilitado por la experiencia somática del conductor. Las vibraciones, la tensión en el volante y otros indicadores sutiles se integran en un conocimiento tácito que permite cambios de marcha “automáticos”. El motor no llega nunca al punto de esforzarse, porque ya presentimos en el cuerpo, en las vibraciones que nos llegan a través de la espalda apoyada en el asiento y mediante las manos en el volante, la tensión creciente que nos indica que se acerca la necesidad de un cambio de marcha. Ya no pensamos ni escuchamos ni miramos el tablero. Los cambios, por así decirlo, se ponen solos. Este nivel de habilidad refleja un alto grado de encapsulación enactiva, donde la cognición, la percepción y la acción están tan profundamente entrelazadas que el conocimiento procedimental opera sin intervención consciente directa.

Este ejemplo destaca cómo la práctica y la experiencia transforman el conocimiento explícito en conocimiento tácito, facilitando acciones complejas a través de un proceso profundamente incorporado que integra perfectamente la percepción, la cognición y la acción de una manera fluida y eficiente.

Eso es penetración enactiva: sentir en el cuerpo e interpretar lo que sentimos, pero sin que necesariamente esa interpretación pase por una instancia consciente. Sin embargo, no es una impresión del todo inconsciente, sino que está en una especie de “consciencia periférica”, que de ser necesario podríamos llevar a una instancia consciente total. Es lo que llamamos una instancia “prenoética”, y ya analizaremos en detalle este concepto. Si de repente algo falla, y el motor regula mal, experimentamos en el cuerpo una sensación desacostumbrada antes de que el coche se rompa. En ese momento prestamos atención a lo que sentimos, miramos el tablero, nos damos cuenta de que lo que indican los instrumentos y lo que sentimos en el cuerpo no encaja, y quizás decidamos investigar. Hacemos unos sondeos rápidos: aceleramos, frenamos, cambiamos de marcha y prestamos atención a qué vamos sintiendo. Si la peculiaridad persiste, frenamos, abrimos el capó y examinamos el motor, o bien lo llevamos al mecánico para que lo revise.

Pero este es también un ejemplo de encapsulación de conocimientos. Lo que se corporiza no es solo el alcance y posición de la mano para alcanzar la palanca de cambios, sino el razonamiento. Cuando uno aprende a conducir, adquiere ciertos conocimientos declarativos. En principio, la idea básica de que, a mayor velocidad, debo poner una marcha más alta. Más adelante, aprendemos extensiones o excepciones a la regla: por ejemplo, que la marcha elegida depende no solo de la velocidad, sino también de la pendiente. Y luego, entendemos que hay situaciones que parecen contradecir aquella primera regla: la aceleración es mayor en marchas menores. En una ruta,

si venimos conduciendo en quinta y de pronto necesitamos adelantar un camión, para que el período de adelantamiento sea menor, debo bajar una marcha y poner la cuarta.

Luego de unas miles de horas de estar al volante, todos esos razonamientos declarativos se encapsulan y se corporizan. Se hacen automáticos. La sinergia de encapsulación de conocimientos y penetración enactiva permite que conocimientos declarativos se transformen en procedimentales, de manera que, aun siendo originalmente hipotético-deductivos y formales, se ejecuten como heurísticos y materiales.

El diagnóstico prenoético

En la fase de cognición de la escucha se genera un exoesquema somático del paciente, que representa su estado actual, tanto en sus aspectos estáticos (estructuras, texturas, posicionamientos, tensiones) como en los dinámicos (movimientos, ritmos, vitalidades, fricciones). Este esquema representa un mapa del paciente, con cursos, cauces, cuencas y caudales mecánicos, nerviosos y fluidicos⁵². Esta representación es actual, pero incluye su historia pertinente, plasmada en tendencias y preferencias: estrategias, políticas y contingencias de protección, de eficiencia y adaptativas.

Este exoesquema somático permite un diagnóstico prenoético, entendiendo “diagnóstico” no en el sentido biomédico de nombrar una patología, sino en el sentido idiográfico de entender el funcionamiento global de la entidad psicofisiológica del paciente, incluyendo las causas de las disfunciones, los caminos cibernéticos que intercomunican esas disfunciones y los obstáculos a los mecanismos de autocuración y autorregulación.

En resumen, en la fase de cognición la percepción es modulada por una penetración enactiva. Esta penetración enactiva se plasma desde encapsulaciones procedimentales/declarativas establecidas por el conocimiento de la anatomía y la fisiología subyacentes más instancias extendidas de práctica consciente y dirigida. La penetración enactiva y la encapsulación predicen relaciones y aglomeraciones. Esas predicciones permiten relacionar entidades entre sí y con el conjunto, y postular subsistemas medianamente autónomos, y generar, como output, un exoesquema somático. Este exoesquema somático está compuesto por las partes del todo con sus propiedades intrínsecas, y por sus relaciones mereológicas incluidas sus propiedades emergentes, es decir, una mereologización prenoética, que incluye alocalización y causalización.

52 La metáfora hidrológica (“cursos, cauces, cuencas y caudales”) pertenece a Julieta Hosselet, D.O.

Las tres fases del proceso de sensopercepción

De lo visto hasta ahora, este es un resumen del proceso completo:

- La sensación transduce los estímulos proximales a impulsos nerviosos, transmite los impulsos nerviosos a la corteza, y en la corteza los organiza topológicamente (Where processing). Los procesos básicos son transducción y somolocalización.

- La percepción identifica objetos (What processing), los organiza en un esquema, y en el esquema detecta desviaciones. Los procesos básicos son identificación y atencionalización.

- La cognición discrimina desviaciones funcionales de disfuncionales, deduce las disfunciones psicofisiológicas no perceptibles, y reconstruye la cadena disfuncional. Los procesos básicos son contextualización, revelación de correspondencias y completeza.

Repasemos la definición de todos esos términos:

- En la sensación:

Transducción: conversión de estímulos recibidos a impulsos nerviosos.

Somolocalización: localización tridimensional de los estímulos (where processing).

- En la percepción:

Identificación: qué objetos representan los estímulos percibidos (what processing).

Atencionalización: detección de desviaciones a las que se asigna una prioridad de atención.

- En la cognición:

Contextualización: identificar cuáles desviaciones son disfunciones.

Revelación de correspondencias: determinar relaciones (de correlación, de co-variación o causales) de las disfunciones, sea con el entorno, sea entre distintas disfunciones entre sí.

Completeza: deducir disfunciones no percibidas para completar la cadena etiológica disfuncional.

Repasemos rápidamente las características principales de las tres fases.

Sensación:

Lo que modula la sensación es la atención. La distribución particular de la atención produce una discriminación de estímulos irrelevantes. Los estímulos relevantes son colectados de manera sincrética.

El procesamiento principal es topologización: se produce una ubicación espacial topológica.

El output de la sensación es el esquema proximal, compuesto por propiedades intensivas relacionadas topológicamente.

La convergencia atencional produce sensibilidad aumentada (es decir, una ampliación de la granularidad en la aprehensión de propiedades intensivas). Esta sensibilidad aumentada facilita la comprensión del otro.

Percepción:

Lo que modula la percepción es la proyección, que determina una localización egocéntrica. Esta localización egocéntrica permite, mediante convergencia espacial, la aglomeración de propiedades intensivas para formar entidades e identificarlas.

El procesamiento principal es ontologización, vale decir, la identificación de entidades. La ubicación espacial es egocéntrica.

El output es el esquema distal, compuesto por entidades identificadas y egolocalizadas.

La dispersión de límites produce fusión somática (es decir, la aplicación de una perspectiva particular). Esta perspectiva facilita el reconocimiento prenoético de entidades y, además, instaura una empatía radical.

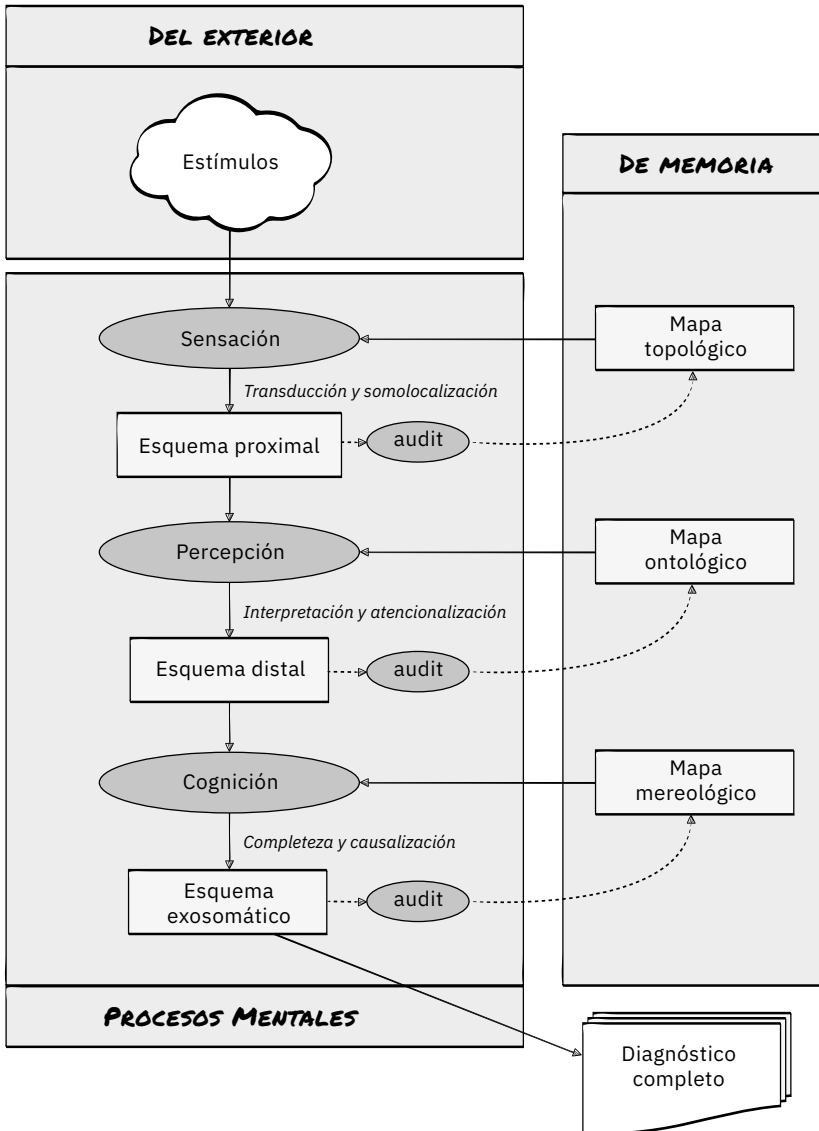
Cognición:

Lo que modula la percepción es la penetración enactiva, que permite predecir relaciones y aglomeraciones. Esas predicciones permiten relacionar entidades entre sí y con el conjunto, y postular subsistemas a la vez autónomos e interrelacionados.

El procesamiento principal es mereologización, es decir, la relación entre entidades en tanto partes de un conjunto, lo que permite una ubicación espacial alocéntrica.

El output es el exoesquema somático, que está compuesto por partes y relaciones mereológicas, incluyendo propiedades emergentes.

La encapsulación y la penetración enactiva permiten una mereologización prenoética.



14. La sensopercepción como prenoesis

Razón versus intuición

Dijimos que la escucha implica tres fases: sensación, percepción y cognición. Estas fases conducen a tres fenómenos particulares: sensibilidad aumentada, fusión somática y penetración enactiva. La convergencia de estos tres fenómenos permite un diagnóstico prenoético.

Ya explicamos que la palabra “diagnóstico” adquiere en este contexto un significado particular: no el hallazgo de un nombre para la patología, sino la comprensión global de los mecanismos activos y potenciales del paciente.

También dimos una breve explicación del concepto de “prenoético”: aquellos mecanismos que preforman la conciencia sin ser conscientes ellos mismos.

Sin embargo, dado que este último concepto es clave para nuestro argumento, necesitamos explorarlo un poco más. Sobre todo, nos interesa confrontar las manifestaciones prenoéticas con lo que comúnmente se conoce como “intuición”, ya que, aunque definen fenómenos muy cercanos, no son términos equivalentes. De hecho, lo que llamamos diagnóstico prenoético proviene de un tipo particular de intuición que intentaremos diferenciar.

Veamos en principio el primero de estos conceptos: la intuición.

Hay muchas y variadas definiciones de intuición. Se habla de intuición cuando alguien experimenta una comprensión veloz de una situación o de un hecho sin usar la razón. Hay quien concibe la intuición como la acción de entender, cuando no hay necesidad de esfuerzos de pensamiento consciente. Hay también quien dice que intuición es conocimiento inmediato, por oposición al conocimiento mediado de la razón. Algunos autores aseguran que la intuición, al contrario de la razón, implica procesos inconscientes de cognición. Otros, un poco más específicos, aseguran que la intuición es el proceso de utilizar experiencias o conocimientos pasados para sacar conclusiones acerca de una situación presente.

La intuición es un proceso cognitivo que muchas veces se opone a la razón, y en este caso es similar a la distinción entre los sistemas 1 y 2. De hecho, el sistema 1 se identifica con procesos intuitivos, y el sistema 2 con procesos deductivos. Vamos a retomar momentáneamente esta teoría dual como recurso didáctico, aun si después vamos a desasir nuestro concepto de intuición de la oposición sistema 1/sistema 2.

Las oposiciones planteadas por la teoría dual se despliegan sobre todo en dos aspectos: la razón es consciente y lenta, mientras que la intuición es inconsciente y rápida. Existe un tercer aspecto, que suele enarbolarse como juicio de valor: la razón provee resultados exactos, mientras que la intuición es propensa a errores. Más adelante indagaremos específicamente en este tercer aspecto.

Quizás estos no sean los únicos aspectos diferenciadores interesantes. Muchos autores mencionan otros factores en los que parecen oponerse. La razón usa la memoria explícita, mientras que la intuición usa la memoria implícita. La razón es analítica; la intuición es sintética. La razón implica definiciones por comprensión; la intuición entraña definiciones por extensión. De todos estos factores explicativos, el que nos parece más pertinente es el que dice que la razón es un método formal, mientras que la intuición es una relación material. Veamos un poco más en profundidad este concepto.

**LA RAZÓN ES UN MÉTODO FORMAL.
LA INTUICIÓN ES UNA RELACIÓN MATERIAL.**

Hay dos modos de derivación de conocimientos: métodos formales y métodos materiales.

Los métodos formales se ocupan de la estructura o la forma del razonamiento. Indican la forma en que se deben ejecutar las reglas de inferencia para que la derivación sea válida, y esta validez es independiente del contenido al que se le aplican las reglas. Los métodos materiales, por el contrario, ponen el foco en el contenido.

La lógica formal es un sistema de lógica que abstrae las formas del pensamiento de su contenido para establecer criterios abstractos de consistencia. En los métodos formales hay un esclarecimiento explícito del proceso de deducción del conocimiento a partir de premisas iniciales. Esa abstracción me permite deducir proposiciones en circunstancias novedosas, que nunca enfrenté y nunca estudié. En los métodos materiales el conocimiento está

simplemente dado de manera inmediata, sin una explicación manifiesta. El método material es mucho más rápido que el formal, pero necesito haber experimentado o estudiado con anterioridad la situación a la que me enfrento.

Los métodos formales requieren más tiempo de procesamiento; los métodos materiales requieren más memoria.

Si necesito definir el resultado de 12×12 , puedo elegir reglas de inferencia formales o materiales. Un niño de primaria podría sumar doce veces 12, que es la definición formal de la operación de multiplicación. Un alumno más avanzado haría quizás la siguiente cuenta:

$$\begin{array}{r}
 12 \\
 \times 12 \\
 \hline
 24 \\
 + 12 \\
 \hline
 144
 \end{array}$$

que es un procedimiento encapsulado. Alguien aún más experto, quizás alguien que realiza cálculos habitualmente, sabe que $12 \times 12 = 144$, y obtiene el resultado de manera inmediata, mediante una inferencia adquirida por una encapsulación de un nivel todavía más alto. El primer método es formal, el último es material, el segundo es un híbrido material/formal.

Podríamos decir que una regla material es un conjunto de reglas formales tan encapsuladas que obtienen el resultado en un solo paso, sin necesidad de un procesamiento lógico que requiera recursos atencionales y conscientes. En ese sentido, como dicen Kruglanski y Gigerenzer (2011), los sistemas 1 y 2 son ambos sistemas basados en reglas, y la diferencia entre ambos es que en el Sistema 1 las reglas son materiales, y en el Sistema 2 son formales.

Esta propiedad de ser material es la que le confiere a la intuición las propiedades de ser inconsciente y rápida. En los niveles más altos de encapsulación, la intuición es un entendimiento interno a través de reconocimiento inconsciente de coincidencia de patrones, que se vuelve consciente bajo ciertas condiciones. Como dice Rosenblatt (1994): “La intuición refleja [...] la operación de una actividad de coincidencia de patrones inconsciente, en la que un patrón percibido en el momento presente se corresponde con un patrón almacenado”. Y también: “Es probable que los patrones se almacenen en algún tipo de ordenamiento jerárquico, de modo que algunos patrones son instancias o partes de patrones más grandes y abarcadores, donde los patrones más grandes funcionan como contextos para los patrones más pequeños”.

Los métodos intuitivos muchas veces son encapsulaciones de métodos formales. Si el proceso de encapsulación (vale decir, el aprendizaje y la práctica repetida) sucedió de manera correcta, ambos métodos deberían llegar al mismo resultado. Es por eso por lo que la intuición es propia de expertos.

Un ejemplo

De adolescente, conseguí un trabajo de *data entry* en el consulado italiano. Mi tarea era simple: tomar los formularios del censo de italianos en Argentina y digitalizar sus detalles manuscritos en un sistema informático. Sin embargo, ingresar la comuna de nacimiento podía complicarse. El sistema verificaba si los nombres de los municipios estaban ingresados correctamente, y los errores eran comunes. Los formularios a menudo tenían abreviaturas o errores ortográficos, especialmente para nombres largos como “San Giovanni in Fiore” en Cosenza. En el campo “Comune di Nascita” de las fichas en papel podía encontrar cosas como “San Giovanni in Fiore”, “San Giovanni”, “S. Giovanni in Fiori”, o incluso “SG in F”, pero el único dato que aceptaba el sistema era “S. G. in Fiore” (el largo del campo era de 15 caracteres). Si yo ingresaba algo distinto, me daba error.

Para evitar una sucesión interminable de intentos con diversas notaciones si no sabíamos el nombre exacto que aceptaba el sistema, había una solución alternativa: podíamos ingresar, en vez del nombre de la comuna, el código postal. Para esos casos, el consulado nos había provisto de un libro de códigos postales, con todas las comunas permitidas. Si yo encontraba en la ficha “S. Giovanni in Fiori”, luego de un par de intentos fallidos una rápida consulta en el libro revelaba el municipio correcto, “San Giovanni in Fiore”, y su código postal, 87055. Al ingresar este código postal en el sistema, inteligentemente cambiaba el número por el nombre del municipio permitido por el sistema, “S. G. in Fiore”, y asunto resuelto.

La cuestión es que yo y mis compañeros trabajábamos tres horas por día, y nos pagaban por ficha ingresada, así que encontrábamos todos los trucos que nos podían hacer ganar tiempo. Para que se den una idea, en mi primera semana yo cargaba 20 fichas por hora. Seis meses después, habiendo descubierto todos los atajos posibles, cargaba 60 fichas por hora, lo que en la práctica significaba que mis ingresos se habían triplicado. En ese contexto, tomarse el tiempo para consultar el libro de códigos postales por cada entrada fallida implicaba una demora mortal.

Pero ese mismo mecanismo empezamos a usarlo como recurso para aumentar la velocidad. Lo que hicimos fue memorizar los códigos postales de

las comunas más habituales, especialmente aquellos con nombres largos. Por ejemplo, cuando me llegaba una ficha que decía Corigliano Calabro, en lugar de tipear esos 18 caracteres, yo tipeaba los 5 caracteres del código postal: 87064. Sin mirar el libro, por supuesto. Esta táctica aumentó significativamente mi velocidad de entrada de datos. Por supuesto, no me podía aprender de memoria las ocho mil comunas italianas; eso no solo hubiera sido un esfuerzo sobrehumano, sino muchas veces un gasto inútil, porque muchas de esas comunas no las hubiera usado jamás. Me centré en aprender unos treinta o cuarenta códigos para los municipios que más frecuentemente se escribían mal o tenían los nombres más largos, esencialmente, los que más me ralentizaban.

Esta experiencia laboral es un buen ejemplo para diferenciar entre la intuición y la razón. Al usar la razón, seguí un método sistemático de validación, como buscar códigos postales en un libro, un enfoque paso a paso que refleja el pensamiento racional. Sin embargo, para los municipios frecuentemente encontrados con nombres largos, cambié de táctica. En lugar de repetir el largo proceso de búsqueda, memoricé directamente los códigos postales. Este atajo es similar a la intuición: respuestas rápidas basadas en la memoria que evitan los métodos tradicionales más lentos de recuperación de información.

Mientras que la intuición (memorizar códigos postales) ahorra tiempo, exigía un esfuerzo significativo de memoria. En contraste, el enfoque razonado (usar el libro) no necesitaba memoria, pero consumía más tiempo. Con el tiempo, aprendí a encontrar un equilibrio entre los dos, aplicando la intuición para los casos que consumían más tiempo y reservando los procesos razonados para tareas menos familiares.

El método formal tiene otra ventaja. Dado que es independiente del contenido, es útil incluso en situaciones novedosas. En el consulado, si yo hubiera encontrado una ficha con el valor “S. M. Argentano”, suponiendo que no lo hubiera encontrado nunca antes, no hubiera podido encontrar una solución mediante el método material. La única posibilidad era tomar el libro, buscar en el índice, encontrar que lo más parecido a “S. M. Argentano” era “San Marco Argentano” y recuperar el código postal 87018.

La modulación de intuición y razón

Las teorías ortodoxas de la cognición oponen la intuición y la razón, y muchas de ellas tienden a asignarle mayor valor a la razón, aduciendo que la inferencia intuitiva es más propensa a errores y está afectada por prejuicios.

Si bien algunos autores otorgan cierto valor a la intuición por su rapidez, sugieren que luego la razón verifique el resultado obtenido para asegurar una certeza.

Sin embargo, a nuestro entender, razón e intuición no son opuestos. Son dos métodos distintos de obtener una información. Ambos son pasibles de prejuicios y errores. En el mejor de los casos ideales posibles, las dos producen el mismo resultado.

Los teóricos de la mente que dan una supremacía de la razón sobre la intuición, al menos en cuanto a exactitud, suelen brindar ejemplos de razonamientos intuitivos que son corregidos luego por la razón. Citemos uno paradigmático bastante famoso, tomado de Kahneman (2002): Linda, la cajera de banco.

Tversky y Kahneman (1983) realizaron un experimento que consistía en dar a un grupo de participantes ciertos párrafos descriptivos seguidos de algunas preguntas orientadas a cotejar inferencias sobre ellos. Uno de esos párrafos es el de Linda, una hipotética cajera de banco, que dice así:

Linda tiene treinta y un años, es soltera, brillante y no tiene pelos en la lengua. Es licenciada en Filosofía. Como estudiante, estaba profundamente preocupada por cuestiones de discriminación y justicia social y participó en manifestaciones antinucleares.

A continuación de este párrafo, pedían a los participantes que ordenaran, de acuerdo con su probabilidad, ocho proposiciones sobre Linda. Dos de esas proposiciones eran las siguientes:

A) Linda es cajera de banco

B) Linda es cajera de banco y participa activamente en el movimiento feminista

Más de tres cuartos de los participantes calificaron la proposición B como más probable que la proposición A. Tversky y Kahneman argumentan que esa elección es entendible, porque la descripción de Linda no encaja con el estereotipo usual del cajero de banco, y la elección de un “cajero de banco feminista” parece brindarle verosimilitud.⁵³ Sin embargo, esa respuesta es contraria a la lógica matemática, porque la probabilidad de un evento es necesariamente mayor que la probabilidad de la conjunción de ese evento con algún otro. Supongamos que el párrafo acerca de Linda nos da una idea de su personalidad, y estimamos que la probabilidad de que sea activa en el movimiento feminista es 80%. Por otro lado, en ese párrafo no hay

⁵³ Kahneman (2002) advierte que el experimento original transcurrió en los años 80, y que en ese momento los estereotipos relacionados con cajeros de banco y con feministas eran más categóricos que en la actualidad.

indicaciones acerca del trabajo de Linda, de manera que no nos orienta en ese sentido y debemos guiarnos por estadísticas genéricas. Digamos que la probabilidad de que una persona cualquiera (o de cierta condición social) trabaje de cajero en un banco es 10%.⁵⁴ En ese caso, la probabilidad de A es 10%, y la probabilidad de (A y B) es $10\% * 80\%$, es decir, 8%.

Tversky y Kahneman designan a este tipo de razonamiento como “falacia de conjunción” y lo utilizan para demostrar que la intuición puede llevarnos a inferencias falsas, dado que es influenciable por prejuicios, creencias y ambigüedades contextuales.

Gerd Gigerenzer (2007), sin embargo, critica el planteo de Tversky y Kahneman asegurando que lo que puede parecer un razonamiento incorrecto desde un punto de vista formal, puede haber sido útil desde una perspectiva evolucionista. Dice:

Una de estas reglas inconscientes que nuestra mente parece utilizar para comprender el significado del lenguaje es la máxima de relevancia:

Asuma que el hablante sigue el principio “Sé relevante”.

La inferencia inconsciente es la siguiente: si el experimentador me lee la descripción de Linda, lo más probable es que sea relevante para lo que espera que haga.

Al aplicar esto al escenario de Linda, significa que los participantes relacionaron intuitivamente la descripción detallada con las expectativas establecidas por los experimentadores.

Gigerenzer argumenta que, aunque este razonamiento intuitivo podría no estar en línea con la lógica matemática estricta, su prevalencia es un testimonio de sus ventajas evolutivas. En esencia, él cree que dicho razonamiento ha jugado un papel crucial en la supervivencia humana, permitiéndonos navegar y adaptarnos a un entorno complejo y a menudo hostil⁵⁵.

Pero, así como hay casos donde la intuición se equivoca y la razón la corrige, en otros casos, la situación se invierte: la razón nos da un resultado y la intuición lo corrige. Es un caso poco habitual, porque la intuición tiene la ventaja de ser más rápida, y la razón la de ser más exacta, pero podemos imaginar el siguiente ejemplo: cuando hacemos una cuenta y nos equivocamos.

54 Los porcentajes expuestos aquí son inventados a modo de ejemplo. Cualquier valor que se les asigne, la conclusión sigue siendo la misma.

55 En realidad, toda formalización lógica es una digitalización, y toda digitalización implica cierta pérdida de información. En la formalización propuesta por Tversky y Kahneman se pierde la máxima de relevancia. Por tanto, no es cierto que la mayoría de la gente piense de manera ilógica, sino que la formalización propuesta por Tversky y Kahneman es incompleta.

Digamos que tenemos que encontrar el resultado de 4257×4873 . Tomamos un papel y un lápiz (o una calculadora), hacemos el cálculo y nos da 2.073.159.



La intuición nos dice que algo está mal, porque los últimos dos números son 3 y 7, que multiplicados son 21, así que el resultado tendría que terminar en 1. Por otra parte, es un número mayor que cuatro mil multiplicado por otro número mayor que cuatro mil, así que el resultado debería ser mayor a 16 millones. Al revisar, podemos ver que al hacer la cuenta nos olvidamos del 3 final, y en realidad multiplicamos 4257×487 , lo cual nos da un resultado que no es el que buscamos.

Cuando le mostré estos ejemplos a mi tía Fefe, me acusó de estar haciendo trampa. Dijo que en este último caso no es verdad que la intuición estaba en lo correcto y la razón no, porque en realidad el procedimiento racional era incorrecto. Si hubiera tipeado bien los números en la calculadora, el resultado por el método racional hubiera sido correcto. Eso es verdad, pero es que justamente por ahí va la cosa, y ese argumento es también válido para el caso contrario. Cada vez que la intuición presenta un resultado erróneo y la razón la corrige, es porque el procedimiento intuitivo era incorrecto. Si ambos métodos son correctos, el resultado debería ser el mismo.

Para aclarar esto, veamos un caso más, un poco más interesante: el famoso problema de Monty Hall.⁵⁶ Este es un ejemplo que se utiliza siempre para mostrar que un procesamiento razonado puede dar un resultado contraintuitivo.

El escenario es el siguiente. Imaginemos un tal Lucas en un concurso de televisión presentado por Monty Hall. En un momento dado, a Lucas le muestran tres puertas: detrás de una de ellas hay un coche y detrás de las otras, nada. Tiene que elegir una. Si acierta, se gana el coche. Hasta ahí, la situación es sencilla. La probabilidad de acertar es de $1/3$.

Ahora agregamos una vuelta de tuerca. Después de que Lucas manifiesta su elección, Monty abre una puerta de las no elegidas, y muestra que está vacía. Ninguna sorpresa todavía. Sabíamos que al menos una de las dos puertas no elegidas estaba vacía, y como Monty Hall sabe dónde está el auto, siempre puede mostrar una puerta vacía.

Pero ahora Monty Hall ofrece al participante cambiar de puerta. Es decir, Lucas eligió la puerta A. Monty le muestra la puerta C, que está vacía. Ahora el participante tiene la opción de modificar su elección: puede quedarse con la puerta A que eligió originalmente o puede cambiarla por la puerta B.

La pregunta es: ¿debería Lucas cambiar la puerta que eligió, o no? La respuesta intuitiva a esta pregunta suele ser (en un poco más de la mitad de la gente) que da lo mismo: ahora hay dos puertas posibles, y la probabilidad de acertar es 50% para ambas.

La realidad es que el participante debe siempre cambiar de puerta, puesto que su probabilidad de acierto aumenta al doble. Los participantes que modifican su elección de puerta tienen $2/3$ de probabilidades de ganar, mientras que los que la ratifican tienen solo $1/3$.

Pero aquí sucede algo singular, que no sucede en el caso de Linda, la cajera de banco, porque cada vez que se presenta el problema de Monty Hall se establecen discusiones sobre el resultado, aun después de mostrar el razonamiento matemático. Mucha gente no puede aceptar que la probabilidad de llevarse el auto es el doble si cambia, y en este grupo se incluyen expertos matemáticos (entre ellos, por ejemplo, Paul Erdős, uno de los matemáticos más sobresalientes de su época, quien no se convenció hasta ver una simulación computarizada). Es habitual que en una discusión sobre el problema de Monty Hall se establezca una discusión, donde los participantes se mantienen en su respuesta original, enfrascándose en distintos razonamientos para justificarla, aun luego de prestar atención y entender los argumentos del otro.

56 Monty Hall era el presentador de un programa televisivo de juegos de Estados Unidos. El planteo original del problema se lo debemos a Steve Selvin, en una carta enviada a la revista *American Statistician* en 1975, quien lo presentó como un experimento de razonamiento basado remotamente en el programa *Let's Make a Deal*, del que Monty Hall era el anfitrión.

Lo que hace que el problema de Monty Hall sea tan fascinante es la terquedad de la intuición. Incluso cuando las personas aplican conscientemente el pensamiento lógico, usando todas las habilidades de razonamiento formal que han aprendido, muchos aún concluyen que cambiar de puerta no cambia sus probabilidades de ganar. Esta terquedad no es realmente acerca de intuición versus lógica; se trata de usar un tipo de lógica (razonamiento hipotético-deductivo) sobre otro (razonamiento Bayesiano).

El meollo del asunto radica en nuestra base educativa. Desde una edad temprana, se nos enseña a abordar los problemas con una mentalidad hipotético-deductiva, lo que nos resulta muy útil en casi todas las situaciones, pero se queda corto en rompecabezas como el problema de Monty Hall. El razonamiento Bayesiano, que explica mejor la lógica detrás de cambiar de puertas, sigue siendo menos familiar para la mayoría y se reserva para campos especializados con marcos matemáticos complejos.

El ejemplo de Monty Hall no es un ejemplo ilustrativo de la supremacía de los métodos formales sobre los materiales, sino la del razonamiento bayesiano sobre el hipotético-deductivo (en este caso particular), y estos son ambos métodos formales. La intuición provee el mismo resultado que el método hipotético-deductivo, sencillamente porque el método formal que todos estudiamos desde chicos en nuestra educación y el que aplicamos siempre es el hipotético-deductivo.

Por lo tanto, la persistente intuición de que las probabilidades son 50/50 no es solo la intuición en falta, sino un reflejo de los métodos de razonamiento incrustados en nosotros. Para comprender completamente el problema de Monty Hall, debemos salir de nuestra zona de confort lógico convencional y abrazar el mundo de la inferencia Bayesiana. La intuición proporciona la respuesta incorrecta porque es solo una encapsulación de ese razonamiento hipotético-deductivo.

Mapas prenoéticos

Las reglas de cada uno de los dos tipos de razonamiento se almacenan en dos sistemas de memoria diferentes. El razonamiento hipotético-deductivo utiliza la memoria explícita, donde somos conscientes de la información y los procesos que estamos utilizando. El razonamiento inductivo aprovecha la memoria implícita, aprovechando patrones y experiencias inconscientes.

En el proceso de sensopercepción que venimos analizando, la memoria implícita son los mapas topológico, ontológico y mereológico de los que

hablamos. Estos mapas no son solo construcciones teóricas; son herramientas prácticas que nuestros cerebros utilizan para predecir e interpretar la información sensorial basada en nuestras experiencias pasadas. Estos mapas trabajan en segundo plano, moldeando nuestras percepciones sin que necesitemos pensar conscientemente en cada paso.

Los mapas a los que nos referimos seguramente no sean los únicos. Es probable que, para cada proceso mental, desde la toma de decisiones hasta la respuesta emocional, haya un mapa correspondiente que ayude en nuestra rápida y a menudo inconsciente navegación a través de las complejidades de la vida. Los mapas topológico, ontológico y mereológico sirven para predecir lo que vamos a sensopercebir basándonos en instancias anteriores y luego construir la mayoría de la imagen percibida (la parte que no varía). Por lo tanto, a estos mapas los llamamos “prenoéticos” porque sientan las bases para nuestros pensamientos conscientes, permitiéndonos reaccionar al mundo que nos rodea de maneras informadas sin la lenta deliberación del razonamiento explícito. La base inicial de los mapas son los conocimientos de anatomía, biomecánica y fisiología, y luego son completados, detallados y optimizados en cada instancia de práctica.

**LOS MAPAS TOPOLÓGICO, ONTOLÓGICO Y
MEREOLÓGICO SIRVEN PARA PREDECIR LO
QUE VAMOS A SENSOPERCIBIR BASÁNDONOS
EN INSTANCIAS ANTERIORES .**

Ahora, en la escucha osteopática, estos procesos cognitivos y mapas juegan un papel trascendental. Mientras escuchamos el cuerpo de un paciente, aunque no estemos pensando conscientemente en estructuras anatómicas o en la mecánica del movimiento, nuestro conocimiento y experiencia acumulados moldean nuestra intuición. Antes separamos la cognición de la escucha o la escucha de la cognición, pero ahora, gracias a esta maniobra de considerar la intuición y los mapas como cognición inconsciente, podemos reunirlos nuevamente.

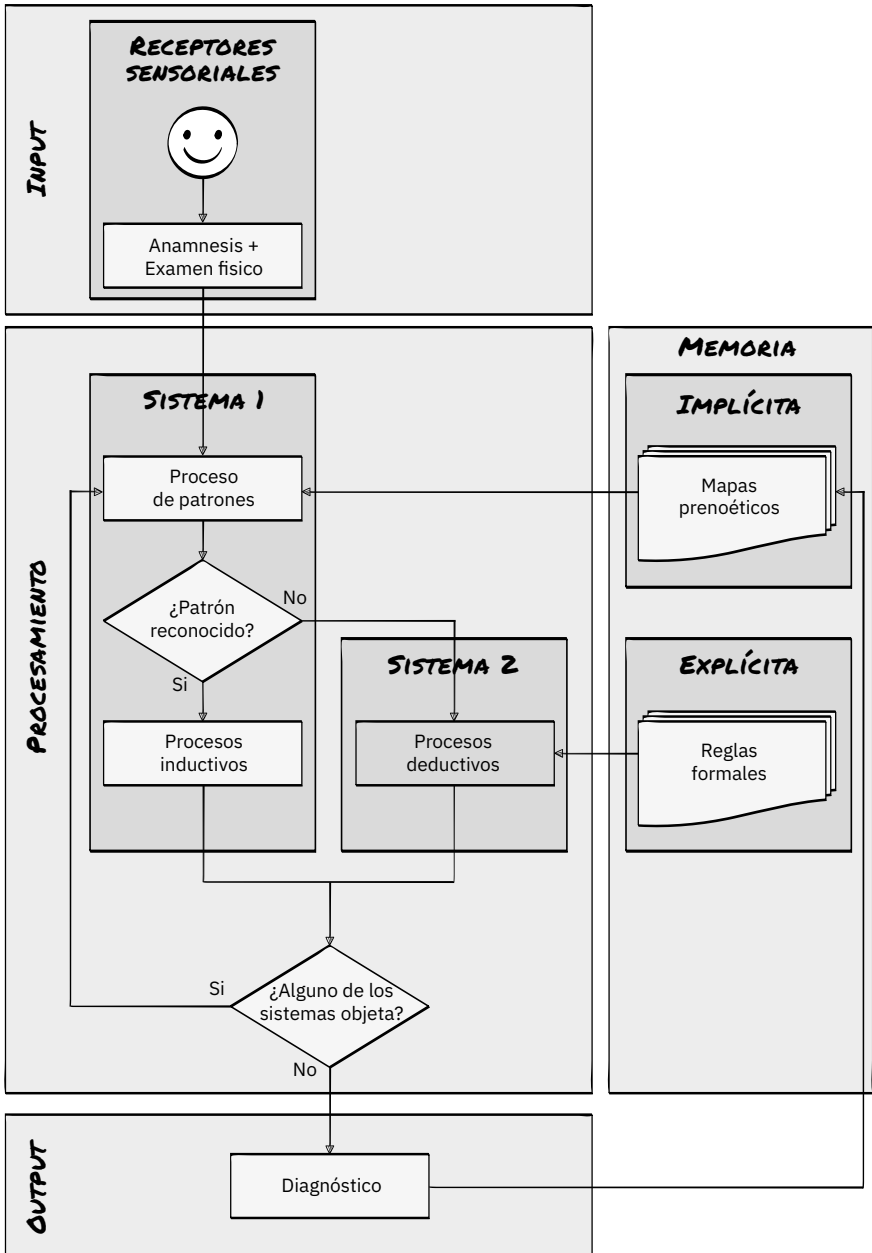
Al reconocer y aprovechar el poder de los mapas prenoéticos, fusionamos la cognición con la intuición. Esta fusión permite a los osteópatas “escuchar” de una manera que es a la vez informada por su amplia formación y notablemente intuitiva, lo que conduce a conocimientos y diagnósticos que podrían no ser inmediatamente evidentes a través solo del razonamiento convencional.

GLOSARIO: MAPAS PRENOÉTICOS

MAPAS PRENOÉTICOS: Conjunto organizado de información en memoria que acelera y potencia, gracias a predicción y penetración enactiva, los procesos de sensopercepción.

Ahora bien, los conceptos y procesos propios de la cognición, si bien no son parte de la escucha propiamente dicha, juegan un papel preponderante en ella. Tengo que aprender los conceptos de cadena etiológica y diagnóstico etiotrópico, introyectarlos, meterlos en mi cuerpo, para lograr no pensar en ellos pero que desde el fondo de mi cabeza de alguna manera vayan organizando los datos recolectados en la escucha.

Vale decir, tomar ese proceso meramente intelectual que es la cognición y darle realidad corporal. Encarnar el razonamiento. Convertir ese procesamiento declarativo en procedimental. Y es en esta maniobra transmutadora que la cognición pasa a ser parte de la escucha.



Estamos deconstruyendo la temporalidad lineal que elaboramos antes. Tanto en las fases de la sensopercepción (sensación-percepción-cognición)

como en las etapas de la sesión (anamnesis-examen físico-diagnóstico-tratamiento), la linealidad nos sirvió como recurso didáctico, pero en la realidad todas esas fases pueden suceder no solo en un orden distinto, sino también que a veces se producen simultáneamente. Las fases de la sensor-percepción son lineales pero puntuales, y hay muchas líneas simultáneas en paralelo. La comparación del esquema distal con el mapa mereológico es puntual, momentánea y repetitiva, pero es un proceso que transversalmente orienta el examen físico y elabora el diagnóstico.

Lipton (2005) afirma que la mente inconsciente es mucho más poderosa que la consciente. Da el ejemplo de caminar como una función propia de la mente inconsciente, argumentando que resultaría una tarea imposible para la mente consciente, porque requeriría conocer la coreografía precisa de todos los músculos que hay que mover en qué momento, respondiendo a las sucesivas sensaciones de peso, movimiento y equilibrio. Esto muestra la diferencia fundamental entre nuestro inconsciente, que aprovecha patrones y experiencias almacenadas en memoria (procedimientos materiales), y nuestra mente consciente, que se basa en el razonamiento paso a paso (procedimientos materiales). El psicólogo Mihaly Csikszentmihalyi (1990) cuantifica esta diferencia, señalando que mientras nuestra mente consciente procesa información a una tasa de 126 bits por segundo, la mente inconsciente puede procesar miles de millones de bits en la misma cantidad de tiempo.

Esto nos lleva a la relación entre intuición y razón. Intuición y razón son dos tipos de reglas mentales de inferencia, y si bien los separamos para entenderlos mejor, en el funcionamiento cotidiano cada instancia cognitiva utiliza reglas de ambos tipos, empotradas unas en otras. La mayoría de las reglas son incluso híbridas, formadas por componentes materiales y componentes formales.

Intuición es encapsulación

En cualquier instancia clínica, los profesionales operan en sus primeros años dentro de un marco hipotético-deductivo, aplicando meticulosamente el razonamiento clínico para diagnosticar y tratar a los pacientes. A pesar de esta dependencia de un enfoque metódico, a medida que los osteópatas maduran en su práctica, muchas de sus decisiones clínicas se ven influenciadas por manifestaciones intuitivas. Este enfoque intuitivo no es una desviación del razonamiento, sino más bien una forma automatizada de él, refinada a través de la experiencia. De hecho, las investigaciones más recientes (tanto en osteopatía como en medicina convencional y otros tipos de medicina)

respaldan firmemente el reconocimiento de patrones o el razonamiento inductivo como la estrategia de razonamiento diagnóstico más utilizada por expertos en situaciones clínicas familiares, o no problemáticas (Groen and Patel (1985); Jones (1995); Case et al. (2000); Coderre et al. (2003); Eva (2005); Heemskerk et al. (2008); Higgs, Jones, Loftus, & Christensen (2008); Elstein (2009); Harjai and Tiwari (2009); Norman & Eva (2010); Pelaccia et al. (2011); Pelaccia et al. (2014)).

El razonamiento hipotético-deductivo es característico de los practicantes principiantes. Sin embargo, con la acumulación de experiencia práctica, se nota un cambio. Los practicantes comienzan a comprender los problemas de los pacientes de manera más intuitiva, reconociendo patrones rápidamente y empleando razonamiento inductivo. Estas estrategias, que una vez fueron desconocidas y aprendidas con esfuerzo, gradualmente se convierten en una segunda naturaleza para los profesionales experimentados. Esta evolución de un razonamiento deliberado y consciente a un entendimiento intuitivo marca la progresión de novato a experto.

Por supuesto, la división novato/experto es una dicotomía simplista que representa los extremos de un desarrollo continuo. Uno es novato al inicio de su carrera, y a medida que adquiere conocimiento y experiencia, se convierte más en experto. Si en este continuo quisiéramos fijar un límite a partir del cual los que lo atraviesan son considerados “expertos”, podríamos pensar algo así: es experto quien utiliza en su praxis cotidiana más procedimientos intuitivos encapsulados que razonamientos formales, pero que podría, si fuera necesario, tomar los resultados materiales a los que arribe por medio de la intuición y expandirlos en una explicación formal. Este equilibrio de escucha y razonamiento es la característica distintiva de un experto en osteopatía.

Intuición prenoética

La idea de “prenoesis”, y la teorización de fenómenos prenoéticos en la cognición humana, son conceptos instaurados por Gallagher (2005), basándose en parte en algunas ideas de Gendlin (1962). Gallagher llama “prenoético” a todo aspecto de la estructura de la consciencia que no entra en el contenido fenoménico de la experiencia de manera explícita. Es decir, un proceso o una entidad que tiene algún rol en la constitución de la consciencia, pero que no es en sí mismo consciente.

Los procesos prenoéticos, por lo tanto, son procesos cognitivos que, aun siendo inconscientes, preparan, modelan, estructuran, predisponen, pueblan

y modulan la consciencia. No obstante, Gallagher adopta la concepción de cognición de la teoría enactiva, y asigna a los fenómenos prenoéticos sus cualidades. En particular, los procesos prenoéticos no son exclusivamente mentales, sino que tienen componentes corporales. Son enclaves de penetración somática en la cognición, y, por lo tanto, una de las interfases entre cuerpo y mente. El esquema corporal involucra un desempeño prenoético del cuerpo.

**LOS PROCESOS PRENOÉTICOS SON PROCESOS
COGNITIVOS QUE, AUN SIENDO INCONSCIENTES,
PREPARAN, MODELAN, ESTRUCTURAN,
PREDISPONEN, PUEBLAN Y MODULAN LA
CONSCIENCIA.**

Banton (2019) explica de manera clara esta conjunción de penetración somática en la constitución de la consciencia: “Lo prenoético es aquello que tiene significado, pero a un nivel que no se ha revelado al reconocimiento consciente o la reflexión. No es exactamente sinónimo de prerreflexivo. Este último sugiere que un significado tiene la capacidad de emerger al pensamiento reflexivo, mientras que la prenoética sugiere un significado que puede revelarse de una manera que se siente y se comprende en el cuerpo, sin necesariamente tener que revelar su contenido al pensamiento reflexivo”.

El conocimiento erigido mediante mecanismos prenoéticos es de tipo bayesiano: proviene, por lo tanto, de la convergencia de sensaciones (incluida la interocepción de marcadores somáticos) con memoria de tipo material⁵⁷. Si bien surge de manera inconsciente, este proceso irradia conocimiento consciente, y debería poder transmutarse en proposiciones declarativas.

La prenoesis tiene una relación íntima con la intuición, aunque no son la misma cosa. Si bien hay prenoesis que no es intuición e intuición que no es prenoesis, hay fenómenos que comparten características de ambas, a los que podemos llamar “intuición prenoética”.

La intuición es la generación de conocimiento a partir de reglas inconscientes de reconocimiento de patrones. Para que la intuición sea prenoética debe cumplir con dos condiciones: tener componentes somáticos, y preformar un razonamiento deductivo. Tiene componentes somáticos cuando es creación de conocimiento a partir de penetración enactiva, y

57 Como un comentario al margen en el que no me atreveré a profundizar aquí, una posible aplicación de la fórmula bayesiana fundamental $P(A|B) = P(B|A) \cdot P(A) / P(B)$, es que el nuevo conocimiento $P(A|B)$ se genera a partir de la ponderación de premisas materiales $P(A)$ y $P(B)$ a través de premisas formales $P(B|A)$.

preforma un razonamiento deductivo cuando representa una encapsulación de razonamiento.

Intuición prenoética, por lo tanto, es la modulación de conocimientos declarativos mediante marcadores somáticos, y, por lo tanto, su desarrollo requiere tanto un aprendizaje teórico como una práctica extendida.

El desarrollo de la intuición prenoética no es instantáneo; es una habilidad que se perfecciona a través de un extenso aprendizaje teórico y experiencia práctica. Es esta combinación de conocimiento y comprensión somática la que distingue el enfoque diagnóstico en la osteopatía. Aquí, el practicante escucha y siente, proporcionando un diagnóstico que se basa tanto en la sensación como en la deducción, un concepto ajeno a los modelos más tradicionales e hipotético-deductivos de la medicina convencional.

Por el contrario, la medicina convencional se basa predominantemente en un enfoque hipotético-deductivo para el diagnóstico. Este método implica recopilar síntomas y signos para relacionar la condición de un paciente con patologías conocidas, a menudo apoyándose en gran medida en la tecnología para descartar o confirmar posibilidades, con el objetivo de lograr un diagnóstico “objetivo”. Este proceso, aunque sistemático, pasa por alto los conocimientos intuitivos que se pueden obtener mediante la interacción directa con el paciente y la comprensión somática, que son fundamentales para la práctica osteopática.

La prenoesis en la praxis osteopática

La escucha osteopática es, por lo tanto, prenoética. Esta forma única de escuchar no se limita a recopilar información a través del tacto, sino que invoca percepciones clínicas directas dentro del osteópata sin la necesidad de un pensamiento lógico deliberado. No porque el razonamiento no exista o no se ejecute; más bien, el razonamiento está tan profundamente encapsulado y automatizado que opera por debajo del umbral de la conciencia.

La capacidad prenoética de la escucha está dada por la suma de las particularidades de las tres fases: sensibilidad aumentada, fusión somática y penetración enactiva. La sensibilidad aumentada facilita la prenoesis al posibilitar la detección rápida de desviaciones respecto de la media. La fusión somática cataliza la prenoesis al permitir una comprensión directa, en primera persona, que no requiere una traducción en palabras o algoritmos. La penetración enactiva ejecuta la prenoesis al canalizar el razonamiento clínico a través de herramientas materiales y corporales.

**LA CAPACIDAD PRENOÉTICA DE LA ESCUCHA
ESTÁ DADA POR LA SUMA DE LAS
PARTICULARIDADES DE LAS TRES FASES:
SENSIBILIDAD AUMENTADA, FUSIÓN
SOMÁTICA Y PENETRACIÓN ENACTIVA.**

La escucha prepara el cuerpo y predispone a la mente para un razonamiento clínico.

En este sentido, no es fácil explicar lo que sucede en una sesión de osteopatía. Tomemos por ejemplo esta descripción de Rollin Becker (1997): “Un tratamiento podría describirse de la siguiente manera: nuestras manos, nuestro movimiento sensible y nuestras habilidades de palpación del movimiento, proporcionan puntos de apoyo de referencia para que la fisiología del cuerpo del paciente se despierte y use sus recursos internos para hacer el trabajo de corregir sus problemas y orientar sus mecanismos hacia la salud. A través de la consciencia, las habilidades de palpación y las habilidades motoras sensibles, buscamos los puntos de equilibrio de los patrones de movimiento para la tensión o tensiones específicas; apoyamos los tejidos en estos puntos de equilibrio; sentimos que los tejidos y fluidos pasan por un período de tensiones para resolver el problema; nos damos cuenta de un período de quietud, un punto de quietud, un cambio”.

Por supuesto, si a mi tía Fefe le describo las acciones de una sesión de osteopatía de esa manera, probablemente se mofe de mí y crea que hago imposición de manos o algo por el estilo. Es que Fefe no posee los conocimientos para reconocer que esa descripción no es irreal, sino que todos esos pasos que parecen mágicos son en realidad encapsulaciones. El diagnóstico etiotrópico y la determinación de la cadena disfuncional existen, pero suceden altamente encapsulados y de manera automática, excepto en los casos novedosos donde es necesario pensar y hacer un esfuerzo voluntario.

Cuanto más experiencia posea un osteópata, menos piensa -de manera deliberada- en los pasos del diagnóstico. La percepción está tan encapsulada y penetrada que la experiencia fenoménica subjetiva del osteópata está lejos de una categorización de estímulos y deducciones formales. No solo se encapsulan conocimientos declarativos y procedimientos atómicos, sino que los niveles más altos de sensopercepción -sobre todo los relacionados con el cuerpo fluido- se establecen como encapsulaciones de niveles más bajos. A medida que un osteópata gana experiencia, se vuelca a niveles más altos, que “devuelven” (proveen un entendimiento diagnóstico) más rápido, más

claro y con menos esfuerzo. La experiencia fenoménica real del osteópata experto es etérea e inefable. Los intentos de explicar esa experiencia derivan en narraciones metafóricas, crípticas o directamente místicas como las de captar tensiones bioeléctricas, “seguir” los tejidos o percibir el cuerpo fluido.

El diagnóstico (es decir, el exoesquema somático) se arma de manera inconsciente y sin ahondar en sus elementos atómicos. Ante un patrón tensional con un fulcrum a la altura del opérculo torácico, si fuera necesario el osteópata podría ahondar de manera consciente y notar, por ejemplo, que hay cierta contractura del escaleno medio, cierto desplazamiento anterior de la clavícula, ciertas adherencias o fijaciones en el trayecto de la fascia clavipectoral, cierto patrón compensatorio del esternocleidomastoideo, cierta compresión de la yugular, cierta irritación en parte del plexo braquial, la influencia de tracciones más lejanas, quizás provenientes del psoas o del pectoral menor, y cierto patrón respiratorio. Pero en general, el osteópata no necesita bajar a ese nivel de detalle. Lo que percibe es la o las resultantes de todos esos elementos, el patrón motor, tensional y energético, y los puntos relevantes donde se articula.

En las escuelas de osteopatía se enseña un razonamiento clínico metódico. El método implica descubrir las disfunciones existentes e ir remon-tándolas causalmente, de manera de encontrar las disfunciones primarias o preponderantes. ¿Es eso lo que hace un osteópata? ¿Un diagnóstico paso a paso para descubrir la cadena disfuncional, y luego de determinar las disfunciones primarias actuar sobre ellas?

Sí y no.

Sí, porque es lo que debería hacer *en teoría*, pero la realidad es que tanto la sensopercepción como los conocimientos de diagnóstico están tan encapsulados que la experiencia del examen físico y elaboración de un diagnóstico tienen una realidad fenoménica muy diferente de ese planteo teórico.

Algún osteópata podría describir lo que sucede en la clínica con una descripción de este estilo (basado de una descripción de Liem, 2017):

- Al inicio de la sesión, el paciente transmite su motivo de consulta, aderezado con los datos que le parezcan relevantes. El terapeuta formula las preguntas necesarias para establecer una historia clínica, emocional y personal, otras afecciones actuales, medicación que consume habitualmente, circunstancias específicas y genéricas al momento que comenzó la afección y otros datos relevantes.

- Luego el terapeuta propone comenzar el examen físico, para lo cual el paciente se pone de pie en determinada posición, se sienta o se tiende en la camilla. El terapeuta hace una primera aproximación al cuerpo del paciente siguiendo unos pasos determinados, algunos de ellos estratégicos y otros

protocolares (ponerse en modo escucha, llevar al paciente a un estado neutro, emanar presencia, consolidar el vínculo, sintonizar, y muchos otros que estudiaremos en la sección que investiga a la escucha en tanto acto).

- Una vez en la escucha propiamente dicha, el terapeuta percibe la configuración de patrones cinéticos, tensionales y energéticos que se despliegan en el cuerpo del paciente y arma un exoesquema somático, apuntalado por aspectos prominentes. Estos aspectos prominentes serán, en lo espacial, puntos de balance de tensiones recíprocas, puntos pivot de movimientos junto con zonas de restricción, y puntos de transformación o transducción de haces energéticos. En el desarrollo temporal, serán ritmos, ciclos y variaciones graduales: momentos cíclicos donde el sentido del movimiento se invierte, disminuciones o aumentos de intensidades, rangos o frecuencias, momentos donde todo se aquietta. En lo inmaterial, serán armazones psíquicas, atractores emocionales, disposiciones valorativas, patrones de sentimientos, transmutaciones de fuerzas a través del escenario cuerpo/mente.

- A partir de ese mapa, que es no solo tridimensional, sino también polícromo, el terapeuta detecta los patrones que son anormales y decide si son disfuncionales o no.

- El terapeuta calcula el o los fulcrums alrededor de los cuales se organizan esos patrones disfuncionales.

- El terapeuta proyecta un fulcrum terapéutico al que debería llevar la configuración general para que el sistema pueda continuar las tareas de adaptación (homeostáticas y alostáticas) impedidas por las disfunciones.

- El terapeuta acciona con la técnica que corresponda para establecer este nuevo fulcrum.

- El terapeuta vuelve a escuchar para retestear y determinar si es necesaria alguna otra acción.

En esta descripción, es necesario aclarar dos puntos:

La idea de que el terapeuta conjetura los fulcrums existentes es una encapsulación material de razonamientos diagnósticos, fundamentados en estudios pormenorizados de anatomía, fisiología, semiología y patología y llevados a conocimiento material a través de años de práctica.

La idea de que el osteópata proyecta un fulcrum terapéutico es una decisión de acción inmediata y automática generada por una encapsulación de tratamientos posibles, también encarnada y cristalizada por años de estudio teórico y de práctica.

En este procedimiento, el terapeuta debe ostentar confianza en lo que siente, una suspensión del juicio crítico mientras se lleva a cabo el proceso. Posteriormente, el juicio crítico se vuelve fundamental a la hora de inter-

pretar lo sentido, pero el proceso de “sentir” debe realizarse con esa facultad silenciada. Lo importante no es buscar ni encontrar, sino sentir, jugar con las profundidades y las proyecciones. Llevar la atención y la identidad a los rincones oscuros. No es interpretar las razones del cuerpo, sino encarnar la consciencia.

Como dice Gigerenzer (2007): “Las habilidades motoras expertas son ejecutadas por partes inconscientes de nuestro cerebro, y el pensamiento consciente sobre la secuencia de comportamientos interfiere y se vuelve perjudicial para el rendimiento”. Y también: “Los instintos de los expertos capacitados se basan en habilidades inconscientes cuya ejecución puede verse obstaculizada por una deliberación excesiva”⁵⁸.

Sin embargo, “suspensión” del juicio crítico no es anulación. La meta de la escucha es entender. Lo prenoético construye el andamiaje para pensar, pero la escucha no puede hacerse cargo de todo; necesitamos escuchar y necesitamos entender. Necesitamos descubrir toda la cadena disfuncional antes de tratar, de lo contrario corremos el riesgo de tratar defensas, compensaciones o adaptaciones necesarias. La penetración enactiva permite *sentir* el diagnóstico. Este diagnóstico *sentido* no es racional, sino analógico. Para ejecutar (y validar) el razonamiento clínico, es necesario traducirlo a digital.

**NECESITAMOS DESCUBRIR TODA LA CADENA
DISFUNCIONAL ANTES DE TRATAR, DE LO
CONTRARIO CORREMOS EL RIESGO DE
TRATAR DEFENSAS, COMPENSACIONES O
ADAPTACIONES NECESARIAS.**

Por todo lo dicho, las tres características de la escucha de cada fase permiten un diagnóstico prenoético. Pero, además, hacen que la escucha promueva y requiera un estado particular somático y de consciencia. La sensibilidad aumentada, al concentrar la atención, facilita un estado alterado de consciencia. La fusión somática, al modificar los límites de la imagen corporal propia, cataliza un estado alterado de consciencia. La penetración somática, al modificar los procesos cognitivos, dispara un estado alterado de consciencia. Este aspecto de la escucha en tanto estado es lo que veremos en la próxima sección.

58 Nota: en esta cita, Gigerenzer confunde ‘inconsciente’ con ‘no deliberado’. Una decisión o una acción pueden ser automáticas pero conscientes. Al respecto, confrontar con la crítica de Evan Thompson al modelo de Dreyfus que mostramos en el capítulo 20.

V

LA ESCUCHA COMO ESTADO

15. La escucha como estado alterado de consciencia

El modo escucha

Estudiar la escucha en tanto estado significa encarar ese fenómeno que se conoce como “modo escucha”, que es un modo particular de funcionamiento psicofisiológico, tanto en el terapeuta como en el paciente, esencial para que se desplieguen el proceso y el acto de escucha.

Me llevó muchos años entender que el modo escucha era algo tangible, y no solo una forma de decir. Recuerdo que, en las clases, antes de alguna práctica de sensopercepción, los profesores solían proponer “nos ponemos en modo escucha”. Yo pensaba que era una figura retórica, como cuando volvíamos del recreo y dentro del aula quedaban resabios del jolgorio, hasta que el profesor podía decir “bueno, ahora nos ponemos en modo prestar atención”, o como cuando llegábamos el día del examen y estábamos charlando en el aula esperando que lleguen los demás, hasta que el profesor decía “nos ponemos en modo examen” y entonces nos callábamos todos, iba cada uno a su asiento y guardaba las cosas para que en el escritorio quedara solo lo imprescindible. En esos casos, esas frases querían decir algo así como “dejemos ahora la distracción y vamos a dedicarnos a lo que debemos”. Yo pensaba que cuando los profes decían “nos ponemos en modo escucha” era algo del mismo calibre.

Pero no: el modo escucha es un fenómeno concreto. Para potenciar las capacidades que me permiten escuchar, debo ponerme en un estado particular de funcionamiento. Ese modo escucha incluye muchas cosas: cómo me conecto yo con mi organismo, cómo calibro mi cuerpo -que es mi herramienta de escucha-, cómo me conecto con el mundo, cómo me oriento, cómo me enfoco, cómo establezco los límites de lo que voy a hacer, cómo me voy a plantar yo frente al acto de escucha y frente al otro, y repasar las cosas que en la escucha funcionan de manera distinta a la vida ordinaria y que, por lo tanto, es necesario tener en cuenta.

Como ya vimos, las características idiosincráticas del proceso de escucha son una sensibilidad aumentada, más una percepción no ordinaria (la fusión somática), más una cognición no ordinaria (la penetración enactiva). Esos tres fenómenos de las fases de la sensopercepción generan un estado de consciencia no ordinaria, y eso es el modo escucha. Ese estado de escucha es neutro, presente, aferente, autotélico, fático, ritual. Implica distintas maneras de aplacar nuestra identidad, de configurarnos de manera de dejar la menor impronta posible, y vibrar y flamear junto con lo circundante. Genera un estado psicofisiológico particular, en el límite entre el pensar y el sentir, donde la información circula mucho más densa y rápida.

Pero, además, el modo escucha amplifica esas tres características del proceso de escucha, y esa retroalimentación positiva nos mete en un mundo exótico, difícil de concebir en un estado normal de consciencia.

GLOSARIO: RETROALIMENTACIÓN NEGATIVA Y POSITIVA

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.

En mis primeras instancias de escucha consciente, creía que el modo escucha era solo una cuestión de concentración, pero, a medida que fui avanzando, me fui dando cuenta que mi experiencia cambiaba de una manera más global.

Cuando escuchaba, mi atención estaba concentrada, y era más difícil que algo exterior me distrajera.

Cuando escuchaba, percibía distinto. La sensación era que percibía más cosas, pero no era una cuestión meramente cuantitativa, sino cualitativa.

Cuando escuchaba, podía fácilmente formar imágenes mentales a partir de sensaciones táctiles que iban dejando estelas mnemónicas y formando un armazón tridimensional.

Cuando escuchaba, no sentía esa necesidad de hablar o de comprender, ni siquiera de preguntarme a mí mismo qué era lo que estaba haciendo o lo que buscaba.

Cuando escuchaba, podía entender sin esfuerzo funcionamientos e influencias, causas y efectos, relaciones recónditas.

Cuando escuchaba, el tiempo transcurría a otra velocidad, no sé si más lento o más rápido, pero indudablemente a otra velocidad o a otro ritmo.

Cuando escuchaba, entraba en un estado de relajación profunda.

Cuando escuchaba, mi imagen corporal parecía difundirse.

Cuando escuchaba, lograba una especie de deleite solo por escuchar.

Algunos de estos efectos los había experimentado en otras situaciones. La capacidad de concentrar mi atención y de entender más fácilmente, en el estado de *flow*, sobre todo cuando escribía. La variación en la experiencia temporal y la relajación, en prácticas de meditación.

Es que todas estas cosas, la concentración, la percepción distinta, el silenciamiento del discurso interno, y todas las demás, no son efectos que suceden solo en la escucha. Son las características que definen ese fenómeno conocido como “Estado Alterado de Consciencia”.

Estados alterados de consciencia

Definición de estado alterado de consciencia

Un estado alterado de consciencia (EAC, de aquí en adelante) suena a algo extraordinario, que sucede solo en la hipnosis, el trance místico o luego del consumo de alguna sustancia alucinógena. Esos son ciertamente EACs, pero existen otras instancias mucho más cotidianas. Dormir, por ejemplo, nos pone en un EAC. El estado de compenetración en una tarea es otro EAC, conocido como *flow* (Csikszentmihalyi, 1990). Mirar televisión, meditar, escuchar música, conducir un auto, leer un libro, jugar un videojuego, son todas actividades que nos colocan en un EAC. Cuando uno de tus amigos sentado a la mesa de pronto se queda con la mirada fija en la nada, los párpados bien abiertos, pensando en vaya uno a saber qué, está en un EAC. El pánico es un EAC, sea justificado o no. Un estado gripal es un EAC.

Las obras básicas para el estudio de los EACs son las de Charles Tart (1969), Ludwig (1966) y Farthing (1992), que los definieron y enumeraron las dimensiones según las que la consciencia puede alterarse, los inductores posibles de esos cambios y las funciones que pueden perseguir esos cambios de estado.

Según Tart, los EACs son “patrones alternativos o configuraciones de experiencia, que difieren cualitativamente de un estado de base”. Farthing (1992), refina un poco este concepto, agregándole las nociones de subjetividad y transitoriedad. Según él, un EAC es un “cambio temporal en el patrón general de la experiencia subjetiva, de modo que el individuo cree que su funcionamiento mental es claramente diferente de ciertas normas generales para su estado de consciencia normal de vigilia”.

Según Farthing (1992), además de los cambios en sus experiencias subjetivas, los EAC también pueden implicar cambios en el funcionamiento cognitivo (como la atención y la memoria), el comportamiento manifiesto (cosas que uno hace y dice) y las respuestas fisiológicas (como las ondas cerebrales).

Los EACs están definidos como fenómenos puramente psíquicos, pero incluyen manifestaciones corporales. Es claro que en el dormir, el funcionamiento del cuerpo se modifica de manera completa. También en el amago que se queda con la mirada perdida, donde hay no solo congelamiento somático sino una llamativa apertura ocular extrema. También son evidentes los cambios fisiológicos en el pánico o el enojo, donde la frecuencia cardíaca se acelera, la tensión arterial aumenta, la respiración se acorta, y muchos otros cambios que producen una interocepción particular. Todo EAC implica tanto una disposición específica de la activación del sistema nervioso autónomo (simpática o parasimpática) como la producción y distribución de ciertas hormonas (adrenalina y dopamina, entre otras).

Los cambios fisiológicos son tan inseparables de los psíquicos, que lo correcto sería cambiar la nomenclatura por “Estados Alterados Somatopsíquicos”. Vamos a mantener la terminología Estado Alterado de Consciencia porque ya ha sido ampliamente adoptada y no queremos que se entienda que estamos hablando de otra cosa, pero vale la aclaración de que son modificaciones al funcionamiento cotidiano, tanto de la mente como del cuerpo.

Es más, me atrevo a aseverar que un EAC es un cambio en cómo uno se siente, y ese cambio proviene siempre de una configuración particular de interocepción, y, por lo tanto, la alteración en la consciencia proviene siempre de una alteración en el cuerpo.

Dimensiones de los EACs

Ludwig (1966), Tart (1969) y Farthing (1992) enumeran varias dimensiones de la experiencia consciente que pueden cambiar. Para que un estado consciente sea considerado un EAC no basta que una de estas dimensiones cambie, sino que es necesario que varias de ellas se modifiquen. En ese sentido, todo EAC no es una entidad definida, sino un espectro⁵⁹, no solo porque distintas configuraciones dimensionales determinan distintos EACs, sino que en un EAC habitualmente definido bajo un nombre único las dimensiones pueden variar.

El EAC normalmente llamado “dormir”, por ejemplo, puede suponer una desconexión menor o mayor de la motricidad, puede incluir determinadas modificaciones de la sensopercepción (sueños) o no, y puede establecer una mayor o menor barrera de entrada de interrupciones atencionales (sueño liviano o profundo). Dos instancias distintas de “dormir” pueden aparejar experiencias muy distintas entre sí.

He aquí la lista de dimensiones de cambio de estado provista por Farthing (1992):

1. Atención: Esta dimensión implica un estado de concentración intensa, donde la mente se concentra en un solo objeto o actividad, excluyendo todo lo demás. Esta concentración permite una inmersión profunda, pero reduce la conciencia de eventos o entornos no relacionados. “Los EACs pueden implicar una mayor tendencia a centrar la atención estrechamente en un objeto o evento interno o externo (como se encuentra en una mayor absorción atencional en la atención concentrativa y la hipnosis) [...] Como consecuencia de la atención estrechamente enfocada, las personas pueden notar aspectos de su objeto de atención (como la música) que normalmente no notarían, pero responden menos de lo normal a otros eventos” (Farthing, 1992).

Ejemplo: Cuando uno conduce, la atención se concentra en esa tarea. La capacidad de un conductor de conducir por grandes distancias, reaccionando a eventos externos de manera correcta y segura, pero sin tener recuerdo consciente de haberlo hecho, se conoce como “hipnosis de la carretera”.

2. Percepción: Un EAC puede implicar cambios en la apariencia de los

59 Un espectro es una condición que no se limita a un conjunto específico de valores, sino que puede variar, sin pasos, a través de una o más dimensiones continuas. Afirmar que un concepto es un espectro implica que no hay características definitorias precisas para las entidades que lo pueblan. Una entidad determinada puede pertenecer al espectro si contiene valores dentro de ciertos rangos para una o más de un muestrario de dimensiones posibles. Un espectro está definido por varias dimensiones, cada una de las cuales puede adoptar distintos valores, y uno de los valores puede ser cero.

objetos. Pueden incluso ocurrir efectos sinestésicos. Percibimos y procesamos más de lo que sucede a nuestro alrededor y con mayor precisión.

Ejemplo: Cuando uno escucha música y está compenetrado en ella, puede percibir detalles y armonías que en una escucha casual pasan desapercibidas. Farthing brinda el siguiente ejemplo: “Un observador, drogado con marihuana, informó que cuando escuchó (a través de auriculares estéreo) las Variaciones Goldberg de J. S. Bach, obtuvo una intensa experiencia visual y táctil, además de auditiva”.

3. Imaginería y fantasía: Las imágenes mentales visuales pueden ser especialmente vívidas durante un EAC.

Ejemplo: El mejor ejemplo son los sueños. Los sueños son alucinaciones cuando dormimos, pero las alucinaciones pueden ocurrir incluso en otros estados, como en aquellos producidos por drogas psicodélicas o luego de una sugestión hipnótica.

4. Discurso interno: Esta dimensión se refiere al acallamiento del constante diálogo interno que acompaña a nuestra conciencia despierta. En ciertos EACs, esta charla interna disminuye o cesa por completo, permitiendo períodos de silencio mental o diálogo interno alterado.

Ejemplo: Durante la meditación profunda o bajo los efectos de sustancias como la marihuana, el monólogo interior, habitualmente incesante, puede volverse esporádico, menos coherente o incluso pausarse, creando una sensación de calma mental o abriendo la puerta a diferentes formas de conciencia interna.

5. Memoria: La capacidad de procesamiento de los recuerdos puede modificarse. Uno puede notar una mayor dificultad para recuperar información de memoria.

Ejemplo: En la intoxicación por marihuana, la habilidad de recuperar eventos de la memoria corta está disminuida. En otros estados, la capacidad mnemónica puede también incrementarse, y son habituales las prácticas de hipnosis destinadas a recordar un evento particular. No solo la recuperación, sino también el guardado de memoria puede verse afectado.

6. Procesos de pensamiento de nivel superior: En algunos EACs, los procesos de pensamiento pueden verse dificultados, y a causa de esto está prohibido conducir borracho o bajo la influencia de drogas. Por otro lado, algunas personas en un EAC pueden adquirir ideas creativas o soluciones de problemas complejos, como los poetas que escriben bajo la influencia de drogas o los atletas o creativos que mejoran su rendimiento cuando están en *flow*.

Ejemplo: El caso del flow es seguramente el más estudiado en este aspecto. Más adelante incluimos un apartado especial para este estado no ordinario.

7. Significado de las experiencias: Una experiencia común en los EACs es la sensación de que algunos pensamientos o hechos son profundamente importantes, incluso místicos. También se incluyen en esta dimensión variaciones en la experiencia cómica: puede suceder que un grupo de gente intoxicada con marihuana se ría como loca de algunos chistes, mientras que un participante de la conversación que está sobrio no entiende la gracia.

Ejemplo: “Un buen ejemplo de esto es una escena de la película *Animal House*, en la que unos estudiantes universitarios se drogan con marihuana con su profesor de inglés. Uno de los estudiantes queda fascinado por la idea de que un objeto está hecho de átomos, y que cada átomo es un pequeño sistema solar, siendo los electrones pequeños planetas que giran alrededor del núcleo del sol. ¡Y debe haber gente pequeña en esos pequeños mundos! ¡Y la Tierra debe ser un planeta en un átomo de algún objeto en un mundo más grande, con gente aún más grande! Y así sucesivamente. ¡Guau!”. (Farthing, 1992)

8. Experiencia temporal: La energía que normalmente se utiliza para el procesamiento temporal se reasigna para foco y atención. Sin la capacidad de separar el pasado del presente del futuro, nos sumergimos en un presente dilatado. Recibimos más datos por segundo y los procesamos más rápidamente. Cuando procesamos más información más rápido, el momento parece durar más.

Ejemplo: Es conocido el caso de alguien concentrado tanto en una tarea que no se da cuenta del paso del tiempo.

9. Sentimientos y expresión emocional: Las personas pueden volverse muy reactivas emocionalmente, respondiendo a acontecimientos ante los que normalmente no reaccionarían. La expresión manifiesta de emociones, como las caricias afectuosas, el llanto o las acciones violentas, puede estar desinhibida en los EAC.

Ejemplo: El ejemplo que viene fácilmente a la memoria es el de los borrachos, que lloran o se enojan fácilmente, y que pueden mostrarse cariñosos o coléricos.

10. Excitación: En el estado de vigilia, el nivel subjetivo de excitación de las personas puede variar ampliamente, hacia abajo (relajación profunda) o hacia arriba (exaltación o frenesí). En algunos EACs se pueden alcanzar extremos de excitación. En este sentido, Roland Fischer sugiere una clasificación de EACs de acuerdo con si son ergotrópicos o trofotrópicos⁶⁰.

60 Estos dos términos provienen del trabajo de Gellhorn (1970), que propone que el organismo posee dos modos de funcionamiento, que si bien son antagónicos, pueden ser simultáneos. El sistema ergotrópico adapta al cuerpo a desafíos del exterior y lo prepara para los esfuerzos somáticos previstos aumentando la demanda metabólica (es decir, moviliza energía). El sistema trofo-

Ejemplo: En el sueño o la meditación, el nivel de excitación es muy bajo. Con algunas drogas, el nivel de excitación puede llegar a ser muy alto.

11. Autocontrol: las personas pueden volverse más impulsivas y hacer cosas que van en contra de sus inhibiciones sociales habituales. O pueden volverse letárgicas y no iniciar acciones ordinarias.

Ejemplo: También aquí el ejemplo habitual es el del borracho desinhibido. Hay incluso personas que toman un poco de alcohol en las fiestas para perder la timidez.

12. Sugestibilidad: La sugestibilidad es la responsividad a sugerencias. En general, una sugerencia es una comunicación de una persona a otra que induce en la segunda un cambio en sus comportamientos o creencias, sin que exista ningún argumento persuasivo o coerción. En un EAC, el grado en que las personas están abiertas a sugerencias e influencias puede aumentar, alterando el comportamiento y las creencias provenientes del exterior.

Ejemplo: Un sujeto hipnotizado puede ejecutar las órdenes más absurdas, que no acataría en su estado natural.

13. Imagen corporal: Un sujeto en un EAC puede figurarse cambios en las proporciones corporales o el peso propios percibidos, o en eventos sensoriales internos. Los cambios en la imagen corporal contribuyen a cambios en el sentido de identidad personal, que es la próxima dimensión.

Ejemplo: Una persona intoxicada con marihuana puede verse las manos gigantes.

14. Sentido de la identidad personal: Los individuos pueden experimentar un cambio en su identidad propia, sintiéndose separados o fundamentalmente diferentes de su yo habitual. Las personas pueden sentir que ya no son ellas mismas, puesto que la sensopercepción de sí mismas ya no coincide con su autoconcepto recordado.

Ejemplo: En algunas experiencias místicas, se puede tener la sensación de que uno es uno con el universo, o con la divinidad.

trópico conserva energía y ayuda en la recuperación del cuerpo luego de un esfuerzo. Las funciones de ambos sistemas se corresponden con las que habitualmente se asignan a las divisiones simpática y parasimpática del sistema nervioso autónomo. La diferencia fundamental es que los sistemas ergotrópico y trofotrópico incluyen estructuras y respuestas no necesariamente autónomas, e incluso no neurales (por ejemplo, hormonales).

| Dimensiones de los Estados Alterados de Consciencia | |
|--|---|
| 1) | Atención |
| 2) | Percepción |
| 3) | Imaginería y fantasía |
| 4) | Discurso interno |
| 5) | Memoria |
| 6) | Procesos de pensamiento de nivel superior |
| 7) | Significado de las experiencias |
| 8) | Experiencia temporal |
| 9) | Sentimientos y expresión emocional |
| 10) | Excitación |
| 11) | Autocontrol |
| 12) | Sugestibilidad |
| 13) | Imagen corporal |
| 14) | Sentido de la identidad personal |

Ejemplos de estados alterados de consciencia

En la enunciación de las dimensiones dispuesta en el apartado anterior, los ejemplos provistos son deliberadamente exagerados, con el objeto de que fueran ilustrativos, de manera que abundan casos de intoxicación con marihuana, ebriedad o raptos místicos. Esto podría provocar la idea errónea de que los EAC son fenómenos extremos. Sin embargo, existen EACs mucho más cotidianos donde también la experiencia consciente se modifica según algunas de esas dimensiones, aun si las alteraciones no son tan espectaculares. Veamos algunos de ellos.

Dormir

El acto de dormir incluye dos estados distintos, dependiendo si haya o no sueños. En el dormir sin sueños, la consciencia se apaga, y eso de por sí ya altera varias de las dimensiones de la experiencia consciente. En el dormir con sueños, la consciencia se torna alucinógena y la percepción, tanto del mundo exterior como de uno mismo, se hace no solo irreal, sino incluso irracional.

Dimensiones que se modifican en el dormir:

Atención: La atención hacia el mundo exterior se apaga casi por completo. Provocar una interrupción atencional en alguien dormido requiere un esfuerzo mayor del habitual.

Percepción: La percepción del mundo exterior se detiene.

Imaginación y fantasía: Los sueños en sí mismos.

Memoria: Los sueños ocurridos mientras dormimos tienen poca persistencia en la memoria. Sueños que recordamos vívidamente ni bien despertamos se van haciendo más y más borrosos de una manera bastante más rápida que lo que suelen hacerlo los eventos cotidianos, y un par de horas después, cuando intentamos referirlos a alguien, encontramos que la mayoría de los detalles se perdieron. Más allá de los sueños, no hay memoria alguna de otros eventos ocurridos durante el dormir.

Experiencia temporal: En el dormir sin sueños, es claro que no hay consciencia temporal. En los sueños, el tiempo transcurre a distintas velocidades, y la narrativa de algunos sueños puede tener una extensión que no cabe en el tiempo que estuvimos dormidos (en una noche, podemos soñar una historia que incluye varios días sucesivos).

Excitación: El acto de dormir es claramente trofotrópico, y la relajación es máxima.

Pensándolo bien, si bien el dormir es una actividad cotidiana, es experiencialmente más extrema que la intoxicación con sustancias psicodélicas. Después de todo, quien duerme se desconecta no solo del mundo, sino incluso de su propia consciencia.

Relatos

Un ejemplo menos extremo es el de la lectura de un relato, por ejemplo, una novela⁶¹.

¿Qué es lo que le hace un relato particular a un lector particular? ¿Cuál es el efecto del relato en el lector?

En principio, hay efectos que son innegables: fascinación, emoción, tensión, placer, imaginación, identificación y suspensión del juicio crítico. Habrá quien dice que existen otros: que el relato genera conocimiento, que es catártico, que es transgresor, por nombrar algunos, pero estos fenómenos son controvertibles, lo cual no quiere decir que no sean ciertos, sino que su enunciación requiere cierta demostración que supera los límites de este libro.

Por supuesto, no todos los relatos generan los siete efectos que hemos mencionado. Hay relatos mejores y relatos peores; los mejores generan una mayor cantidad o intensidad de los efectos enunciados que los peores. Por otra parte, hay relatos distintos; algunos generan más fascinación, mientras que otros generan más emociones. Incluso entre estos últimos hay diferencias: los hay que nos hacen llorar, y los hay que nos hacen reír. Y no solo hay diferencias entre los relatos, sino que también hay diferencias entre los lectores. Relatos que hacen llorar a unos no hacen llorar a otros. En distintos lectores, los relatos resuenan diferente.

Lo cierto es que un relato *puede* generar estos siete efectos. Es más: la eficacia de un determinado relato en generar estos efectos es lo que determina la posición del relato en una escala de valoración. Los relatos más eficaces –los clásicos, los más taquilleros– son los que generan más de estas cosas. Un relato que no genera ni fascinación, ni emoción, ni placer, ni tensión, difícilmente sea un éxito de ventas.

Veamos un poco en qué consiste cada uno de estos efectos:

Fascinación: Fascinación es, básicamente, la dificultad de desviar nuestra atención. Si un libro nos absorbe, nuestro foco de atención está puesto en la historia. No podemos interrumpir la lectura; queremos saber cómo sigue. Esto corresponde a la dimensión de Atención de Farthing.

Emociones: Un relato puede hacerme llorar, o puede hacerme reír, o puede hacerme sentir miedo.

61 Elijo una novela como ejemplo, pero existen distintos formatos de relato, no necesariamente verbales. Las películas, por ejemplo, incluso las mudas, suelen ser relatos.

Tensión: Según Lajos Egri, “El término ‘tensión’ merece al menos dos interpretaciones. Por un lado, se refiere a un aspecto cuantitativo de la manifestación de un conflicto: la tensión dramática será más fuerte cuanto más fuertes sean las fuerzas opuestas que definen dicho conflicto. Por otro lado, el término se refiere a un efecto sobre el espectador y, en este sentido, denota la ansiedad que sufre en relación con el devenir próximo de la obra”. Este último sentido es el que nos interesa.

Es interesante que un escritor, contándome cosas que le suceden a alguien a quien no conozco (y que de hecho sé que no existe) pueda actuar sobre mis glándulas suprarrenales para hacerlas segregar adrenalina.

En este sentido, la tensión corresponde a la dimensión de Excitación de Farthing.

Placer: Aquí tenemos una paradoja: el relato puede generar emociones que en la vida real son displaceras y, por lo tanto, intentamos huir de ellas. La tristeza, por ejemplo: en la vida real, uno hace todo lo posible para no estar triste. No obstante, hay películas que despiertan tristeza (dramas), y la gente va a verlas. Es más, hay quien ve por segunda vez una película que lo hizo llorar, aun sabiendo que lo va a hacer llorar de nuevo. Lo mismo sucede con las películas de terror y el miedo.

Las emociones que genera el relato no son necesariamente placenteras en sí, de manera que lo placentero del relato no proviene de las emociones que genera, sino que es un fenómeno independiente.

El placer no es una de las dimensiones que definen un EAC, sino un efecto, y éstos los veremos más adelante.

Imaginación: La imaginación es también evidente: si el autor es bueno, casi podemos ver los escenarios descritos. El mejor ejemplo es la cita de la novela *En El Corazón del Mar*, de Nathaniel Philbrick, que elige Jonathan Gottschall en *The Storytelling Animal* para mostrar cómo una narración puede transportarnos a otra realidad:

“Bajo la mirada atenta de Coffin, el timonel acercó el barco todo lo que pudo al bote abandonado. Aunque lo sobrepasaron debido al ímpetu que llevaban, en los breves segundos que permanecieron junto al bote pudieron ver un espectáculo que no olvidarían durante el resto de sus vidas.

Primero vieron huesos (huesos humanos) esparcidos por los bancos y por el suelo, como si el bote fuese la guarida de una bestia feroz que comiese carne humana. Luego vieron a los dos hombres. Estaban acurrucados en extremos opuestos del bote, la piel cubierta de llagas, los ojos sobresaliendo de los agujeros del cráneo, las barbas embadurnadas de sal y sangre. Estaban chapando la médula de los huesos de sus compañeros muertos”.

A continuación de la cita, Gottschall nos provoca: “Rápido, ¿dónde estabas mientras leías? ¿Estabas todavía en tu silla, notando el dolor en tu espalda y el zumbido del tráfico, o la tinta impresa en esta página? ¿Tu visión periférica estaba captando tus propios pulgares en estos márgenes, los patrones en la alfombra de tu sala de estar? ¿O Philbrick te hechizó? ¿Estabas viendo esos labios en carne viva trabajando esos huesos astillados? ¿Esas barbas llenas de sal? ¿La espuma manchada de sangre chapoteando en los costados del bote?”.

Identificación: Sucede un fenómeno de identificación con el protagonista, que es independiente de cualquier similitud (podemos identificarnos con James Bond, aun si nuestra vida es muy lejana a la propia de los espías). Esto corresponde a la dimensión de Sentido de la Identidad Personal de Farthing.

Suspensión de juicio crítico: Esta suspensión se refiere a que consentimos situaciones de la narrativa que no pueden ser reales. Esta suspensión del juicio crítico permite aceptar situaciones descabelladas, pero no azarosas. Las situaciones tolerables deben cumplir ciertas condiciones. En principio, deben cumplir con la condición de verosimilitud dentro del ámbito de la historia leída. En *El Señor de los Anillos*, nos resulta verosímil que Gandalf utilice su bastón para conjurar un ejército de árboles como aliados de batalla, pero no toleraríamos que saque de sus alforjas una notebook, o que le enseñe a Frodo los lineamientos de la inteligencia emocional. Este concepto de verosimilitud interna implica la creación e inmiscusión en una realidad aparte, y correspondería a la dimensión de Sugestibilidad de Farthing.

Funciones de los estados alterados de consciencia

Las funciones adaptativas de los EAC se pueden clasificar en tres categorías (Ludwig, 1966):

1) **Curación y bienestar:** los EACs pueden contribuir significativamente a nuestra salud. Técnicas como la hipnosis se utilizan para controlar el dolor, superar adicciones y abordar determinadas afecciones psicosomáticas. De igual forma, prácticas como la meditación y el estado natural del sueño son reconocidas por sus efectos reparadores en nuestra salud física y mental.

2) **Nuevos conocimientos o experiencias:** los EACs pueden abrir puertas a nuevos conocimientos, ideas creativas y experiencias sensoriales intensificadas. Algunas personas aprovechan el *flow* para resolver un problema complejo, o la meditación para obtener una nueva perspectiva. Algunos

otros utilizan los EACs para lograr inspiración creativa, mejorar la apreciación estética o simplemente entretenimiento.

3) **Funciones sociales:** Ciertos EACs desempeñan un papel fundamental en el fomento de los vínculos comunitarios y sociales. Esto incluye experiencias compartidas en ceremonias religiosas, o la relajación comunitaria que se encuentra en reuniones sociales que involucran alcohol o marihuana, que sirven como una forma de lubricante social.

Me permito incluir una función más, que Ludwig no contempla:

4) **Placer:** Más allá de sus funciones útiles, hay EACs que se buscan por el placer inherente que brindan. Sumergirse profundamente en una novela apasionante, perderse en una película o la euforia de determinadas sustancias, estos estados pueden ofrecer una profunda satisfacción y disfrute, enriqueciendo nuestros momentos de ocio. Estos podrían incluirse dentro de lo que Ludwig llama *entretenimiento*, pero creo que el placer merece un tratamiento específico.

| Funciones de los Estados Alterados de Consciencia | |
|---|-------------------------------------|
| 1) | Curación |
| 2) | Nuevos conocimientos o experiencias |
| 3) | Socialización |
| 4) | Placer |

Inductores de estados alterados de consciencia

Una técnica destinada a producir deliberadamente un EAC se denomina *técnica* de inducción. Las circunstancias espontáneas o no intencionales que producen EACs suelen denominarse *condiciones* de inducción.

Para producir un EAC, primero debemos alterar o desestabilizar el estado normal. La desestabilización de la consciencia ordinaria se logra mediante las técnicas o las condiciones de inducción. Después de que la consciencia normal se desestabiliza, ciertas condiciones nuevas (por lo general determinadas por patrones organizados de maneras precisas) producen un

nuevo esquema de experiencia subjetiva a través del cual reconocemos que estamos en un EAC.

Según Ludwig (1966), existen cuatro tipos diferentes de eventos que pueden inducir EACs:

1) **Un cambio en la estimulación externa:** Los cambios en nuestro entorno sensorial pueden llevarnos a un EAC. Esto podría significar un aumento o una disminución en la intensidad y variedad de lo que vemos, oímos o sentimos. Los cánticos repetitivos de un hipnotizador o las imágenes inmersivas de un juego de realidad virtual pueden transportarnos a un espacio mental diferente.

2) **Un cambio en la actividad física:** Nuestras acciones físicas, o la falta de ellas, juegan un papel crucial. Realizar movimientos de baile repetitivos durante horas o sentarse en completa quietud pueden servir como vías hacia estados alterados, afectando nuestros niveles de excitación fisiológica.

3) **Un cambio en el foco de atención:** Alejar nuestra mente de lo cotidiano y centrarla en algo singularmente absorbente, ya sea a través de la meditación, mirar una llama o perdernos en una pieza musical, también puede llevarnos a un EAC. Se trata de reducir nuestro mundo a un único punto de enfoque.

4) **Un cambio en el estado fisiológico:** En ocasiones, el desencadenante es interno. El uso de sustancias psicoactivas altera directamente el funcionamiento de nuestro sistema nervioso, ofreciendo un atajo hacia un EAC.

| Inductores de los Estados Alterados de Consciencia | |
|--|-----------------------------------|
| 1) | Cambio en la estimulación externa |
| 2) | Cambio en la actividad física |
| 3) | Cambio en el foco de atención |
| 4) | Cambio en el estado fisiológico |

Rara vez es solo uno de estos factores desencadenantes el que está en juego. La mayoría de las veces, los EACs se inducen mediante una combinación de dos o más de estos procedimientos. Por ejemplo, el acto de dormir es provocado por una agregación de los cuatro tipos de factores desencadenantes, mientras que perderse en un buen libro puede implicar

cambiar nuestra estimulación externa, cambiar nuestra quietud física y centrar intensamente nuestra atención.

Un EAC especial: flow

El *flow* es un estado psicofisiológico que se alcanza al ejecutar tareas de determinadas características. Fue identificado e investigado por el psicólogo húngaro-americano Mihály Csikszentmihályi en los años 70, quien inicialmente estudió artistas y deportistas que en ciertos momentos estaban tan inmersos en un asunto que se olvidaban de comer o dormir, y que en ese estado lograban picos de rendimiento extraordinarios. Junto con varios colegas, Csikszentmihályi logró determinar las propiedades de las condiciones externas que producen ese estado y cuáles eran sus características primordiales.

Si bien el concepto se hizo famoso por sus capacidades de concentración y de productividad, lo que más le interesaba a Csikszentmihályi era la felicidad que traía aparejada. De hecho, la charla TED que brindó en 2004 lleva como título “Flow, el secreto de la felicidad”. Al respecto, dice: “Los mejores momentos de nuestras vidas no son las ocasiones pasivas, receptivas y relajantes, sino que suelen ocurrir cuando el cuerpo o la mente de una persona se tensionan hasta sus límites en un esfuerzo voluntario por lograr algo difícil y que valga la pena” (Csikszentmihályi, 1990⁶²).

La definición rápida de este estado es el intenso involucramiento experiencial en una actividad momento a momento (Csikszentmihályi et al., 2005). El *flow* es un estado transitorio caracterizado por la atención centrada en un campo de estímulo limitado que contiene desafíos que coinciden con las habilidades de la persona. Son esos momentos de absorción total, cuando alguien está tan concentrado en una tarea que todo lo demás pareciera dejar de existir. “El ego desaparece. El tiempo vuela. Cada acción, movimiento y pensamiento se deriva inevitablemente del anterior, como cuando alguien toca jazz. Todo tu ser está involucrado y estás utilizando tus habilidades al máximo” (Csikszentmihályi, entrevista en la revista *Wired*, septiembre de 1996).

62 El título del libro original es *Flow: The Psychology of Optimal Experience*, pero la edición en castellano se llama *Fluir*, una psicología de la felicidad.

Condiciones para que se produzca

Csikszentmihalyi y sus colegas (2005) definen tres condiciones para que el *flow* se produzca. En primer lugar, uno debe estar abocado a una actividad con un conjunto claro de objetivos, no necesariamente trascendentes más allá de la tarea en cuestión. En segundo lugar, debe existir un equilibrio entre el nivel de desafío de la tarea y el nivel de habilidad del sujeto. Vale decir, la tarea debe requerir esfuerzos al límite de lo imposible, pero dejar entrever que, con un esfuerzo más, podrá ser superada. En tercer lugar, debe existir una retroalimentación clara e inmediata. Cada falla y cada acierto deben ser reconocidos inmediatamente.

Un ejemplo fácil de entender es el de un videojuego, que:

- Propone objetivos claros (derrotar cierta cantidad de enemigos, superar determinada línea de meta, eliminar las piezas que caen a mayor velocidad de la que aparecen). Estos objetivos por lo general son significativos solo dentro del universo del juego, y no brindan resultados beneficiosos en la vida real.

- Requiere cierta destreza. Los juegos demasiado fáciles son abandonados por aburridos; los demasiado difíciles, por frustración. Los juegos suelen estar estructurados de tal modo que el jugador va ganando destreza mientras juega, de manera que, a medida que consume tiempo jugando y fallando, cada vez la meta parece más cercana, hasta que se logra (momento en el que aparece un nuevo objetivo, más exigente).

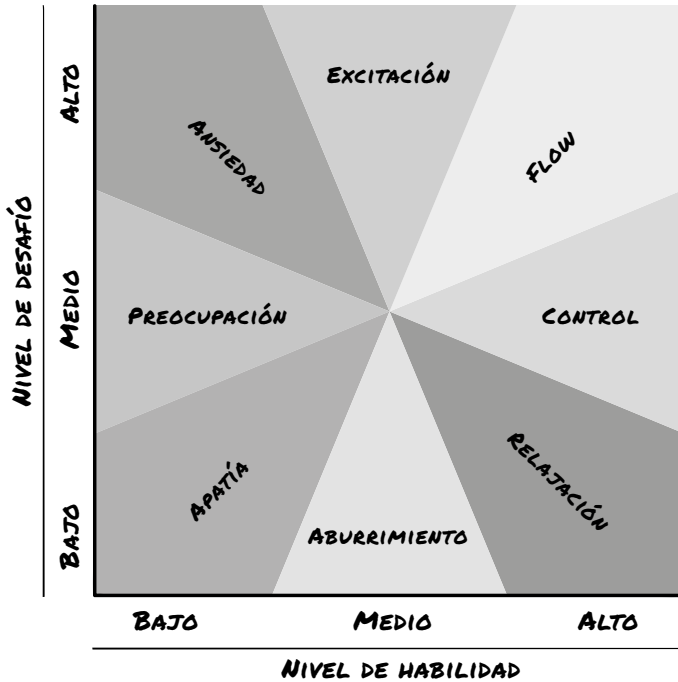
- Está dividido en secuencias sucesivas de resultados intermedios inmediatos. Un error deviene en una “muerte”, que, por supuesto, no es definitiva, sino solo la señal para repetir el intento desde la última secuencia superada. De la misma manera, una ejecución perfecta es premiada con alguna clase de indicador que marca la superación de la etapa.

Estas tres características bastan para que el juego sea intrínsecamente gratificante. Uno juega solo por el placer de jugar.

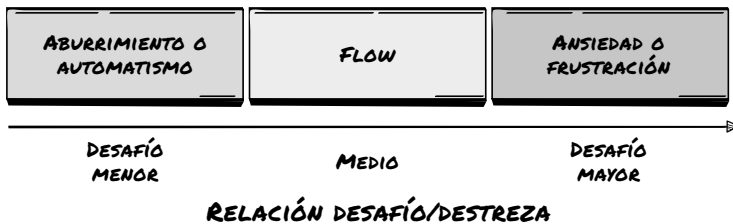
Existen muchos otros ejemplos. Csikszentmihalyi (2005) da el ejemplo de un tenista, donde hay metas claras y retroalimentación inmediata: “Un jugador de tenis siempre sabe qué debe hacer: devolver la pelota a la cancha del adversario. Y cada vez que golpea la pelota sabe si lo ha hecho bien o no”.

Para que se produzca un estado de *flow*, es necesaria una actividad que proponga un desafío exigente a un sujeto con una habilidad desarrollada. La relación del desafío con la destreza debe estar cuidadosamente ajustada,

y debe ser evidente de manera inmediata. En uno de sus libros (1997), Csikszentmihalyi propone el siguiente modelo, que resume lo expresado:



Sin embargo, este gráfico colorido no es exacto, porque la destreza no puede ser medida objetivamente. Lo único que importa es la relación cuantitativa entre el desafío y la habilidad, de manera que la mejor manera de representarlo es una recta:



Si el desafío es menor a mi destreza, existen dos posibilidades: si al mismo tiempo que ejecuto la tarea puedo hacer otra cosa, hay automatismo (lavar los platos, por ejemplo, es una tarea tan fácil que puedo realizarla de manera automática, mientras pienso en otra cosa), pero si la tarea requiere atención y, aun así, me resulta demasiado fácil, produce aburrimiento.

Si el desafío es mayor a mi destreza, hay frustración o ansiedad. La ansiedad se produce cuando la tarea es difícil, pero no provee la información suficiente para darme cuenta si la podré superar o no, o cuando hay partes azarosas o estocásticas, fuera de mi control, y el resultado de la tarea me es necesario en la vida real.

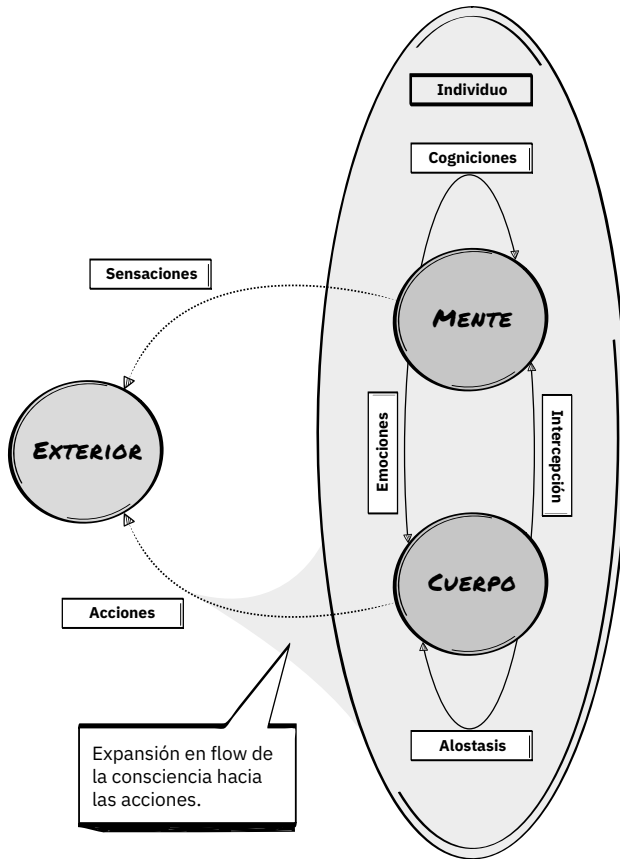
Podría decirse que el *flow* implica salirse de la zona de confort, pero sin entrar en la zona de ansiedad.

Las Dimensiones del Flow

Según Csikszentmihalyi y colegas (Csikszentmihalyi et al., 2005), la intensa participación experiencial del flow es responsable de tres características subjetivas:

Fusión de la acción y la consciencia: En flow, el límite entre hacer y ser se fusiona. Normalmente, nuestra mente puede divagar, pero en el *flow*, la atención enfocada asegura que las acciones y la consciencia se vuelvan una. “Sin los recursos atencionales necesarios, los procesos autorreflexivos que a menudo se inmiscuyen en la consciencia y hacen que la atención se desvíe de lo que hay que hacer son silenciados, y el dualismo habitual entre actor y acción desaparece” (Csikszentmihalyi et al., 2005).

**EL FLOW, EL LÍMITE ENTRE HACER Y SER
SE ESFUMA.**



Sensación de control: Incluso cuando surgen desafíos, prevalece un sentimiento de dominio. Esto no significa que todo vaya a la perfección, sino que tengo confianza en que puedo manejar los altibajos, lo que hace que la ansiedad por los resultados pase a un segundo plano.

Alteración del sentido del tiempo: En flow, el tiempo se comporta de manera diferente. Las horas pueden parecer minutos y el momento presente se vuelve tan absorbente que las preocupaciones pasadas y futuras se desvanecen. De hecho, la alteración del sentido del tiempo es esencialmente el mismo fenómeno del que habla Farthing, descrito casi con las mismas palabras.

Estos tres se corresponden a tres de las dimensiones de Farthing: discurso interno, autocontrol y experiencia temporal, pero algunas otras de las dimensiones también parecen ser relevantes, aun si Csikszentmihalyi no las nombra explícitamente.

Atención: Está centrada en la tarea. Lo exterior es obliterado.

Percepción: En ciertas ocasiones de flow, la percepción se incrementa. Se produce una especie de sensibilidad aumentada.

Procesos de pensamiento de nivel superior: Son claramente afectados dado que se produce un aumento de productividad y rendimiento.

Excitación: El estado de flow aumenta el volumen de excitación.

Sentido de la identidad personal: “Los encuestados describen con frecuencia una pérdida de conciencia de sí mismos durante el *flow*” (2005).

Funciones del Flow

El efecto del estado de flow que Csikszentmihályi encuentra más relevante es el placer que genera (aunque Csikszentmihályi habla de felicidad y no de placer). La actividad ejecutada en estado de flow se torna autotélica, vale decir, se ejecuta por el simple placer de ejecutarla, incluso si no deviene en beneficios externos. “La experiencia fenomenológica del *flow* es una fuerza motivadora poderosa. Cuando una persona está completamente involucrada en una actividad, tiende a encontrarla agradable e intrínsecamente gratificante. Mientras que el *flow* representa un estado de afecto positivo de alta activación, contrasta marcadamente con el afecto positivo de baja activación que se asocia con estados como la relajación” (2005).

GLOSARIO: AUTOTÉLICO

AUTOTÉLICO: Dícese de cualquier esfuerzo o actividad que encuentra fin en sí mismo.

Otros autores (sobre todo los que escriben para un público empresarial) destacan otros dos efectos:

Aumento de la concentración: el Flow agudiza la concentración, lo que permite a las personas dedicarse plenamente a la tarea en cuestión, sin distracciones.

Mejora de la Productividad: el flow no solo hace que las tareas sean más agradables, sino que también nos hace mejores en su desempeño, optimizando tanto la eficiencia como el rendimiento.

Estos beneficios adicionales subrayan por qué fomentar entornos propicios para el flow podría ser increíblemente beneficioso en los lugares de

trabajo. La creación de tales entornos no solo mejora la satisfacción y el bienestar individual, sino que también impulsa un mayor rendimiento e innovación.

La fisiología del flow

El flow surge en situaciones que nos desafían hasta nuestros límites, lo que requiere una serie de intentos para ir mejorando gradualmente nuestras habilidades. Este fenómeno no se trata solo de lograr el máximo rendimiento; está profundamente arraigado en nuestra biología evolutiva, diseñado para hacernos luchar por el crecimiento y el aprendizaje.

Pero lograr el *flow* no es sencillo; exige un gran esfuerzo y resiliencia ante los repetidos fracasos. Para empujarnos hacia estas situaciones que son a la vez beneficiosas y displacenteras, la evolución nos ha dotado de un sofisticado sistema de “marcadores somáticos”, como los definió Antonio Damasio. Entre ellas, hay hormonas que preparan nuestro cuerpo y predisponen nuestra mente a respuestas específicas. En el flow, la dopamina y las endorfinas (opioides generados por el cuerpo) desempeñan papeles principales, dando forma a nuestros deseos y recompensando nuestros éxitos.

Se dice que la dopamina es la hormona del placer, pero eso no es exacto. Su función principal es generar deseo y previsión de recompensas, no brindar placer en sí. Nos prepara para la acción, creando un anhelo de compromiso incluso antes de comenzar. Los niveles de dopamina aumentan cuando prevemos una recompensa, y no cuando esa recompensa se disfruta. Esta distinción es fundamental para comprender nuestras motivaciones y comportamientos hacia diversas actividades. Nos prepara para la acción, alimentando nuestro deseo de participar en actividades al resaltar su atractivo, incluso antes de comenzar. Lo que hace es darme ganas de hacer algo. La dopamina es la hormona del deseo⁶³.

“La visión hedonista (placer subjetivo) de la recompensa por estimulación cerebral es incorrecta, y la interpretación hedonista del papel de la dopamina en la recompensa también es incorrecta. Por ejemplo, el bloqueo de la dopamina interfiere con las respuestas instrumentales motivadas por una recompensa dulce, pero no altera el consumo real de la cosa sabrosa cuando se obtiene; a los animales todavía les “gusta” la recompensa cuando

63 Sí, lo sé. No es una hormona sino un neurotransmisor. O ambos, pero el efecto al que refiero aquí es en tanto neurotransmisor. Además, asociarla con un concepto ordinario como “deseo” requeriría un análisis mucho más detallado.

la consumen, pero ya no están motivados a trabajar por ello. Por lo tanto, la dopamina está más involucrada en conductas anticipatorias (búsqueda de comida, bebida o pareja sexual) que en respuestas consumatorias (comer, beber, tener relaciones sexuales). El placer, en la medida en que se experimenta, no se produciría durante el estado de anticipación, sino durante la consumación. Dado que la dopamina interviene solo en la fase anticipatoria y no en la fase consumatoria, sus efectos (al menos en el caso de los estados de necesidad primaria) no pueden explicarse en términos de placer” (Le-Doux, 2002).

Cuando algo me produce dopamina, quiero más. En cierta manera, tiene el efecto contrario a la adrenalina. Ambas predisponen a un taxismo, pero la adrenalina predispone a un taxismo negativo (alejarse del estímulo) y la dopamina a un taxismo positivo (acercarse al estímulo). Tengo tendencia a alejarme y querer deshacerme de las cosas que me producen adrenalina, y a acercarme y querer más de las cosas que me producen dopamina.

¿Qué ventaja evolutiva tiene la dopamina? Nos hace desear algo que lógicamente no es tan deseable. Señala como apetecible alguna actividad que quizás no efectuaríamos. Pensemos en el ejemplo del león y la cebra que se encuentran en la sabana. Al verse, el organismo de ambos produce una respuesta de estrés: se activan sus sistemas simpáticos, generando adrenalina y noradrenalina, y su eje hipotálamo-pituitaria-adrenales, generando CRH, ACTH y cortisol. Walter Cannon decía que esta respuesta de estrés es indiferenciada, porque en ambos se producen los mismos efectos, y en consecuencia él la llama *respuesta de lucha-o-huida*.

Sin embargo, los resultados de los cambios hormonales no son los mismos en el león y la cebra. Si bien los organismos de ambos se preparan para un gasto grande de energía, las acciones de ambos son predispuestas de modos contrarios: el objetivo de la energía producida en la cebra es alejarse del león, mientras que la energía producida en el león es para acercarse a la cebra. La diferencia entre ambas respuestas de estrés es la relación de adrenalina y dopamina. En la cebra, predomina la adrenalina, y, por lo tanto, quiere huir de la posible situación de enfrentamiento. En el león, predomina la dopamina, y, por lo tanto, quiere inmiscuirse en la situación de enfrentamiento. En la cebra, hay más huida que lucha; en el león, más lucha que huida.

La dopamina nos insta a participar en tareas que son difíciles o riesgosas, y, por lo tanto, produce enojo y adicciones, y es la causante de esos comportamientos que, aun sabiendo que nos hacen mal, no podemos evitar hacer. De hecho, las drogas inhibitoras de la recaptación de dopamina tienen como efecto “secundario” el establecimiento de conductas adictivas (ludopatía, sexo, compras). Pero los efectos nocivos de la dopamina son solo

accidentales. Los efectos beneficiosos son numerosos: nos da motivación, energía, foco, valentía⁶⁴.

Las endorfinas, por su parte, son las responsables de la satisfacción y el placer que sentimos tras realizar una tarea. Nos tranquilizan y nos llevan a un estado de satisfacción, marcando el éxito de nuestros esfuerzos. En el proceso de lograr el flow, la dopamina prepara el escenario al alimentar nuestro deseo de afrontar desafíos, mientras que los opioides celebran nuestras victorias y brindan una sensación de placer.

Dopamina y opioides modulan los dos extremos temporales de la cadena del placer: el deseo previo y el disfrute posterior. Idealmente, un escenario placentero debería producir dopamina antes y opioides después. La dopamina impulsa nuestra motivación para participar, mientras que los opioides garantizan que el logro sea gratificante. Cuando una actividad se alinea perfectamente con nuestras capacidades (lo suficientemente desafiante como para ser atractiva pero alcanzable), se producen tanto dopamina como opioides, lo que conduce a un estado de *flow*. Este equilibrio no sólo hace que la actividad sea intrínsecamente gratificante (autotélica), sino que también mejora nuestro compromiso, concentración y, en última instancia, nuestro rendimiento.

Pero existen situaciones donde estos dos efectos se disocian. Kent Berridge y sus colegas, en la Universidad de Michigan, demostraron que ratas con una deficiencia de dopamina causada artificialmente continuaban obteniendo placer en el consumo de una sustancia dulce, pero perdían el incentivo de obtenerla (Berridge, 2007).

En el contexto humano, pensemos en esas parejas de muchos años, en las que en ocasiones se pierde el deseo. No me refiero a los que se desenamorán o se empiezan a odiar, vaya a saber por qué circunstancias, sino a aquellos que siguen enamorados, pero así y todo tienen poca motivación para hacer el amor. En el momento que estaría bien hacer el amor, se ponen a pensar todas las cosas que tienen para hacer, o en la serie televisiva que tienen ganas de ver. Si al final sucumben y terminan teniendo relaciones, en realidad lo disfrutaban, y piensan “está bueno esto; tendría que hacerlo más seguido”. En

64 Soy consciente que hablar en términos de “dopamina” es incorrecto. La dopamina en tanto sustancia no tiene nada en particular. Lo único particular que tiene es que ciertas partes del encéfalo (en particular las vías mesolímbica, mesocortical y nigroestriatal) utilizan dopamina como neurotransmisor. Lo que en realidad es relevante para el comportamiento es que se activen los circuitos neuronales que organizan las respuestas de deseo y recompensa. Sin embargo, prefiero mantenerlo por simplicidad. Es más amigable decir “produce dopamina” que decir lo correcto, que sería: “conecta el área ventral tegmental con el estriato y con la corteza prefrontal, y la sustancia nigra con el núcleo caudado y el putamen”. Pero pido al lector que tenga en cuenta esto: describirlo nombrando solo la sustancia tiende a volverse biomédico y habilitar a pensar que cuando no hay deseo, lo que hay que hacer es inyectar dopamina o aumentar el efecto de la que ya hay, cuando el asunto no es ni tan sencillo ni tan químico.

ese caso, como en las ratas de Berridge, sigue habiendo opioides, pero ya no hay dopamina. Sigue habiendo placer, pero sin deseo. Algo que sabemos que nos gusta y nos hace bien, pero de todos modos no nos da ganas.

Muchas adicciones, por otro lado, funcionan exactamente al revés. Mantienen la dopamina, pero no los opioides. Una persona puede seguir teniendo el deseo de un cigarrillo o un toque de cocaína, aun en la etapa en que ya no es placentero.

La dopamina señala lo que debo desear. Los opioides marcan lo que me gusta. Y si una situación me produce tanto dopamina como opioides (como aquellas en las que se produce *flow*), no es raro que me olvide de comer y de dormir.

Si una actividad representa un desafío que es fácil para mi nivel de destreza, mi cuerpo no produce dopamina. Si el desafío es muy grande y no lo logro resolver, no recibo opioides. En la intersección de ambas manifestaciones (un desafío exigente que logro resolver), recibo las dos cosas, y al recibir las dos cosas se exponencian la una a la otra, y se produce una reacción en cadena que me hace cambiar el estado de consciencia. Eso es el flow.

La actividad realizada en flow es autotélica porque tengo el deseo y el placer. Me involucro en la actividad porque la dopamina me produce deseo. Cuando logro un hito, los opioides me generan placer, que a su vez aumentan el efecto de la dopamina para el próximo hito.

El modo escucha como EAC

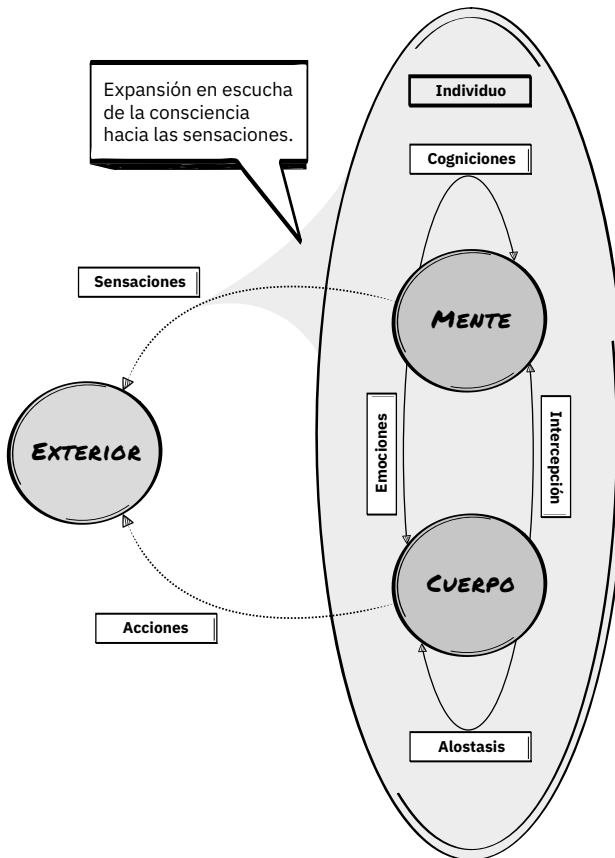
El modo escucha se suele asociar a un estado meditativo, quizás a causa del parecido en la disminución del nivel de excitación, pero es en realidad más similar al estado de flow, sobre todo porque representa una manera especial de conexión con el mundo. El único eje que diferencia al flow del modo escucha es el de aferencia/eferencia. El flow pone la atención en las acciones hacia lo externo, y la consciencia y la acción (la eferencia) se funden. El modo escucha pone la atención en las sensaciones desde lo externo, y la consciencia y la sensopercepción (la aferencia) se funden.

En ese sentido, así como el flow lleva la *acción* al límite de destreza para mejorar mi accionar sobre el mundo, el modo escucha lleva la *percepción* al límite de destreza, para mejorar mi comprensión del mundo. Este proceso implica sintonizarnos con las gradaciones de nuestro entorno, abrírnos a una gama más amplia de experiencias sensoriales y, en última instancia, fomentar una comprensión más rica de nuestro entorno.

Esta exploración del modo de escucha como un estado alterado de consciencia (ASC) revela sus distintas dimensiones, mecanismos de inducción y los roles multifacéticos que desempeña. No es simplemente un estado de excitación reducida u observación pasiva; es un compromiso activo con el mundo a través de una lente de mayor sensibilidad y empatía. Al ampliar los límites de la percepción, el modo de escucha permite una forma única de conexión que enriquece tanto al practicante como a la práctica, como el potencial transformador que se encuentra en el estado de *flow*.

Veamos un poco las dimensiones, inductores y funciones del modo escucha en tanto estado alterado de consciencia.

**EL FLOW LLEVA LA ACCIÓN AL
LÍMITE DE DESTREZA.
EL MODO ESCUCHA LLEVA LA
PERCEPCIÓN AL LÍMITE DE DESTREZA.**



Dimensiones del modo escucha

En la exploración de estados alterados de conciencia (EACs), el modo de escucha destaca por sus dimensiones únicas, potenciando nuestro viaje perceptivo a través de tres fases críticas: Sensación, Percepción y Cognición. Estas etapas, cada una con sus fenómenos distintos, se cruzan con las dimensiones de los EACs de Farthing de una manera que profundiza nuestra comprensión del profundo impacto de este modo en nuestro compromiso sensorial y cognitivo con el mundo.

En la fase de Sensación, se produce una sensibilidad aumentada. Esto se correspondería, en la clasificación de Farthing, con la dimensión de **Atención**, en la que se perciben aspectos no tan evidentes del objeto enfocado, mientras que se responde menos de lo normal a eventos externos. Esto es similar al fenómeno de convergencia atencional, donde los recursos atencionales se concentran e intensifican en el foco de atención y se dispersan en la atención periférica.

En la fase de Percepción, se produce una fusión somática, que es en realidad un fenómeno multidimensional, al que podríamos relacionar con las dimensiones de **Percepción, Imagen Corporal y Sentido de la Identidad Personal**. En la dimensión de Percepción de un EAC propuesta por Farthing, los objetos pueden percibirse diferentes, e incluso pueden producirse efectos de sinestesia. En la de Imagen Corporal, se bosquejan modificaciones en las proporciones del cuerpo propio. En la de Sentido de la Identidad Personal, los cambios en la imagen corporal contribuyen a que las personas puedan no reconocerse a sí mismas. Estas tres dimensiones son justamente las características de la fusión somática.

En la fase de Cognición, se produce una penetración enactiva, que podemos equiparar con las dimensiones de **Procesos de Pensamiento de Nivel Superior y Significado de las Experiencias**. La penetración enactiva permite una comprensión más eficiente y rápida del mundo, y asigna significado a los estímulos percibidos de acuerdo a conocimientos preexistentes.

Pero si tomamos las otras dimensiones de Farthing, vemos que hay varias más que están afectadas por el modo escucha.

Imaginería y fantasía: Aquí vemos modificaciones en el armado mental del modelo tridimensional del cuerpo, y también en la proyección de modelos personales (anatómico, de tensiones, colores, sabores, plantas).

Experiencia temporal: Si bien no puedo decidir si esto tiene alguna

implicancia clínica, es claro que el tiempo transcurre distinto cuando uno está en modo escucha.

Excitación: En el modo escucha, el grado de excitación disminuye.

Sentimientos y expresión emocional: la facilitación de las reacciones emocionales se nota más en los pacientes que en los terapeutas, quizás por el hecho de que lo que está en inspección es el proceso del paciente y no el del terapeuta.

Inductores del modo escucha

Farthing expone cuatro tipos de eventos que pueden establecer un EAC, y en el modo escucha suceden todos ellos.

Cambio en la estimulación externa: En el modo de escucha, nuestra paleta sensorial se refina para percibir lo que normalmente pasa desapercibido: lo sutil, lo particular, lo complejo. Los estímulos externos adquieren una nueva dimensión, revelando capas y texturas que escapan a la atención cotidiana. El mundo exterior adquiere características analógicas y abismales. Esta reorientación no solo enriquece nuestra experiencia sensorial, sino que también sirve como un poderoso inductor, transformando la forma en que interactuamos e interpretamos nuestro entorno.

Cambio en la actividad física: El modo de escucha exige un compromiso físico único: movimientos amplios y abiertos dan paso a acciones minuciosas y deliberadas. Esta transición no solo altera nuestra interacción física con el mundo, sino que también profundiza nuestra inmersión sensorial. Este cambio, que reduce nuestra huella física para interactuar más íntimamente con nuestros sentidos táctiles, subraya el potencial transformador del movimiento mínimo. Además, una parte importante de la escucha implica detectar, sentir y acompañar ritmos, y los ritmos son, en sí mismos, letánicos. Esto es similar a la inducción mediante un cambio en la actividad física.

Cambio en el foco de atención: Cuando nos disponemos a escuchar, dejamos de prestar atención al mundo exterior y nos zambullimos en el mundo interior. Este profundo cambio de atención, alejándose de las distracciones del mundo externo para abrazar los intrincados detalles de la fusión somática, es tan notorio que es capaz de inducir un EAC. El compromiso enfocado con nuestro mundo interior marca una desviación significativa del procesamiento sensorial rutinario, invitando a un estado de conciencia más profundo e inmersivo.

Cambio en el estado fisiológico: Aunque es difícil cuantificarlo sin

medidas sofisticadas, creo que el modo de escucha induce un cambio notable en nuestro estado fisiológico. Para demostrarlo necesitaríamos analizar el contenido de hormonas o proteínas en la sangre, verificar diferentes configuraciones de la actividad neuronal o demostrar cambios en el funcionamiento de un órgano. Sin embargo, hay un cambio claro en el modo operativo de nuestro cuerpo. La quietud, el silencio, el contacto y la movilización manual suelen ser causas suficientes de cambios fisiológicos, especialmente del modo ergotrópico al trofotrópico.

Cada uno de estos tipos de cambio puede, por sí solo, inducirnos hacia un EAC. En el modo de escucha, ocurren los cuatro. Este proceso de inducción multifacético no solo resalta la profundidad y amplitud de la experiencia de escucha, sino que también enfatiza su lugar distintivo dentro del ámbito de los estados alterados de conciencia.

Funciones del modo escucha

El modo de escucha, como estado alterado de conciencia (EAC) único, despliega sus beneficios en varias dimensiones, mejorando tanto el proceso terapéutico como la conexión interpersonal.

Función Cognitiva: En esencia, el modo de escucha sirve como un potenciador cognitivo, afinando significativamente nuestra agudeza sensorial. El modo de escucha amplifica las características distintivas del proceso de escucha. Al concentrar la atención y modificar la percepción, facilita (o permite) una sensibilidad aumentada. Al influir en la imagen corporal y el sentido de identidad personal, cataliza la fusión somática. Al afectar tanto los procesos de pensamiento como los de percepción, permite una penetración activa. Así como el flow amplifica el rendimiento de las acciones, el modo escucha amplifica la eficacia de las sensaciones.

Función Social: Más allá de los beneficios cognitivos, el modo de escucha juega un papel fundamental en el fomento de la conectividad social, particularmente entre terapeuta y paciente. Al amplificar las sutilezas del acto de escucha, allana el camino para una empatía radical, permitiendo un vínculo empático profundo que trasciende las barreras de comunicación convencionales. Esta comprensión y conexión más profundas pueden mejorar significativamente la eficacia terapéutica, fomentando un entorno empático y de apoyo propicio para la curación.

Función Sanadora: El potencial curativo del modo de escucha es quizás su función más transformadora. Se extiende más allá del seguimiento del

diagnóstico y el tratamiento para involucrar activamente la conexión cuerpo/mente, desmantelando las disociaciones y facilitando una recalibración integral de la conciencia somática. Este proceso de afinación somática es invaluable, particularmente para abordar mecanismos de protección sensibilizados o estrategias compensatorias obsoletas, ofreciendo un camino hacia una curación más integrada y holística. La escucha, en este sentido, es terapéutica en sí misma.

Función Placentera: Anteriormente, nos permitimos agregar un tipo más de función a las presentadas por Farthing: la función de placer, y un aspecto que a menudo se pasa por alto del modo de escucha es el placer inherente que brinda tanto al practicante como al paciente. Si bien no es el objetivo principal en la clínica, es un hecho que merece ser mencionado, especialmente si consideramos que existen muchos tratamientos que resultan desagradables, aunque beneficiosos.

Necesidad del modo escucha

¿Siempre es necesario el modo escucha? Por supuesto que no.

A veces, para cumplir con su función clínica, al osteópata le basta con desinflamar, elongar, quitar algún reflejo miotático, activar la propiocepción neuromuscular. Pero a veces, por ejemplo, cuando no podemos deducir la cadena etiológica completa de manera directa (es decir, a partir de operar mediante razonamiento clínico sobre los datos recogidos en la anamnesis y tests específicos), necesitamos establecer una instancia profunda de proceso de escucha para entender mejor, y en esos casos es necesario ponerse en modo escucha. Por otra parte, en ocasiones el modo escucha puede ser catalizador de la cura, sobre todo en casos que influyen en algún sistema visceral, o cuando hay un patrón postural o neuromuscular generalizado, o cuando es claro que hay algún elemento emocional. En esos casos, el trance en el paciente activa la afinación somática.

Las disfunciones y las emociones son estados alterados de funcionamiento corporal. Los sentimientos son estados alterados de consciencia. Los síntomas son estados alterados de alguno de los dos tipos. Los mecanismos de protección suelen ser estados alterados tanto físicos como psíquicos. La osteopatía detecta estados somatopsíquicos alterados (el malestar del paciente) mediante otro estado somatopsíquico alterado (el modo escucha). Mediante este modo escucha, se establece un acto clínico que detecta *procesos* pasados y permite *procesos* futuros.

Lo que hace de la escucha la herramienta distintiva de la osteopatía no es el proceso de escucha, sino el modo escucha. Lo importante es promover un estado, y no un proceso. En el estado es donde suceden las transformaciones.

16. Momentos del modo escucha

Dijimos que una sesión de osteopatía típica recorre varias etapas: anamnesis, examen físico, diagnóstico y tratamiento, y aclaramos que el orden secuencial en que se presentan es teórico, puesto que en la práctica cada una de ellas puede fraccionarse, y en medio de la sesión, o en medio de una fase, podemos volver atrás a alguna etapa anterior.

Por otra parte, la escucha, que podría parecer asociarse a un método de diagnóstico, no se identifica con ninguna de las fases, sino que interpenetra y es substancial a todas ellas. El proceso de escucha se desarrolla de manera transversal a las etapas de la sesión.

Pero hay otro proceso que se desarrolla en el tiempo, en una cronología independiente tanto de las etapas de la sesión como de las fases del proceso de escucha. Me refiero al establecimiento del modo escucha, que requiere un cambio de estado que no es inmediato.

El modo escucha es un estado somatopsíquico que se mantiene durante el tiempo que dure el proceso de escucha, para catalizar sus procedimientos y prodigios. Pero a la vez hay un proceso de cambio de estado, que nos mete en modo escucha. Este proceso de entrada al modo escucha tiene varios momentos, que discernimos de acuerdo con su finalidad: Simpatizar, Sintonzar, Sincronizar, Sincretizar y Sintetizar. Es necesario transitarlos uno a uno.

A cada uno de ellos le asignaremos una figura y una función. Aquí, “figura” debe entenderse de forma similar a su uso en *Fragments de un Discorso Amoroso*, de Roland Barthes: una coreografía más o menos esquematizada de movimientos, acontecimientos y palabras que, en su conjunto y debido a una disposición particular, transmiten un *significado* concreto. “Función” se utiliza en su sentido habitual: lo que este momento consigue al establecer el modo escucha en tanto EAC.

1. Simpatizar

En este primer momento, la intención es establecer un acercamiento entre terapeuta y paciente. No hay todavía conexión, sino simplemente una orientación de cada uno hacia el otro.

La finalidad es la de establecer una simpatía entre los participantes. La palabra *simpatía* está formada por las raíces griegas *sym* (que significa juntos) y *pathos* (que significa sentimientos) y es, simplemente, un sentimiento común.

Me interesa que no se confunda este concepto con la *empatía*, que es otra cosa. La empatía es importante, pero no es lo que se debe destacar en este momento de la escucha. La empatía es ponerme en los zapatos del otro, y no es esto lo que busco al inicio de la escucha. La simpatía, al contrario que la empatía, no involucra perspectivas o emociones compartidas. La simpatía comunica cuidado y ocupación, pero no hay todavía una perspectiva aferente. En esta experiencia de co-sentir entre dos personas, la simpatía es la parte eferente, cómo le comunico al otro que estoy dispuesto a co-sentir, mientras que la empatía es la parte aferente, cómo acepto la información recibida desde una perspectiva co-sintiente.

La empatía es unidireccional; la simpatía es bidireccional. Empatía sugiere una proyección. Simpatía es sencillamente estar juntos, y la idea es justamente esa: sentar las bases para que el otro esté disponible, establecer una contigüidad espacial que no despierte alertas ni turbaciones, que permita acercarse sin despertar respuestas autonómicas simpáticas. Es establecer una simpatía parasimpática (con perdón por el juego de palabras).

Una parte importante del momento de simpatizar es introducir la proximidad espacial respetando el campo del otro. Hay que manejar los tiempos para que penetrar el campo del paciente no sea una invasión. En esta fase hay contacto para aproximar los campos del osteópata y del paciente, pero no hay proyección. Toco sin proyectar. Toco sin sentir. Si toco, es solo para decir 'estoy acá'. La figura predominante de esta fase es la presencia. Tengo que ofrecerme, estar disponible para el otro.

No hay atención todavía, o más bien, la atención es hacia el otro como todo, como persona. La atención es a brindar y recibir presencia.

Simpatizar incluye el deseo de que el otro esté bien. Esto no es banal. Este deseo es el que me pone a mí y al otro en modo escucha.

2. Sintonizar

Viene luego un momento de sintonización con el paciente, de escuchar no para recibir, sino para que las manos se amolden, los sentidos se adapten, para que tanto el paciente como el terapeuta se salgan del modo hablar o venir de la calle, para que la respiración de ambos se aquiete (y que luego ambas puedan sincronizarse). Es importante no comenzar el contacto buscando directamente sondear el funcionamiento del otro (y menos aún intentando detectar disfunciones), sino con el solo fin de establecer el contacto. La fisiología y las estrategias del cuerpo se mostrarán solo más adelante.

La figura fundamental de este momento es la atención. Sintonizar es la presencia establecida al simpatizar, más una atención focalizada, con la finalidad de encontrar y fijar el canal o la frecuencia para comunicar. En el momento de sintonizar empiezo a resonar con el paciente, y empiezo a calibrar esa resonancia. Sintonizando, siento la predisposición para entrar en modo escucha.

Parte de la fase de sintonizar es lograr una neutralidad. Cuando hablamos de estado neutro, hay dos instancias: la neutralidad del terapeuta para lograr la escucha, y la del paciente para recibir el fulcrum. La neutralidad es la que permite la aferencia y facilita la inducción. En el momento de sintonizar debo lograr la neutralidad en el terapeuta y en el paciente.

En este momento, en el contacto con el paciente, sí hay proyección háptica. Es donde se empieza a testear la proyección, buscando de a poco los canales que me permiten llegar a más profundidades sin forzar la entrada, y buena parte de sintonizar consiste en pedir permiso, tanto verbal como táctil.

3. Sincronizar

Una vez que sintonizamos, podemos sincronizar. De hecho, una vez establecida la resonancia entre terapeuta y paciente, la sincronización casi siempre se produce sola.

El primer momento, Simpatizar, es espacial: la negociación del espacio y el campo. El segundo, Sintonizar, es el encuentro de un canal. El tercer momento, Sincronizar, es espaciotemporal. Sincronizar introduce una noción temporal. Se simpatizan dos interlocutores; se sintoniza un canal; se sincronizan los ritmos y los movimientos, incluida la respiración, y a partir

de esta sincronización la escucha es una danza inclusiva.

La figura fundamental de este momento es la intención. Donde hasta ahora solo había presencia y atención del osteópata al paciente, sincronizar implica una intención compartida, donde ambos focalizan en un objetivo común.

En algunos tests y algunas técnicas de tratamiento se utilizan palancas respiratorias para aumentar la efectividad (básicamente, consiste en pedirle al paciente que respire hondo o que aguante la respiración en tal o cual momento). Pero durante la escucha misma prefiero no usar palancas respiratorias porque desarman la sincronización. Salvo en el caso de pacientes con mucho registro de su cuerpo y trabajo de la respiración, prefiero que no lleven la consciencia a su respiración porque intentan controlarla, y eso afecta a la sincronización. Dejo que su respiración salga natural. Prefiero el ritmo inconsciente sostenido, y que la sincronización se mantenga.

Una nota curiosa: con algunos pacientes mi respiración se sincroniza de una manera y con otros de otra. Con algunos pacientes inspiramos al mismo tiempo (respiramos en paralelo), pero con otros, uno inspira cuando el otro espira (respiramos en serie). No sé si eso representa alguna diferencia en el vínculo o en el tratamiento. Sería interesante hacer una investigación al respecto.

El terapeuta se sincroniza con la respiración del paciente, pero también con su tono de voz, su lenguaje, su registro léxico, la amplitud y virulencia de sus gestos, su tono basal, e incluso con los ritmos de sus tejidos.

Cualquiera que sea el nivel de escucha que quiero, primero tengo que simpatizar, sintonizar y sincronizar.

4. Sincretizar

Sincretismo es un término que se refiere a la hibridación de dos o más sistemas filosóficos o de creencias. En nuestro caso, usamos el verbo 'sincretizar' para referir a la acción de relacionar datos que provienen de distintos ámbitos (anatómicos, fisiológicos, emocionales, etc.) y/o de distintos modos de aprehendizaje (anamnesis, escucha, razonamiento), en particular datos que no están claramente relacionados en el pensamiento, como un evento emocional antiguo con un dolor, o restricciones de movimiento con disfunciones fisiológicas aparentemente inconexas. No es todavía tiempo de buscar relaciones causales (eso vendrá más adelante después de la escucha), sino simplemente reunirlos para que resuenen mutuamente.

Sincretizar significa sencillamente estar aferente. Dejar que me lleguen todas las informaciones disponibles, sin discriminar, elegir, focalizar o procesar.

Como dice Liem (2017): “El terapeuta siempre debe empezar cada vez desenfocando, evitando conscientemente cualquier foco, de manera de hacer contacto con el paciente y el tejido en su totalidad de una manera sin prejuicio y sin intención”.

5. Sintetizar

El último momento es el de sintetizar. No en el sentido literario de resumir un texto notando las ideas fundamentales, sino en el sentido gnoseológico de procesos de estudio de realidades complejas, y que lo opone al proceso de analizar. El análisis consiste en la descomposición de esas realidades en partes, para entender los elementos fundamentales y sus relaciones. La síntesis, por el contrario, se refiere a la composición de un todo como amalgama de sus partes, integrándolas.

Por si no es claro, doy dos ejemplos de este uso en otros ámbitos: la música y la química.

En música, la síntesis de sonido es la creación de un sonido desde cero, como por ejemplo crear un sonido de violín no grabando un violín, sino partiendo de ondas puras de distintas frecuencias, que al producirse simultáneamente se suman o se sustraen, generando distintas formas de onda. El sonido de violín se produce tomando una forma de onda pura de determinada frecuencia, y agregándole armónicos de otras frecuencias, en distintas amplitudes y fases, para modular la forma de onda original de una manera específica que la haga sonar como un violín. De aquí viene el término ‘sintetizador’, que es el aparato que genera distintos sonidos a partir de modulación de distintas formas de onda.

En química, sintetizar es la producción de una sustancia por medio de la unión de elementos químicos. Una sustancia sintética, por ejemplo, es aquella que no se obtuvo de la naturaleza, sino que fue producida en un laboratorio a partir de sus componentes fundamentales.

En ambos casos, la unión de partes nos da un objeto que es más que el conjunto de las partes. Es un objeto íntegro, unificado, con identidad propia.

Sintetizar, por tanto, consiste en hacer converger todas las percepciones, observaciones y respuestas recogidas durante el proceso de escucha en una resonancia colectiva, que considera al paciente como una entidad completa, caracterizada por un patrón distintivo de salud y desequilibrios, y no como un mero conjunto de síntomas o disfunciones. Es una polinización cruzada de información. En la práctica, sintetizar puede permitir que

la percepción de la postura del paciente se entremezcle con la información sobre su estado emocional o sus patrones respiratorios, para abastecer una comprensión de las tensiones físicas. Este es el momento en el que el osteópata combina todos los datos recopilados en un todo cohesionado pero indefinido para dejar que afloren las propiedades emergentes de la cadena etiológica. Este conjunto resonante, rico en datos interconectados, espera el análisis racional que sigue al proceso de escucha, del que se derivará una comprensión y un enfoque coherentes del tratamiento.

| Momentos de establecimiento del modo escucha | | |
|---|----------------------------|-----------------------------------|
| MOMENTO | FIGURA PREDOMINANTE | FUNCIÓN |
| 1. Simpatizar | Presencia | Orientarse uno hacia el otro |
| 2. Sintonizar | Atención | Encontrar el canal para comunicar |
| 3. Sincronizar | Intención | Ejecutar una intención compartida |
| 4. Sincretizar | Aferencia | Recepción indiscriminada de datos |
| 5. Sintetizar | Producción de sentido | Organizar información |

GLOSARIO: MOMENTOS DE LA ESCUCHA

SIMPATIZAR: En sentido genérico, que dos personas (o seres vivos) sientan cierta inclinación afectiva entre sí. En otro sentido genérico, relacionar dos sistemas de manera que la acción de uno induzca el mismo comportamiento en el otro. En el sentido restringido adoptado en El Cuerpo y La Escucha, el primer momento de la escucha, en la que se sientan las bases para la disponibilidad tanto del paciente como del terapeuta.

SINTONIZAR: En sentido genérico, establecer una comunicación en la misma frecuencia que otra entidad. En sentido restringido, el segundo momento de la escucha, en la que se establece un canal de comunicación entre el paciente y el terapeuta.

SINCRONIZAR: En sentido genérico, hacer que dos procesos sucedan al mismo tiempo, ritmo y velocidad. En sentido restringido, el tercer momento de la escucha, en la que se establece una comunión temporal y rítmica entre paciente y terapeuta.

SINCRETIZAR: En sentido genérico, combinar diferentes principios o prácticas filosóficas, religiosas o culturales. En sentido restringido, el cuarto momento de la escucha, en la que el terapeuta recibe información indiscriminada y cruda del paciente.

SINETIZAR: En sentido genérico, crear una entidad compleja combinando partes o elementos. En sentido restringido, el quinto momento de la escucha, en la que la información recibida cobra sentido en tanto unidad estructural y en relación con el entorno.

El sueño aferente

Simpatizar y sintonizar son preparaciones o requisitos para alcanzar el modo escucha. Sincronizar es adentrarse en dicho estado. Sincretizar y sintetizar son sus primeros efectos, a los que es necesario amoldarse. Estos cinco momentos establecen un estado alterado somatopsíquico en el terapeuta y en el paciente, que se mantiene mientras no haya una interrupción atencional, desde el exterior o desde el interior. Cuando se pierde el flujo, necesito repetir el ciclo de momentos desde cero. En caso de una interrupción, por ejemplo, si hablo, o el paciente me habla, o suena el timbre, la delgada burbuja virtual que sostiene el modo escucha se rompe, y si quiero seguir escuchando debo empezar desde el primer momento, simpatizando.

La burbuja del modo escucha es delicada, pero no tanto. A veces puedo

interrumpir momentáneamente la actividad de escucha sin que se rompa, por ejemplo, si levanto las manos del cuerpo, traslado mi silla al otro lado de la camilla y vuelvo a escuchar.

El efecto es similar al “sueño ficcional” que ocurre cuando leemos una novela o vemos una película. De hecho, ambos son estados alterados de consciencia y tienen una fenomenicidad muy parecida. Cuando estoy leyendo una novela (suponiendo que el libro sea medianamente bueno y me guste) estoy metido en la historia, mi mente está en ese otro mundo, y lo que suceda afuera tiene menos posibilidades de generarme una interrupción atencional. Eso es lo que se llama el “sueño ficcional”.

Pero si algo sucede en el mundo exterior, me despierta. Por ejemplo, suena el timbre, dejo el libro a un costado, voy a abrir, y resulta que es mi tía Fefe, que viene a traerme el felpudo que le había prestado el otro día y de paso me cuenta las novedades de los vecinos del barrio que se acaba de enterar en el almacén. Esta charla quizás dure diez minutos, pero cuando Fefe se va, cierro la puerta, guardo el felpudo y vuelvo al libro, necesito un tiempo de lectura para que se vaya instalando otra vez el sueño ficcional y meterme de lleno en la historia.

Sin embargo, no toda interrupción es tan drástica. Puedo estar leyendo mientras dejé una tarta cocinándose en el horno. Suena el temporizador que configuré a propósito, marco la página, dejo el libro, me levanto, voy hasta el horno, miro la tarta, veo que todavía le falta un poco, pongo el temporizador otros 15 minutos y vuelvo al libro. En este caso, si bien hubo una interrupción del sueño ficcional y su restablecimiento no es inmediato, la vuelta al sueño ficcional es mucho más corta. De hecho, creo que en parte es porque no salí de él del todo, y todas las acciones de monitorear la tarta y decidir dejarla un rato más en el horno se realizaron de manera un tanto automática, con parte de mi mente todavía en la novela.

En la lectura, el sueño ficcional se puede romper por una interrupción atencional externa, como el timbre o el temporizador, o desde un fenómeno interno, por un problema en la escritura o trama de la historia, por ejemplo, cuando encuentro un párrafo aburrido o algún acontecimiento inverosímil. De hecho, un truco de los escritores para chequear problemas en sus escritos es darle el manuscrito a algún amigo, mirarlo mientras lo lee, y fijarse en qué momento del texto levanta los ojos del papel para decir algo o para ir a buscar un café. El autor entonces marca el lugar del texto donde el amigo dejó de leer, porque en ese preciso lugar hubo un quiebre del sueño ficcional, y probablemente haya algo que corregir.

Para equipararlo con el estado alterado de consciencia que acaece en la lectura, vamos a decir que el modo escucha genera un sueño aferente. Este

sueño aferente se establece gracias a una intención consciente y a transitar los momentos del modo escucha, y se dismantela de acuerdo con distracciones externas y estímulos internos provistos por la escucha misma.

**EL MODO ESCUCHA GENERA
UN SUEÑO AFERENTE.**

El proceso de escucha requiere el modo escucha, aunque pueden ejecutarse escuchas superficiales o rápidas con un modo escucha ligero. Una escucha más profunda y portentosa, sin embargo, requiere un modo escucha más definido.

La articulación de los momentos

Para ilustrar los momentos del modo escucha, quisiera ejemplificarlos con otra situación: la de sintonizar una transmisión mediática, pensando más que nada en esas ocasiones donde un grupo de amigos se junta a escuchar una transmisión. En la época de mis padres, esto sucedía en torno a una radio, para seguir alguna narrativa serial. Hoy en día, sucede muy de vez en cuando, por ejemplo, en los partidos importantes de los mundiales de fútbol, cuando los amigos se juntan en torno a una TV.

De manera que imaginémonos que hay un evento importante que será transmitido por televisión, por ejemplo, la final del mundial. Decidimos juntarnos con amigos para compartir la emoción del momento. Los invitados van llegando, y cada uno trae algo para compartir. Llegan, hablamos un rato, acomodan cosas en la heladera, alguno descorcha un vino o corta un salamín en rodajas. De a poco nos distribuimos en el sillón frente a la TV. Discutimos sobre cuál canal elegir basándonos en la calidad del sonido o los comentaristas. Todo este ritual es importantísimo para que cuando empiece el partido estemos en modo final del mundial.

Ese ritual tiene distintos momentos.

Simpatizar: prepararse para escuchar

Este es el momento de llegada. En la final de fútbol, simpatizar implica prepararse para una montaña rusa emocional compartida. En la escucha, implica prepararse para un viaje terapéutico conjunto. Puede que todavía

no estemos interactuando directamente, pero estamos preparando el escenario: apagando las distracciones, creando un espacio cómodo, encendiendo la tele. Este momento se trata de reconocimiento mutuo y disposición para embarcarnos juntos en una experiencia.

Sintonizar: encontrar la frecuencia

Sintonizar es literalmente mover el dial de la radio para captar la estación deseada. Antiguamente, había que navegar a través de la estática para encontrar una comunicación clara. Hoy, sería elegir el canal correcto. Sintonizar es simplemente encontrar el canal, tanto el de la televisión, como el canal tisular de la escucha. Es un ajuste preliminar, centrándose en alinear energías e intenciones sin enfocarse todavía en el contenido.

Sincronizar: instalarse

Una vez encontrada la señal, soltamos el control remoto (o el dial) y nos instalamos. Nos sincronizamos. Se trata de ponernos cómodos, acomodarnos en el sillón, tal vez quitarnos los zapatos y empezar a abrirnos a la transmisión. En el caso del partido del mundial, el momento de sincronización es evidente: es cuando nos acomodamos de manera de quedar todos orientados hacia la pantalla. La televisión ya comienza a transmitir información, pero todavía nos estamos adaptando a un estado en el que podamos absorberla y procesarla por completo.

Sincretizar: sumergirse en la transmisión

Al sincretizar, ya estamos sumergidos de lleno en la recepción de las imágenes y sonidos de la tele. No hay todavía compromiso emocional, y menos aún comprensión. Sincretizar es ir robándole recursos a la atención periférica y asignárselos a la atención focal. En la final de fútbol, nuestra atención empieza a ser cautivada por la pantalla, entendiendo las palabras y los hechos que se desarrollan en ella, pero todavía sin reconstruirlas activamente. En la escucha, solo recibimos, observamos, pero no absorbemos. Nos abrimos a recibir.

Sintetizar: resonar y sentir

A medida que continúa la transmisión, los estímulos que recibíamos sueltos comienzan a resonar entre sí. Esta resonancia no es forzada; emerge naturalmente a medida que pasa el tiempo. No estamos conectando los puntos activamente, no es una decisión voluntaria, sino que la coherencia y la profundidad del evento se nos revelan. Lo que hay no es todavía una

comprensión, sino una sensación. En el partido, algunas cosas empiezan a cobrar significación persistente: tal jugador está inspirado, la cancha está difícil, me gusta cómo juega tal otro. Lo que sucede, en realidad, es que nos ponemos nerviosos, eufóricos o desahuciados. En el modo escucha, este es el momento de sintetizar, donde la narrativa del paciente, los síntomas y las ideas del terapeuta comienzan a fusionarse en una imagen integral. Esta imagen no es racionalizada todavía; es *sentida*.

Profundizando el sueño: encendido del modo de escucha

A esta altura se acaban los momentos, y el tiempo deja de pasar. Después del momento de sintetizar, tanto en el modo de escucha osteopática como de la experiencia de la transmisión del partido, entramos en un estado sostenido de profundo compromiso y receptividad. Este estado, caracterizado por lo que hemos denominado el «sueño aferente» en osteopatía y el «sueño ficticio» en una narración -y que podríamos extrapolar al «sueño mundialista» del fútbol-, representa un período de inmersión en el que la recopilación activa de información da paso a la absorción e integración pasivas. No miramos el partido, sino que lo vivimos. No percibimos al paciente, lo habitamos.

El sueño aferente: escucha e inmersión sostenidas

En la sesión osteopática, después de pasar por los momentos de simpatizar, sincronizar, sincronizar, sincrétizar y sintetizar, nos encontramos en un estado profundo de modo escucha. Este ya no es un momento, sino una experiencia continua, en la que el terapeuta está profundamente en sintonía con la «transmisión» del paciente, recibiendo e integrando información a un nivel subconsciente. Esta fase es como perderse en la narrativa de un programa de radio cautivador o un partido de fútbol emocionante, donde el mundo exterior se desvanece y nuestra atención queda completamente absorbida por la historia que se desarrolla ante nosotros.

Durante este sueño aferente, el terapeuta y el paciente coexisten en un espacio compartido de comprensión y curación, más allá de los límites del análisis activo o la intervención directa. Es un estado de ser en lugar de hacer, donde el proceso terapéutico se desarrolla a través de la resonancia natural de la información que empezó a recopilarse en los momentos anteriores.

Despertar del sueño: el relevo a la reflexión

El final del sueño aferente (y también del ficcional y el mundialista) marca una transición distinta. En el partido, apagar la tele o bajarle el volumen señala el final del evento, y se pasa a un modo distinto, marcado por

un apaciguamiento emocional y comentarios acerca de lo que se acaba de vivir. Se comparten emociones, se explican eventos y se establecen teorías. En la sesión osteopática, salir del modo de escucha señala un cambio de la absorción pasiva al procesamiento activo. La fase de escucha, caracterizada por la corta sucesión de los cinco momentos y el período prolongado del sueño aferente, llega a su fin. El terapeuta «despierta» a una nueva fase de compromiso: la reflexión.

En esta fase reflexiva, el terapeuta ya no está en el acto de escuchar, sino que pasó a un proceso de pensamiento: procesa e interpreta la gran cantidad de información adquirida durante el modo de escucha. Es un período de síntesis en el sentido más amplio, donde los conocimientos, las conexiones y los significados se fusionan en una comprensión coherente de la condición del paciente y el camino terapéutico a seguir. Es el razonamiento clínico delineado por los principios de la osteopatía y los libros de Still.

VI

LA ESCUCHA COMO ACTO

17. Factores y aptitudes individuales

La escucha eficaz se apoya tanto en las habilidades técnicas (formas de hacer) como en el crecimiento personal (formas de ser). Las habilidades técnicas incluyen la colocación precisa de las manos, el movimiento, la aplicación de presión, la administración desde el centro, el control de la respiración y la elección de foco. Además de dominar estas técnicas, los terapeutas también deben abrazar el desarrollo personal, transformando su enfoque y presencia con el paciente. Entre ellos se incluyen la intención, la atención, la paciencia y la humildad. Exploremos más a fondo todos esos componentes esenciales.

Calibrar la posición de las manos

No hay que olvidarse que el tacto tiene cierto alcance. Si pongo las manos en el cráneo, siento lo que sucede en el cráneo. Más aún: si coloco mi pulgar un poco detrás del ojo, el contacto de mi dedo es con la piel que está sobre el ala mayor del esfenoides, y lo que siento es el movimiento del esfenoides. Es cierto que desde ahí puedo llegar a vislumbrar el movimiento del occipital, o incluso movimientos del tórax u otras partes del cuerpo, pero esos movimientos lejanos los siento de manera indirecta, a través de su influencia sobre el esfenoides. Si con mi dedo en las cercanías del ojo me parece sentir algo en el tórax, lo ideal sería acercarme para corroborar, de manera que tengo que abandonar el cráneo y apoyar mi mano en el tórax. Tengo que buscar con las manos el sitio que quiero escuchar.

Esta aclaración parece innecesaria, pero muchas veces uno se olvida que *todo lo que uno escucha es indirecto*. Al sentir el MRP, por ejemplo, no siento el líquido cefalorraquídeo escanciándose o circulando por los distintos ventrículos, sino que lo que siento directamente es el movimiento del esfenoides (o algún otro hueso) causado por el desplazamiento de líquidos.

Y ni siquiera percibo directamente el esfenoides. Yo siento el movimiento del esfenoides del paciente a través de una parte del esfenoides, que es la cara externa del ala mayor del hueso. Pero, además, no estoy tocando el hueso, sino que estoy en contacto con una capa más lejana; entre el hueso y mi dedo hay piel, tejido subcutáneo y músculos. No solo eso: yo siento al esfenoides del paciente a través de *mis* propioceptores, y es necesario tener eso en cuenta. La manera en que discrimino mis propioceptores influye en la escucha. Una escucha en tórax no es igual si la hago con la mano derecha o la izquierda, o si la hago con la misma mano estando a la izquierda o a la derecha del paciente. En ambos casos necesito eliminar a mis propioceptores de la ecuación, pero el procedimiento interno no es el mismo.

Para cada momento de escucha, tengo que buscar el posicionamiento óptimo, que es donde haya menos obstáculos entre mi mano y lo que deseo escuchar.

Cuando siento que la escucha “me lleva” a otra región, levanto la mano y la posiciono en la dirección desde donde percibo la influencia. Este proceso se llama “escalonamiento” de la escucha.

Esta regla, como todas las reglas, se infringe constantemente: todo osteópata en su clínica se la pasa sintiendo estructuras anatómicas alejadas. Lo importante es tener en cuenta esto: cada vez que se incumple una regla, se lo hace con una intención y por una razón particular. No es lo mismo sentir el movimiento del esfenoides con los dedos a los lados de los ojos que con la mano en el tórax. La escucha desde el tórax incluye un montón de otros tejidos intermedios, y si la ejecuto es porque, de alguna manera, la inclusión de esos tejidos en la escucha me interesa.

Mover o no mover la mano

La dificultad para discriminar mis propioceptores es mayor cuando mi mano está en movimiento respecto de lo que quiero escuchar, y esto me lleva a otro punto: hace falta seguir la escucha, mover mi mano junto con el tejido que escucho y siguiendo su velocidad y su ritmo. Este concepto, que en las escuelas de osteopatía se repite todo el tiempo, es al principio algo confuso. Dije antes que la escucha sucede cuando la mano está quieta, pero ahora digo que hay que seguir los tejidos, y que este seguir no es meramente mental, sino que hace falta efectivamente mover la mano.

El secreto es este: hay que mover la mano, pero en un nivel inferior al movimiento que estamos intentando escuchar. La idea es dejar la mano

quieta para percibir el movimiento relativo, pero no dejar que lo que estamos escuchando se aleje, de manera que mi mano está a la vez quieta y en movimiento, dependiendo del sistema de referencia desde que la considere.

Si movemos la mano al mismo ritmo y amplitud que lo que queremos escuchar, por supuesto que no vamos a sentir nada. Si movemos la mano a un ritmo o amplitudes mayores, estamos haciendo inducción. No es que esté mal inducir, pero inducción no es escucha. En el momento que quiero escuchar, tengo que escuchar.

Para dar un ejemplo, me voy a un plano muy amplio y poco sutil. Digamos que quiero escuchar cómo se mueve el sacro de un paciente durante la marcha. Me pongo de pie al lado del paciente y coloco una mano en su sacro. Ahora le pido que camine. El paciente da dos pasos, y pasa de estar medio metro a mi derecha, a estar medio metro a mi izquierda. Mientras él camina, muevo la mano de derecha a izquierda, al ritmo de caminata del paciente, para mantenerla en su sacro. Mi mano está quieta con respecto al sacro, pero se mueve con respecto a mi cuerpo. ¿Moví mi mano? La respuesta es sí y no. Sí, la moví porque antes estaba a mi izquierda y ahora está a mi derecha. No, no la moví porque siempre estuvo en el sacro.

La mano debe estar quieta con respecto al sistema cartesiano de coordenadas con centro en el objetivo de la escucha, lo cual puede significar que se mueva con respecto a otros sistemas cartesianos de coordenadas, por ejemplo, el que tiene como centro a mi cuerpo. Si quiero, por ejemplo, escuchar el intestino delgado, existen varios sistemas de coordenadas en movimiento relativo: el que imprime la respiración diafragmática, los movimientos peristálticos, la motilidad intrínseca (embrionaria) del intestino, y, si el paciente está en movimiento, los sistemas relativos de estructuras anatómicas que se acercan o alejan entre sí con las torsiones o las lateralizaciones, más el desplazamiento del sistema de coordenadas global del paciente con respecto al mío. Si quiero sentir los movimientos peristálticos, debo mover mi mano junto con todos los otros sistemas de coordenadas para percibir el movimiento relativo solo en las coordenadas de los movimientos peristálticos: mi mano debe seguir la respiración del paciente, sus torsiones y sus desplazamientos.

**LA MANO DEBE ESTAR QUIETA CON
RESPECTO AL SISTEMA CARTESIANO DE
COORDENADAS CON CENTRO EN EL
OBJETIVO DE LA ESCUCHA.**

Calibrar la presión

La presión depende de la intención, la profundidad y la sutileza a la que queremos percibir, pero siempre es suave. Para sentir en la superficie epidérmica, nuestra mano la roza apenas, sin penetrarla; está justo afuera de la piel. Para proyectar la percepción y sentir en profundidad, usamos un poco de presión, pero es la mínima presión necesaria para establecer la compresión turgencial mínima para reclutar los tejidos mediadores. Pensemos en el ejemplo cuando recorremos con un lápiz la superficie de una mesa intentando percibir su textura. Tenemos que apretar un poco el lápiz contra la superficie, de lo contrario no sentimos nada, pero a medida que aumentamos la presión, perdemos sensibilidad.

Rollin Becker propone un truco para facilitar la escucha en profundidad: uno debe apoyar la mano en el cuerpo del paciente, manteniendo como fulcrum el codo apoyado en algún otro lado (por ejemplo, en la camilla) y, para lograr sentir más en profundidad, debe aplicar presión en el codo y no en la mano. Esto me dio mucho que pensar. Logré ponerlo en práctica con buenos resultados, aunque sin entender muy bien por qué esto funcionaba. Al principio creí que era una forma de engañar a la consciencia, y que luego de cierta práctica no necesitaría la presión en el codo, pero ahora creo que algo realmente sucede en los propioceptores. Al presionar el codo, los propioceptores se activan o se interpretan de manera diferente, y esto permite focalizar la atención de todo el miembro superior en un plano más profundo. Un poco como los estereogramas, esos dibujos donde uno debe enfocar la vista no en el papel, sino en un plano más allá, para lograr ver una imagen en 3D que no se ve en una mirada habitual. En ambos casos, tengo que engañar a los mapas topológicos.

En la escucha, las manos no están aferradas, sino que flotan sobre los tejidos del plano al que queremos escuchar como corchos sobre el agua. Pero con respecto a los tejidos que están más acá del plano en el que estamos focalizando la atención, es decir, los tejidos mediadores que estamos reclutando, también nuestras manos flotan, pero flotan *dentro* de los tejidos, como buceando en una piscina.

Comprender y asimilar estas dos maneras distintas de flotar es muchas veces la clave de la escucha, sobre todo en los planos más sutiles.

Los tejidos del terapeuta y del paciente deben a la vez amoldarse (forma), emparejarse (presión y tensión), fundirse (sensación) y sincronizarse (tiempo y ritmo).

En este apartado, quisiera aclarar dos conceptos, uno relacionado con la

carga y otro relacionado con la intención.

He oído decir que la escucha se hace con carga cero, o que en la escucha no hay carga, o que la escucha en profundidad se logra con intención y no con presión. Hay algo de verdad en esas afirmaciones, pero dichas al pasar o fuera de contexto podrían resultar confusas.

En principio, dado que la escucha impregna toda la praxis, cuando hacemos una técnica en la que hay que poner tensión o carga, necesito escuchar. Si la escucha se da solo sin carga, en esos momentos no podría escuchar, y, por lo tanto, no sabría cuándo el tejido me da el paso o cuándo libera.

En realidad, cuando se dice que la escucha se hace con carga cero, lo que se quiere decir es que se empareja la presión del tejido.

De manera que el contacto es con carga, pero es una carga suave. Una presión exagerada genera una reacción en los tejidos. El contacto debe emparejar la resistencia que los tejidos devuelven, y desenvolverse en ese plano. Sacar los tejidos de su zona de confort, pero no muy lejos y no por mucho tiempo.

En cuanto a la intención, hay que recordar que para escuchar debo estar completamente aferente. Y la intención es exactamente la definición de eferencia. Si yo tomo el concepto crudo y puro de aferencia, lo que me queda es la escucha. Si yo tomo el concepto puro y crudo de eferencia, si le saco el material, los agentes, y me quedo solo con el acto propio de eferencia, lo que tengo es intención. De manera que en la escucha no podría haber intención.

Por otro lado, la intención es un proceso intelectual propio del terapeuta. Es algo que pone el terapeuta, y es contrario a la escucha en muchas dimensiones.

Esta consideración es, por supuesto, relativa. Puedo, en ocasiones, poner cierta intención. Podría, por ejemplo, provocar a los tejidos para comprobar cómo reaccionan, se defienden, se quejan o resuenan. Por otra parte, la ausencia total de intención es absurda. Este tema de la intención es profundo y confuso, y le dedicamos un apartado específico más adelante. Por ahora, quedémonos con esta idea: la escucha no necesariamente se desarticula si incluyo alguna intención, pero necesito tener en claro que la escucha sobrevive *más allá* de la intención, y no *gracias* a ella⁶⁵.

65 En este párrafo uso ideas y palabras de Hugo Chiera, propuestas en un comentario a una primera versión de este texto.

Estar disponible

Es fundamental no trabar articulaciones. Carolina Becker, psicóloga y maestra de contact improvisación, enseñaba que para danzar había que tener “articulaciones disponibles”, refiriendo a un estado intermedio, por ejemplo, entre la rodilla trabada, que restringe la movilidad, y la rodilla relajada, que no está preparada para responder rápidamente a cambios en el entorno. Es la tensión justa que permite a la vez movilidad y firmeza, y que caracteriza a los objetos dotados de tensegridad.

Tricot (2002) se queja de que los profesores siempre le enseñaron que para escuchar hay que estar relajados, pero él se dio cuenta de que eso no era tan así. Hace falta cierta tensión entre los dedos y cierta presión contra los tejidos del paciente, sobre todo para lograr proyectarse. Tengo que igualar en mi mano la tensión del tejido que quiero escuchar. Además, tengo que acomodar la presión a la turgencia del tejido. Tomando un ejemplo de Viola Frymann, si quiero ver cuán maduro está un durazno palpándolo, tengo que ejercer la presión justa. Si no aprieto, si me quedo apenas recorriendo la piel, no me doy cuenta si está maduro. Si aprieto mucho, el durazno se rompe. Para distintas frutas en distintos estados de maduración, la presión a usar es distinta. La voy ajustando a medida que aprieto, de acuerdo a lo que siento.

Dice Frymann (1963): “Aquí está el secreto de la percepción y la utilización terapéutica de la potencia y la motilidad inherente manifiesta del cuerpo humano. Es la realización de la igualdad de acción y reacción y la sintonización del mecanismo dentro de los dedos, la mano y el brazo con las fuerzas internas del paciente”. Y un poco más adelante: “Si ajustas con cautela las fuerzas de tu mano a las fuerzas dentro de la fruta, te darás cuenta de su textura y madurez sin dañarla de ninguna manera”.

Mi cuerpo tiene que estar disponible, con presión y tensión suficientes para escuchar, pero no tanto como para inducir.

Esto, como todo, es relativo. La escucha es un diálogo, y, por lo tanto, incluye momentos de escuchar y momentos de hablar, e incluso momentos de interrumpir o de confrontar. No está mal inducir, pero debo estar consciente de cuándo escucho y cuándo hablo, cuándo induzco para escuchar y cuándo escucho para inducir.

Escuchar desde el centro

Para configurarme en modo escucha, lo primero es hacer un centrado físico y topológico. Ponerme en eje, conectar con mi propiosfera, sentir cómo mis límites se expanden más allá de mi epidermis. Reconocerme en toda mi extensión, que no termina en mi piel.

Dentro de esa expansión, localizar mi centro, sentirlo para darle unidad a mi red propioceptiva. Equidistarme a mí mismo al centro. Sentir el centro es un proceso transceptivo, vale decir que me ubico tanto en la posición de receptor como en la de transmisor. No solo recibo todos los estímulos dentro de mi propiosfera, sino que la ocupo, la lleno, colonizo todos sus espacios. La habito.

De la misma manera que me conecto con el centro, también tengo que sentir los límites de la esfera, sobre todo en lo que respecta a su indeterminación. La propiosfera es un campo que cambia el paradigma de interioridad/exterioridad. Si bien hay zonas que son claramente mi mundo interior y zonas que son claramente el mundo exterior, hay resquicios alrededor de los límites que son a la vez interiores y exteriores. Necesito conectarme con esos límites difusos. Sentir la propiosfera como un campo magnético, en el sentido que tiene una presencia física, pero sin bordes definidos.

Y finalmente, sentir el escenario que me rodea, porque la propiosfera me inserta en el mundo. No me puedo recortar del entorno circundante, sino que mis bordes se fusionan con él.

En resumen: antes de empezar a escuchar, ponerme en modo escucha sintiendo el centro, el espacio contenido en la propiosfera, los límites difusos y el mundo circundante, y la sensación que los atraviesa y los funde a todos, para acostumbrarme a la idea de que la identidad no tiene límites precisos.

Respirar

La respiración es el puente que une la vida con la materia. Cuando un bebé nace, lo primero que debe consumir es respirar, y en cuanto lo hace, cada uno de los procesos fisiológicos de su cuerpo se modifican instantáneamente. Cuando quiero recordar que estoy vivo, presto atención a mi respiración. Escuchar mi respiración es la primera entrada de la consciencia al cuerpo vivo que soy.

Por si todo eso fuera poco, gran parte de la escucha se basa en los ritmos. Casi me atrevería a decir que la escucha es la percepción de ritmos diferenciales. La respiración es el ritmo primal, aquel a partir del cual se evalúan y se diferencian todos los otros ritmos percibidos.

**LA ESCUCHA ES LA PERCEPCIÓN DE
RITMOS DIFERENCIALES.**

En la escucha, apoyo todos mis movimientos en mi respiración. Dejo que mi respiración proponga el ritmo. Cada vez que cambio de posición mis manos, o cambio el plano de proyección o la intención en la escucha, sincronizo el cambio con mi respiración. Separo la mano del cuerpo del paciente al final de una exhalación y la vuelvo a apoyar cuando empiezo la siguiente inhalación.

Las razones son coreográficas: seguir la respiración me brinda todas las características de una coreografía bien planteada: me da gracia, seguridad, serenidad y precisión.

Hay quien sugiere que el terapeuta debe sincronizar sus movimientos no con su respiración, sino con la del paciente. La verdad es que no tengo preferencias. A veces lo hago, miro el tórax o el abdomen del otro para decidir cuándo efectuar tal o cual movimiento, pero en realidad, muchas veces no representa ninguna diferencia, porque a esa altura nuestras respiraciones suelen ya estar sincronizadas.

A todo esto, igual que con el movimiento de las manos, no pienses en tu respiración. No la fuerces, no la enlentezcas ni la apures, no la hagas más profunda ni más imperceptible. Recordemos que la capacidad de moverse libremente no se trata del rango, sino de la facilidad del movimiento. Que sea ella la que guíe. Hay que dejar que tu respiración respire.

Foco y plano

El plano es la profundidad a la que dirigimos nuestra atención, y básicamente está definido por los tejidos mediadores, todos los tejidos del cuerpo del paciente a los que decidimos reclutar como propios, de manera de determinar una superficie de percepción que está más allá de nuestra piel.

El foco restringe un poco más el campo topológico de nuestra atención, dado que la ubica no solo en un plano, sino en un punto del plano. Este punto no es necesariamente acotado, sino que puede tener cierto volumen. Lo importante es que tenga unidad estructural. El foco puede estar en el hígado, o en uno de sus lóbulos, o en un punto particular de ese mismo lóbulo hepático.

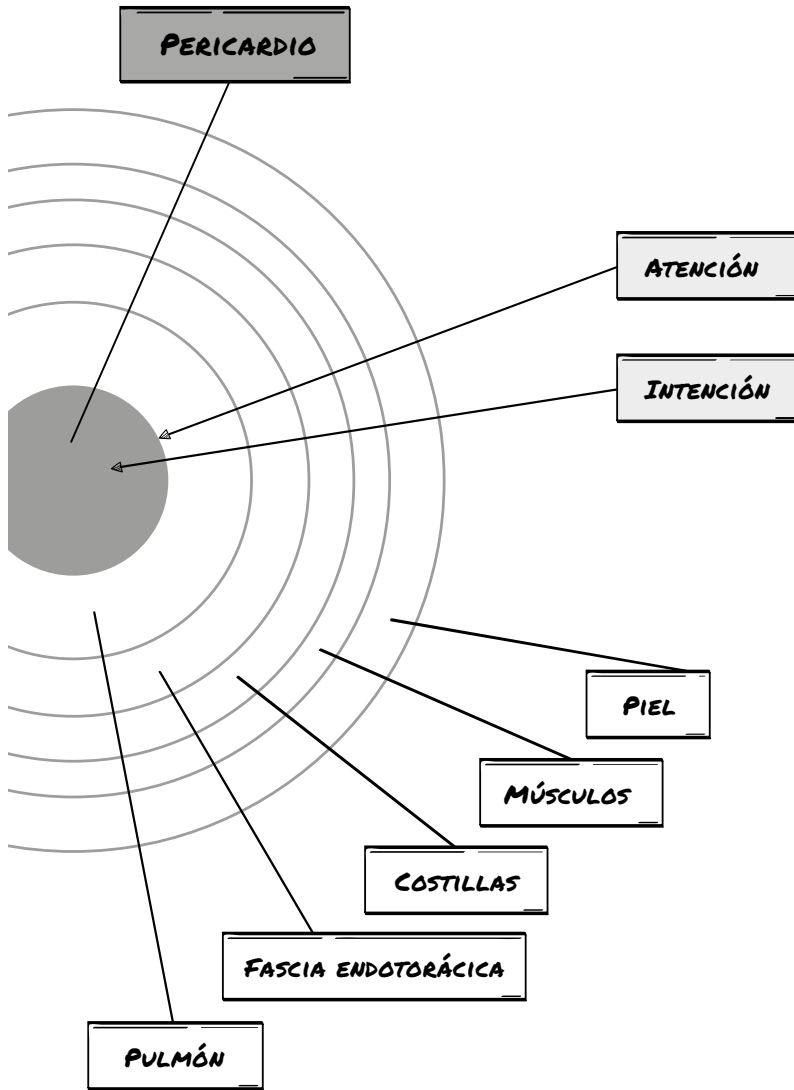
La mano sigue a los tejidos, y para eso la mantenemos unida al tejido para no deslizarse sobre él (a menos, claro, que esté intentando escuchar las propiedades del deslizamiento en sí mismo), pero no tan unida como para ejercer una resistencia y obstaculizar el movimiento del tejido.

La mano es una con el tejido, pero en dos sentidos distintos:

- En el espacio proximal al plano que deseo escuchar, la mano y los tejidos mediadores se convierten en una entidad, unificada en intención y enfoque, similar a cómo una pelota de baloncesto se convierte en una extensión de la mano que la sostiene. En este caso, los tejidos mediadores se incorporan a la mano. Todos estos tejidos se vuelven uno, tanto para la intención como para la atención.

- Al nivel del plano que estamos escuchando, la mano es una con el tejido en el sentido de que lo sigue. Sin embargo, la atención se centra claramente en el punto de contacto, haciendo que la mano y el tejido escuchado sean distintos en la conciencia del observador. En este caso, es la mano (y todos los tejidos mediadores) la que se incorpora al tejido escuchado. Estos tejidos son uno para la intención, pero para la atención, son dos. La atención se divide en dos en el plano destinatario: por un lado, la mano con los tejidos mediadores y, por el otro, el tejido escuchado.

Si, por poner un ejemplo, estamos escuchando el pericardio, todos los tejidos mediadores (costillas, fascia endotorácica, músculos pectorales, piel, etc.) se incorporan a la mano. Y luego toda esa masa tocante, que funciona como una sola cosa, se alía al tejido del pericardio para seguirlo, pero el foco de atención atraviesa todos los tejidos mediadores y se concentra en la superficie del tejido pericárdico.



Hay momentos en la escucha en que el foco y el plano no son espaciales, sobre todo en los últimos niveles de escucha, los que entran en relación con la expresión fluida del cuerpo. En algunos libros se habla de ampliar la escucha hasta el horizonte, y lo dicen literalmente. Para mí, esa instrucción es confusa. No tengo que llevar mi escucha lejos. Tengo que llevarla a ese lugar que no es ni cerca ni lejos, ese espacio que no es definido por dimensiones físicas, el centro inmóvil de un vórtice en permanente expansión.

El plano de la escucha que busco puede no ser solo la profundidad, sino el modelo interpretativo que proyecto, que no necesariamente es anatómico. Si estoy escuchando con un modelo de cuerpo fluido, por ejemplo, puedo recorrer distintos planos que no necesariamente representan capas de tejidos. Para casos más extremos, conozco osteópatas que para interpretar aquello que escuchan, utilizan un modelo cinestésico cromático, asignando distintos colores o matices a las sensaciones percibidas. Para ellos, el plano podría ser mantenerse en el color azul.

Intención

La intención debe ser precisa, y debe estar orientada, justamente, a escuchar. La escucha es un diálogo, y en un diálogo hay varias intenciones posibles que juegan en contra de la escucha y de las que me tengo que desembarazar: querer hablar, querer controlar, querer juzgar y querer entender. Cada uno de estos impulsos desvía el foco de la escucha hacia nuestras propias ideas preconcebidas o deseos, dificultando así un compromiso genuino con lo que se está comunicando.

Querer hablar: Muchas veces le contamos algo a otra persona y nos contesta con una opinión que es claramente algo que ya pensaba antes de hablar con nosotros, o con una anécdota personal vagamente relacionada, y tenemos esta sensación de que no nos está escuchando. Es algo que muchas veces notamos en nosotros mismos. Alguien nos está contando algo y de pronto se nos ocurre algo para decir, y esperamos, con cierta ansiedad, a que nuestro interlocutor nos dé un espacio para decirlo. Desde ese momento hasta que se produzca ese espacio y podamos decir lo que se nos ocurrió, todo lo que dice nuestro interlocutor se pierde en el vacío, o por lo menos no lo absorbemos como si de verdad estuviéramos escuchando. En ninguno de esos casos hay escucha. Uno habla, y el otro espera turno para hablar.

Si quiero escuchar, tengo que hacer silencio. Esto, que parece una tontería, es una realidad muchas veces olvidada. El que habla no escucha; el que está esperando para hablar, tampoco.

PARA ESCUCHAR, TENGO QUE HACER SILENCIO.

Querer controlar: De la misma manera, cualquier intención puesta en controlar lo que el otro me dice o cómo lo dice, no es escuchar. Para escuchar, tengo que entregarme. Esto es parte de la actitud de presencia, de la que vamos a hablar después.

Querer juzgar: Escuchar con la intención de juzgar nos coloca en una posición de evaluación en lugar de comprensión. Significa que me estoy escuchando a mí mismo. Escuchar es aceptar, acallar el censor interno. No se puede ser sensor y censor al mismo tiempo. Nada de lo que dice el otro está mal ni bien. Si es necesaria una instancia de juicio, vendrá después.

Querer entender: Si bien puede parecer contradictorio, escuchar eficazmente no se trata de comprensión inmediata. No puedo poner mi intención en entender. Entender es pensar, pero escuchar es sentir. Escuchar es anterior. Necesito desarrollar la paciencia para no apurarme a discernir y no poner la mira en los resultados. Tengo que poner la intención en buscar, no en encontrar. Cuando digo que debo vaciarme para escuchar, debo olvidarme también toda la anamnesis y toda la cadena etiológica que ya tenga parcialmente armada en mi cabeza.

Para contrarrestar esas cuatro posibles intenciones opuestas a la escucha, tengo que despojarme de expectativas y tengo que saber esperar. Olvidarme de hablar, controlar, juzgar, entender: todo eso pertenece a un momento posterior. En el momento de escuchar, todo eso mete ruido. Necesito despojarme para despejarme. Como dice Thich Nhat Hanh:

Para que las cosas se nos revelen, tenemos que estar listos para abandonar nuestras opiniones sobre ellas. (...) Por lo general, cuando escuchamos o leemos algo nuevo, simplemente lo comparamos con nuestras propias ideas. Si es lo mismo, lo aceptamos y decimos que es correcto. Si no es así, decimos que es incorrecto. En cualquiera de los dos casos, no aprendemos nada.

Para escuchar, tengo que poner la intención en el proceso, y no en el objetivo. No en sentir algo en particular, sino en conectar. En estar presente. En rendirme al proceso de diálogo. En prestar atención. El acto de escucha es autotético: el objetivo de escuchar es escuchar, y no curar, ni tratar, ni abrir, ni descubrir, ni entender.

Atención

La atención tiene que ser concreta, y quizás la forma más ilustrativa es decir que al momento de escucha, presto atención a la atención.

La atención no es lo mismo que el campo focal. El campo focal es un parámetro puntual, mientras que la atención es espacial, o incluso espacio-temporal. Puedo poner tanto el foco como la atención en una estructura o en un plano, y en ese caso ambos términos tienen más o menos el mismo referente. Pero puedo poner también la atención en un ritmo, como la respiración pulmonar, los latidos del corazón, el MRP, la marea media o la marea larga. Puedo poner la atención en una cadencia, un desplazamiento, un crecimiento, una liberación.

Por otra parte, el campo focal es eminentemente visual, y la atención no. Aun si cuando decimos “atención” tendemos a pensarlo visualmente, y nos viene la imagen de alguien dirigiendo la mirada hacia algún objeto, la atención táctil no tiene esa característica de direccionalidad. No es direccional, sino espacial, extensa, expansible. Es el contenido material de la intención. Tiene peso. Hay que sentir el peso de la atención.

Así como la atención es más amplia que el campo focal, es también más acotada que la consciencia. Consciencia es nuestra sensación del todo, y la atención es el reconocimiento de lo específico. La atención es un enclave de consciencia escaneando nuestro campo de percepción.

Cuando escucho, necesito sacar de mi mente todo lo demás. La actitud ideal es considerar la atención en el diálogo como en una meditación. Cuando medito, pongo toda mi atención en mi respiración (o en el mantra, el cuerpo, o el recurso que use). Cuando me distraigo y mi mente empieza a vagar por las cuentas que tengo que pagar mañana, vuelvo a tomar mi atención, sin juzgarme ni impacientarme, y ponerla en la respiración. De la misma manera, en la escucha mi atención está de lleno en lo que escucho; si mi mente se va, vuelvo al diálogo con los tejidos y refocalizo.

Así como las articulaciones del terapeuta no deben estar ni completamente tensas ni relajadas del todo, sino en ese estado intermedio de ‘disponibilidad’, de la misma manera la atención debe estar ‘disponible’. El terapeuta no debe ni buscar ni omitir. No debe ser ni poroso ni impermeable.

La intención debe colocarse fuera de la atención. Lo que se debe concentrar es la atención, y no la intención. Allí donde intención (in-tensión) es zambullirse en la tensión de lo percibido, atención (a-tensión) es discriminar su tensión. Es ser curioso y no distraerse. Observar sin absorber.

La atención, por otra parte, es el andamiaje que sostiene y estructura la relación con el paciente. En ese sentido, permítanme citar a dos autores. Maiese (2014) sostiene que “la atención no puede entenderse adecuadamente sin considerar su dimensión emocional”. Simone Weil, por su parte, dice: “La atención es la forma más rara y pura de generosidad”.

Paciencia

El osteópata debe saber esperar. Pero este esperar refiere solo al tiempo, y no a expectativas. Perseverar sin anhelar. Esperar sin esperar nada. Estar presente y disponible. El osteópata debe ser paciente.

Humildad

Sin humildad no hay escucha. El ego nunca escucha. La humildad en la escucha es la base para no sospechar, no esperar, no contestar y no imponer.

No sospechar: Sospechar es juzgar. Sospechar es un proceso del pensamiento, y si bien es parte del diagnóstico, es un paso posterior. En la escucha, escucho, sin dejar que intervenga el razonamiento.

No esperar: Si quiero escuchar, no puedo tener expectativas de obtener tal o cual resultado. Las expectativas nacen dentro de mí, no del paciente. Cuando escucho, solo recibo.

No contestar: La escucha verdadera se opone a una preparación de la respuesta: hace falta solo escuchar lo que se dice, abandonarse. Hay que escuchar, pero sin ofrecer soluciones. Escucho lo que el cuerpo del paciente dice, allí donde se traba le doy una mano como cuando alguien en una conversación se olvida una palabra y yo se la recuerdo, pero no tomo la palabra, dejo que sea el paciente quien sigue hablando.

No imponer: Este punto resume un poco los anteriores. En la escucha no puedo imponer nada. Sospechar, esperar y contestar son acciones que salen de mí. En una conversación, muchas veces tendemos a meter cosas nuestras,

cuando asociamos lo que el otro dice a algo que ya sé o que me pasó a mí. “Eso me hace acordar...” o “Te entiendo perfectamente...”. Cuando superponemos nuestra historia a la de quien nos está hablando, le negamos el derecho de ser distinto.

Humildad significa estar abierto. Apaciguar las dudas y ablandar las certezas. Ser lo menos mí posible. En esa mínima fase de existencia, lo único que hay de mí, es la presencia.

Es necesario ser lo más tenue posible. Si no, se corre el riesgo de guiar al que habla.

La manera de aprehender la humildad la podemos resumir adueñándonos de una frase de Rollin Becker: “Solo los tejidos saben”.

18. Factores y protocolos relacionales

La característica principal de la escucha, aquello que nos permite explorar al otro y descubrir modos de funcionamiento, mecanismos de protección y de compensación y disfunciones, y establecer el entorno para que el paciente vuelva a conectarse consigo mismo y recalibrar su neurocepción con una consciencia y afinación somáticas, es la fusión somática.

Esta fusión somática es un modo radical de vínculo entre dos personas, de manera que, para favorecerla, de la misma manera que hablamos de las actitudes y aptitudes del terapeuta, debemos también prestar atención y apuntalar ese vínculo.

Esto implica estar presente, respetar el cuerpo del otro, ser cordial en el contacto, adaptarse a las normas del diálogo y, sobre todo, recordar que la escucha se establece entre dos personas y que, por lo tanto, se propaga en ambos sentidos.

Presencia

Lo que define a la escucha en tanto acto es la presencia.

Como dice André Christophe (2014): “La escucha es una condición muy particular en la cual se da y se recibe al mismo tiempo”.

La presencia es quizás la componente más importante de la escucha. Se dice que la escucha es *aferencia*, solo recibir y, si bien esa idea tiene mucho de cierto, la práctica es más precisa si pensamos que la neutralidad se logra más fácil en la presencia que en la *aferencia*. Sé que eso que acabo de decir es contradictorio, pero voy a insistir en esta contradicción porque creo que funciona bien como orientación. Es más, permítanme exagerar esa contradicción para hacerla más contundente: la escucha es más presencia que escucha. O, dicho con otras palabras: si quiero escuchar, lo más importante no es escuchar sino estar.

LA ESCUCHA ES MÁS PRESENCIA QUE ESCUCHA.

Tengo que buscar presencia y no escucha. Escuchar es un proceso y un acto, pero no debo tener la intención ni en el proceso ni en el acto. La presencia no es un proceso, sino un estado. Mi intención tiene que estar en lograr un estado, y el proceso y el acto deben suceder solos, sin que yo los busque. La escucha comienza a suceder cuando me pongo en modo escucha.

No solo la escucha, sino toda la praxis clínica, necesita de la presencia. Para entender, tengo que estar presente. Para inducir, también. El vínculo con el paciente es impensable sin presencia.

Pero... ¿a qué llamamos presencia?

Presencia es la habilidad de estar con las cosas, sin necesidad de cambiar nada. Recibir sin accionar. Recibir por recibir en vez de recibir para accionar. Esta, que parece la habilidad más sencilla del mundo, requiere esfuerzos desacostumbrados.

Presencia es el punto de equilibrio entre ocupar el lugar del otro y no estar. Presencia es estar sin invadir. Se puede invadir sin tocar y se puede tocar sin invadir. La presencia es el fulcrum que permite que el paciente conecte con la parte de su cuerpo en la que estamos trabajando, pero manteniendo el estado parasimpático. Si no estamos, no hay conexión; si invadimos, despertamos una alarma simpática.

Presencia es justamente el límite entre invasión y ausencia. Esto es lo que se conoce como estado neutro.

La presencia no se puede enseñar. No basta con decirle a alguien que esté presente, ni que ese alguien nos haga caso y ponga intención en estar presente. La presencia es más que la mera intención de estar presente.

Si bien no se puede enseñar, se puede aprender. Y se aprende con la práctica. El osteópata, en su educación, debe dar preeminencia a brindar presencia. La escucha, luego, vendrá sola. Hasta me atrevería a asegurar lo siguiente: el origen de la capacidad de escucha es aprender a estar.

La presencia en la escucha debe ser una presencia tisular, y, por lo tanto, se provee con carga táctil. Una carga mínima, pero carga al fin. Sin carga no hay escucha. Sin embargo, esta carga debe ser neutra. Las manos deben adquirir y transmitir suavidad y seguridad al mismo tiempo. Eso es presencia. No un punto medio entre suavidad y seguridad, sino un toque que conserve las dos cosas.

En ese sentido, uno escucha lo que le resuena. Peter Szendy (2015), hablando del invento de la percusión corporal de Auenbrugger: «al practicar el golpe digital de la percusión o al escuchar las repercusiones de su auscultación, el médico que interroga el cuerpo lo despierta. Lo que podrá escuchar será lo que habrá sabido hacer resonar».

Estar presente significa, entre otras cosas, prestar atención a lo que no se dice, a lo que no tiene posibilidad de generar una interrupción atencional.

Uno de los sentidos de la palabra “presente” es el relacionado con el tiempo, y esto no es casual. Estamos presentes cuando nada nos lleva ni al pasado ni al futuro. Estar es estar aquí y ahora. El presente existe entre el pasado y el futuro. La presencia es inmediata.

Presencia es estar con el otro, pero también es estar conmigo. Para poder estar con el otro de verdad, primero tengo que estar conmigo de verdad.

Según Rollin Becker, hay dos cosas que afectan la presencia: las opiniones del terapeuta acerca de la condición del paciente, y las opiniones del paciente sobre su propia condición. Hay que bordear todas estas opiniones y esquivarlas.

Empatía

La fusión somática favorece una empatía somática. La empatía no es automática, hay que buscarla, pero la fusión somática la hace muy fácil. La fusión somática es condición necesaria pero no suficiente para esa empatía.

GLOSARIO: EMPATÍA

EMPATÍA: Modo de intencionalidad que permite acceder a la experiencia subjetiva de otra persona, con la conciencia de que la experiencia del otro es diferente a la propia. Es decir, la capacidad de ponerse en lugar del otro, de manera de percibir sus sensaciones y emociones desde su punto de vista particular para poder entenderlas como si uno fuera la otra persona, aunque sin llegar a confundir identidades.

Theresa Wiseman lista cuatro condiciones para establecimiento de la empatía:

- La capacidad de tomar la perspectiva de otra persona,
- No juzgar,

- Reconocer emociones en el otro, y
- Comunicar la comprensión de los sentimientos de esa persona.

Cualquier similitud con lo que vinimos proponiendo a lo largo de todo el libro, no es mera coincidencia.

Esto de “no juzgar” merece una aclaración. No juzgar no es contenerse de juzgar, sino adoptar una actitud de escuchar para entender. Si tengo la actitud, el juicio ni siquiera aparece, y no necesito reprimirlo.

Empatía es co-sentir, pero sin confundir identidad. Es una unión de sensación, pero no de identidad. Superposición de propiosferas, pero sin unir las. Como dos burbujas que se unen, pero mantienen cada una su identidad. Dos burbujas que se pegan forman una estructura que pierde su forma esférica y forman una entidad binaria. Ninguna de las dos tiene la forma que tendrían si están separadas, pero tampoco se funden en una sola burbuja.

El estado de escucha es también un acto relacional. El proceso, el estado y el acto tienen sus desarrollos y desmantelamientos, pero esas etapas se mezclan. Por eso en los momentos de establecimiento del estado de escucha hay momentos que son relacionales (sintonizar, etc.).

Respeto

Escucha es la conjugación del esquema corporal propio y el ajeno. En la fusión somática me apropio del esquema del otro, pero sin colonizarlo. No me atribuyo el cuerpo en sí, sino la perspectiva que el cuerpo del otro tiene de sí mismo.

El cuerpo del otro es del otro.

Esta regla es tan fundamental que la voy a decir dos veces.

El cuerpo del otro es del otro.

Esa afirmación quizás parezca una obviedad, y ojalá que lo sea, pero veo muchos terapeutas (incluido yo mismo) que de vez en cuando se la olvidan o no la toman lo suficientemente en serio. El cuerpo fue objetivizado tantos siglos por la práctica médica, que existe en la actualidad un contexto donde tenemos internalizada esta concepción del cuerpo como un objeto y no como un otro, y al creer que sabemos cuál es la mejor técnica objetiva nos olvidamos de que el otro elige y arma sus propias políticas corporales.

Como dice Leder (2008): “El toque cosificador puede exagerar la sensación de alienación del cuerpo del paciente. Se le pide que se quite la ropa;

exponer la carne para sondear, apretar, pinchar y medir, todo en busca de características patológicas. Si bien es clínicamente revelador, esto puede ser personalmente alienante, lo que confirma la sensación del paciente de tener un objeto angustiosamente defectuoso por cuerpo. No es simplemente el yo-cuerpo, sino la relación yo-otro lo que puede ser perturbado aún más por el tacto objetivador”.

Existe cierto debate entre terapeutas somáticos acerca de dónde está el límite a lo que se puede hacer, en particular en cuanto al dolor. La pregunta sería: si yo estimo que tal técnica ayudaría al paciente, pero resulta ser dolorosa... ¿debo seguir o detenerme? La pregunta no apunta a esos casos en que el dolor me está indicando que la técnica no es la adecuada en ese momento. En ese caso, es claro que debo detenerme y buscar alguna técnica alternativa. El caso problemático es cuando el terapeuta sabe o cree saber que la técnica rendirá efectos buenos aun si produce dolor. Supongamos un caso trivial y poco crítico. Una de las técnicas para relajar los músculos suboccipitales consiste en colocar los dedos bajo la nuca del paciente y sostenerlos ahí, dejando que el simple peso de la cabeza ejerza una presión. Si el paciente tiene contracturas en esos músculos, o en el trapecio que los cubre, la posición suele ser levemente dolorosa. Así y todo, sabemos que la técnica es efectiva a pesar del dolor. En ese caso, el terapeuta sabe que continuar con la técnica dará buenos resultados, pero el paciente puede sentirse incómodo por el dolor y querer detenerse. ¿Qué hacer?

Para mí la respuesta es obvia: el límite lo decide el paciente. Nuestro deber como terapeutas es informarle los efectos y lo que queremos lograr, y que el paciente decida. Basará su decisión en el dolor o en cualquier otra razón que ni siquiera necesita aclarar. Si el paciente quiere que no hagamos algo porque le duele, le molesta, le incomoda, le da vergüenza o sencillamente no le gusta, tenemos que buscar otro procedimiento.

Tanto como el tratamiento, la escucha debe ser consentida. Antes de empezar una sesión, le aviso al otro que su cuerpo es suyo, que si algo de lo que hacemos le duele, le molesta, le incomoda o sencillamente no le gusta, me avise y busquemos otro modo. Durante la sesión, lo repito una o dos veces. Cada vez que voy a centrarme en alguna zona del cuerpo que podría ser sensible, le aviso lo que quiero hacer, quizás lo represento en alguno de los modelos anatómicos de plástico que tengo por ahí, y espero su consentimiento. Si el paciente no quiere que entremos en contacto con alguna parte de su cuerpo, siempre hay maniobras alternativas que respetan el derecho corporal del paciente.

No hablo solo de una cuestión de eficacia. Es cierto que si el paciente se siente incómodo la escucha se verá afectada, y en consecuencia también el diagnóstico y el tratamiento, pero no es eso lo que quiero plantear, porque

el criterio de efectividad es éticamente incorrecto y obsoleto, dado que se basa en la objetivación corporal y la posición de experto del terapeuta que le brinda la capacidad de decidir sobre el cuerpo del otro. La soberanía corporal del otro es anterior a cualquier cuestión de eficacia. Lo importante es una cuestión política: yo no tengo poder sobre el cuerpo del otro.

Algunas zonas pueden ser íntimas, y el paciente se siente invadido si entramos en contacto. Entre ellas están por supuesto las zonas eróticas y semieróticas (boca, muslos, abdomen) pero también áreas que el paciente en particular siente como íntimas. Hay pacientes que se incomodan si les tocan el cuello, la cabeza o los pies, o alguna otra parte que a mí me puede parecer inocua. Hay que recordar que el contacto corporal puede significar cosas diversas para distintas personas. Hay quien se siente amenazado o nervioso, quien puede revivir abusos o enfermedades, puede ser enervante o incluso sexual.

Con todos los cuidados que tengo, evitando zonas comúnmente erógenas y pidiendo consentimiento para abordar zonas que podrían ser erógenas o molestas, así y todo, me ha sucedido que algún paciente me pida que me mantenga lejos de tal o cual parte de su cuerpo. Esa parte puede ser cualquiera, así que hay que estar atentos. Creo que ningún paciente me negó la posibilidad de meter un dedo dentro de la boca o apoyar el talón de la mano en el isquion o en el sacro, pero sí me han sorprendido pidiéndome que no les toque el cabello o la nuca o las rodillas. No hay que confiar en nuestro propio escalafón político corporal; el modelo privado que el paciente tiene de su cuerpo puede ser distinto.

Siempre hay que avisarle al paciente que su cuerpo es suyo y puede decidir. La posición de experto o la supuesta objetividad médica no me da derecho a invadir al paciente. Tengo que reafirmar al paciente en su derecho de decirme que no haga tal o cual cosa, o de pedirme que suelte el contacto.

Aquí hay que hacer una salvedad. Existe una delgada línea entre lo que el paciente no quiere que le toquen por una política corporal propia y lo que no quiere que le toquen porque lo está protegiendo como parte de su sintomatología actual. A veces, para desarmar una disfunción hace falta transgredir la barrera que pone el síntoma, pero hay que estar seguro de que estamos transgrediendo el síntoma y no la personalidad.

Es una línea delgada porque a veces el síntoma es tan antiguo y está tan arraigado que se transforma en parte de la personalidad. Este es un caso particular de un caso más general que veremos en un libro próximo, pero que puedo resumir así: a veces desarticular un síntoma es más nocivo que dejarlo.

Cordialidad

Esto es muy importante: no hay que olvidarse que en toda escucha hay dos personas: el que escucha y el que habla. No olvidarse del paciente. Estamos poniendo las manos sobre el cuerpo del paciente, y ese cuerpo es para él el lugar más sagrado. Ese cuerpo es un cuerpo vivo. No ponemos la mano en un cuerpo, sino en una persona.

Recuerdo un consejo que nos daban los profesores de los primeros años de la facultad: no tocar si no es para diagnosticar o para tratar. Si vamos a tratar el hombro, tocamos el hombro. Si después vamos a tratar el codo, tocamos el codo. Pero nada de en el medio tocar la panza porque sí. Que estemos tocando al paciente no quiere decir que podamos tocarlo porque sí. Cuando lo tocamos, lo tocamos con una intención, ya sea escucha, diagnóstico o tratamiento, pero nunca debemos olvidarnos de que el cuerpo del paciente es sagrado.

Cuando escuché ese consejo, me encantó. Me pareció razonable, justo y empático. El cuerpo del paciente es sagrado. Se nos permite tocar algo sagrado, pero sigue siendo sagrado. Tocamos cuando haga falta, y cuando no hace falta no tocamos. Y si tocamos, es siempre con intención y con respeto. Hay que tocarlo sin desacralizarlo.

Pero ese iba a ser uno de esos consejos ambiguos, que veo transgredidos todo el tiempo. Primero, por ejemplo, porque veía profesores tocando el cuerpo del paciente entre maniobra y maniobra. Así y todo, aunque era claro que no encajaba con el consejo, no me parecía un toque desubicado. Era un contacto amable, y a pesar de no ser parte del tratamiento, no me parecía que estuviera mal.

Segundo, porque muchas veces, cuando empecé la clínica, yo mismo me descubría tocando al paciente en medio de la nada, y esas veces me parecían necesarias, aunque no me daba cuenta por qué.

Me llevó un tiempo darme cuenta de que la indicación de no tocar si no es para diagnosticar o para tratar seguía siendo válida, pero había cuatro excepciones, y esos cuatro casos excepcionales eran importantísimos. No eran simplemente toques *tolerados*, sino que eran *necesarios* para apuntalar la relación con el paciente de una manera fundamental.

1) Pedir permiso

En primer lugar, puedo tocar para pedir permiso.

Recuerdo un curso en la universidad. El profesor mostraba una técnica.

Tenía un estudiante sentado en la camilla. El docente estaba sentado detrás para efectuar unos trazos sobre las lumbares. Antes de ir a las lumbares, el profesor levantaba una mano, la apoyaba apenas en el hombro del alumno, y hacía un pequeño -pequeñísimo- gesto como para que el alumno se pusiera más derecho. Siendo ayudante, tuve la ocasión de verlo haciendo eso muchísimas veces. Siempre hacía lo mismo, independientemente de si el alumno estaba torcido o no. Hasta que un día tuve que mostrarle yo a unos alumnos cómo se hacían los trazos, y me descubrí haciendo el mismo gesto que hacía el profesor, y en ese momento sentí en el cuerpo lo que acababa de hacer y tuve una revelación: ¡estaba pidiendo permiso!

El profesor lo hacía inconscientemente, pero tantos años de práctica habían hecho que su cuerpo supiera que antes de entrar a trabajar en las lumbares tenía que pedir permiso al cuerpo del paciente, y la forma era esa: un gesto pequeñísimo como para establecer una conexión y esperar una confirmación del cuerpo del paciente.

Lo que hace el osteópata es pedir permiso. Pedir permiso a los tejidos. Es un toque mínimo, quizás acompañado de unas palabras.

El permiso debe otorgarse en varios niveles. En mis clases el contacto es fundamental, por lo que ya en el aviso de difusión hay una advertencia de que los participantes experimentarán cierto contacto corporal a menos que soliciten una exención. Al inicio de la clase, pido permiso a los presentes, garantizando que cualquier contacto sea fluido, respetuoso y cariñoso. Les aseguro que el contacto no afectará áreas sensibles del cuerpo, y les pido que comuniquen si tienen áreas sensibles personales distintas a las habituales. Durante la clase, antes de tocar a una persona, volveré a pedir permiso verbalmente, y una vez que me lo otorgue, mis tejidos físicamente piden permiso a sus tejidos (hay una manera particular de entrar en contacto). Y siempre que cambio la posición de mis manos, mi enfoque o mi intención, vuelvo a pedir permiso, tanto verbal como físicamente. Incluso pido permiso para sacar mis manos.

2) Continuidad, o afirmar la presencia

En segundo lugar, puedo tocar para mantener el contacto.

Supongamos que estoy trabajando en una maniobra de peritoneo con palanca larga. Estoy de pie a un lado de la camilla y muevo las piernas del paciente con una mano mientras con la otra hago un anclaje sobre el abdomen. Termino de ese lado y voy a trabajar del otro, y mientras doy la vuelta alrededor de la camilla, mantengo una mano sobre las rodillas.

Esa mano es para mantener el contacto. Podría pensarlo también de esta manera: esa mano es para no tener que pedir permiso de nuevo. Si suelto el

contacto, doy la vuelta a la camilla y luego voy a tomar de nuevo las piernas del paciente, tengo que volver a pedir permiso.

Esta situación es análoga a cuando estoy conversando con alguien y me suena el teléfono. En esa situación, lo desactivo para poder continuar la conversación sin que me interrumpa, pero antes de levantar el teléfono a mi vista y tocar lo que tenga que tocar para desactivarlo, le aviso a mi interlocutor lo que voy a hacer, algo así como “perdón, dame un segundo, voy a desactivar el teléfono”. Cuando termino, seguimos la conversación. La mano que no se levanta del cuerpo del paciente cumple una función similar: “perdón, dame un segundo, voy a dar la vuelta a la camilla”.

De la misma manera, si estoy trabajando en el codo y voy a trabajar en el hombro, muchas veces es mejor ir del codo al hombro manteniendo el contacto con la piel en lugar de levantar la mano en el codo y volverla a apoyar en el hombro. Esto es porque el momento de entrada en el tejido es el más violento y el que más hay que cuidar.

Por supuesto que esto no es absoluto. Habrá veces, dependiendo de la distancia, de las estructuras intermedias u otros factores circunstanciales, en que es mejor levantar la mano, pedir permiso de nuevo y volver a bajar. Por ejemplo, si voy de un aductor mayor al aductor mayor del otro lado, donde mantener el contacto implicaría pasar por la entrepierna, o del tobillo al cráneo, donde el recorrido es demasiado largo. Lo importante es saber que, a veces, es importante tocar para mantener el contacto.

3) Agradecer

En tercer lugar, se puede tocar para agradecer. Luego de una escucha o de una maniobra, agradezco a los tejidos del paciente que me hayan dejado entrar, que me hayan dejado ayudarlos y que me hayan prestado atención. Agradezco con el contacto. Es un pequeño toque. Antes de sacar la mano, hago un mínimo cambio de presión. La intención de ese toque es agradecer, y sé que los tejidos me entienden.

4) Despedida

En cuarto lugar, yo hago un toque apenas más largo al final de la sesión, al mismo tiempo que aviso verbalmente que ya terminamos. Es una despedida. Esta despedida es también un agradecimiento. Es como un agradecimiento, pero global. A veces lo que hago es tomar la mano del paciente o posarle una mano en el vértex craneal o en la frente mientras le aviso que terminamos.

Me gusta pensar estos cuatro toques como signos de puntuación en nuestro diálogo con los tejidos. El toque de permiso es como una mayúscula: *vamos a empezar algo*. El toque de continuidad es como una coma: *parece que terminamos, pero era solo una inflexión*; seguimos. El toque de agradecimiento es un punto: *terminamos esta parte y ahora vamos a empezar otra cosa*. El toque de despedida es el punto final.

Lo importante es lo siguiente: la escucha es una interacción entre dos personas. Es un diálogo de mis tejidos con los tejidos del paciente, y ese diálogo se da en el acto del contacto. Todos y cada uno de los contactos debe tener una función en esa relación: es para escuchar (diagnóstico), hablar (tratamiento), o apuntalar el diálogo mismo (pedir permiso, afirmar la presencia, agradecer, despedirse).

Esto podría resumirse de esta manera violenta: no debo tocar ni de más ni de menos. Pero... ¿qué sería tocar de más o de menos? Podríamos decir que tocar *de más* es cualquier contacto que no cumple una función en el diálogo clínico, mientras que tocar *de menos* sería no consumir alguna intención que se sabe o intuye. Debo evitar ser táctilmente insolente o huraño.

Protocolo

Así como respetamos las normas gramaticales del diálogo, también debemos respetar una serie de normas conductuales: no interrumpir, no irse, advertir los posibles cambios de acción, no invadir.

No interrumpir: Cuando tenemos las manos sobre el cuerpo del otro, escuchamos. Mientras el cuerpo nos hable, mientras haya cosas para escuchar, escuchamos. No imprimimos movimiento, ni probamos de acomodar tal o cual hueso, ni buscamos aflojar una contractura. Tampoco usamos nuestra voz, excepto para pequeñas alocuciones de reconocimiento, como cuando en un diálogo decimos que sí, o ajá, o asentimos con la cabeza. La consigna es no interrumpir. Mientras el otro habla, no hablamos, sino que escuchamos.

No irse: De la misma manera, mientras el otro habla, es de mala educación irse. Solo deberíamos sacar las manos cuando estemos seguros de que el cuerpo del otro dejó de hablar.

No invadir: A veces el tejido nos pide que nos vayamos. Si es así, nos vamos. ¿Cómo me doy cuenta de que me pide que me vaya? Imposible explicarlo con palabras, pero puedo asegurar que se siente. Lo importante es saber que existe la posibilidad, y estar preparado para detectarla cuando suceda.

El tejido a veces es incluso más quisquilloso. A veces el tejido necesita que nos vayamos de a poco, o que nos quedemos apenas tocando, o en la misma posición que teníamos, pero sin contacto.

Hablar

Las recomendaciones sobre la escucha corporal muchas veces se confunden con las de la escucha verbal, y está bien que sea así. Gran parte del tratamiento depende de la escucha verbal, de escuchar lo que el paciente *recita*. Nos vinculamos con el paciente por dos canales: escuchamos las estructuras anatómicas del paciente a través de nuestras manos y, a la vez, escuchamos la voz del paciente a través de nuestros oídos. En ambos casos, los tejidos del paciente se comunican con nuestros tejidos. Las dos son parte del mismo diálogo, aunque la vía sea distinta. Las aptitudes y actitudes favorecedoras de la escucha sirven tanto para la escucha manual como para la escucha auditiva, porque no hay una escucha manual y una escucha auditiva, sino que son dos aspectos de la misma escucha.

La escucha empieza en la anamnesis. Todas nuestras sugerencias sobre la escucha táctil (presencia, intención, silencios) deben aplicarse a la escucha auditiva también. Empatía, no hablar, escuchar silencios, ser aferente, todas esas propiedades mejoran la escucha verbal. De hecho, son propiedades de lo que se conoce como escucha profunda.

Este tipo de escucha tiene muchas bondades: predispone a la empatía, genera intimidad, promueve seguridad. Y es, incluso, terapéutica en sí misma. Y ya que estamos en modo escucha, y que entablamos con el paciente una relación de escucha, aprovechemos el entorno, el estado de consciencia, las actitudes y protocolos para la escucha palpatoria, y adaptemos también la escucha verbal. Si lo hacemos, la anamnesis será más fácil, pero sobre todo el tratamiento será más efectivo gracias a la empatía, la seguridad, la intimidad. Esto podría resumirse en un concepto sencillo: No ser paternalistas. No dar consejos. No hablar, sino escuchar.

La escucha ocupa la mayor parte de la sesión. Diría que el tiempo de sesión es 15% anamnesis, 60% examen físico (que, a medida que uno gana experiencia, se transforma casi todo en escucha), y 25% tratamiento propiamente dicho⁶⁶. La palabra hablada debería ocupar una proporción similar, sobre todo si tenemos en cuenta que lo que se le dice al paciente y cómo se lo dice afecta a la escucha. El osteópata debería ser hablante solo del 25% de

66 Digo “tratamiento propiamente dicho” porque la escucha también trata.

la conversación, y no solo en cuanto al tiempo, sino sobre todo en cuanto al contenido. La mayor parte de ese hablar debería consistir en preguntar. El buen terapeuta es el que hace buenas preguntas.

La escucha necesita no decir, y eso es válido también para la palabra hablada. Podemos, por supuesto, verbalizar algunas cosas, pero siempre teniendo en cuenta dos cuestiones: primero, que en el momento que empezamos a hablar dejamos de escuchar, y segundo, que lo que digamos puede influir en el diálogo con los tejidos. Sobre todo, hay que recordar que lo que nos hace osteópatas es la escucha, y no el habla.

La indicación fundante del tratamiento osteopático es: intervenir lo menos posible, no hacer de más, liberar lo que está trabado y dejar que el cuerpo actúe. Esa exhortación incluye a la palabra hablada. Emitir una opinión no solo es no escuchar, sino que es lo contrario del tratamiento osteopático. En el momento que le indicamos al paciente qué hacer o dejar de hacer, qué comer, cómo encarar su vida, dejamos de ser osteópatas. Tenemos que entender que toda oferta de opinión nace de la idea de que sabemos más que el paciente.

Entonces... ¿no puedo intentar influir sobre un hábito que me parece nocivo? Claro que puedo, pero sin guiar, sin introducir mi propia fuerza en el ecosistema del paciente. La mejor manera de influir, por lo menos desde la osteopatía, es escuchar. Puedo preguntar, y luego escuchar. Ya lo dije, pero lo repito: el poder del osteópata está en la escucha.

El terapeuta debe hablar solo por los mismos motivos por los que toca: para preguntar, pedir permiso o agradecer. La palabra hablada permite una sola figura más: explicar, que sería traducir a lenguaje lo que sucedió en el cuerpo.

Frases y elipsis

Escuchar no es solo prestar atención a lo que se dice. Una parte importante -y quizás una de las más importantes- es escuchar lo que no se dice. No me refiero a lo que debería decirse, pero se oculta (eso es otra cuestión), sino simplemente a los silencios.

Los músicos saben que un silencio no es una ausencia, sino una pausa que le da fuerza a las notas ejecutadas. Escuchar es sentir los movimientos, pero también la quietud. Hay que escuchar la quietud.

De manera que, una vez en la escucha, tengo que escuchar las frases y los silencios, pero también tengo que escuchar las elipsis por debajo de las frases. Silencio y elipsis son conceptos cercanos, pero no son lo mismo. Si-

lencio es el momento en que el cuerpo no habla; elipsis es lo que el cuerpo no dice, aun cuando esté hablando.

La realidad es que el cuerpo nunca no habla. Escuchar los silencios y las elipsis no es tratar de descubrir qué es lo que el cuerpo no está diciendo, y menos aún tratar de vislumbrar si el cuerpo está ocultando algo. Esa investigación vendrá después, pero no es parte de la escucha. De la misma manera que dijimos que la escucha es no pensar y no tratar de entender, escuchar los silencios es simplemente eso: escucharlos. Notar que están ahí y asignarles un lugar en el diálogo.

Transferencia

Es necesario prestar atención a la posición que el terapeuta ocupa en la constelación familiar del paciente. Si el paciente me dice «mi papá debe tener tu edad» o algo similar, me está identificando con el padre. Si tiene una relación problemática con el padre, por ejemplo, si le tiene miedo, tengo que representar un papel resignificando esa situación: tengo que ser un padre cercano. En ese caso, no puedo hacer *thrusts*. Tampoco puedo ser paternalista.

No solo debo estar atento a la transferencia para evitar simbolizaciones nocivas o disparadores psicósomáticos: la transferencia es una herramienta más y, por lo tanto, una vez reconocida y catalogada, la uso con intenciones diagnósticas o terapéuticas. Pero esto es parte de otra investigación.

Contraescuchas

La escucha es un acto de diálogo, un acto de tacto y un acto de vínculo.

Hay que tener presente que, si siento un cuerpo con el tacto, el cuerpo que siento también me siente. No puedo escuchar sin ser escuchado. De manera que mi acción de escuchar condiciona al cuerpo que escucho. Lo que dice un cuerpo cuando escucho no es nunca lo mismo que dice cuando no escucho. «Tocar» significa a la vez sentir y afectar.

Es necesario tener en cuenta que el otro no solo habla, sino que a veces *nos* habla. Nos habla directamente a nosotros porque sabe que estamos escuchándolo. Es decir, el acto de escucha puede modificar lo que el otro dice. A veces lo que escuchamos es algo que el otro no diría si no estuviéramos escuchando.

**EL OTRO NO SOLO HABLA.
A VECES NOS HABLA.**

Cuando veo a alguien, veo lo que esa persona es, o por lo menos cómo se muestra al mundo. Cuando escucho a alguien, no escucho algo objetivo, sino que escucho lo que esa persona elige decirme, a mí en particular, en este momento, en esta instancia de relación. Esa elección puede ser consciente o inconsciente.

De la misma manera, a veces el otro calla porque estamos escuchando. El cuerpo puede ocultar cosas cuando se siente escuchado.

La palpación no busca lo que el tacto de los dedos del terapeuta puede descubrir, sino lo que el cuerpo del paciente comunica a través de ese contacto (Liem, 2020). La escucha no es una búsqueda ni una lectura, es un acto de diálogo.

Debemos recordar que lo que escuchamos no es la verdad, sino un acto de habla. En principio, no estamos percibiendo una imagen cruda de la realidad, sino la interpretación de la realidad que hace el otro y luego expresa. Por otro lado, el acto de habla tiene una intención. A veces, por ejemplo, al posar la mano sobre el abdomen, los músculos se contraen ligeramente. Esa contracción responde al contacto de la mano: está protegiéndose de ella. Hay que reconocer que la escucha es un diálogo, y que al establecer un canal de escucha se establecen sin quererlo muchos otros.

No hay que olvidarse que la escucha es en realidad un diálogo entre los tejidos. El acto de escucha no es unidireccional. La idea de diálogo desarma la noción dualista de que la dinámica central en el encuentro terapéutico es la mente del médico trabajando sobre el cuerpo del paciente. La fusión somática establece un canal no ordinario de comunicación entre tejidos. En este diálogo hay dos que escuchan, el terapeuta y el paciente, y dos escuchados, también el terapeuta y el paciente.

La escucha de la que venimos hablando por páginas y páginas es la del terapeuta que escucha al paciente. Pero, como vemos, hay también una escucha del terapeuta a sí mismo, que llamamos introspección, una escucha del paciente al terapeuta, que llamamos contraescucha, y una escucha del paciente a sí mismo que llamamos consciencia somática.

| | | Qué escucha | |
|---------------|--------------|---------------|------------------------------|
| | | AL TERAPEUTA | AL PACIENTE |
| Quién escucha | EL TERAPEUTA | Introspección | La escucha propiamente dicha |
| | EL PACIENTE | Contraescucha | Consciencia somática |

La escucha (Paciente -> Terapeuta)

En la escucha propiamente dicha, el terapeuta escucha al paciente con el objeto de efectuar a posteriori un diagnóstico, no solo del síntoma, la enfermedad o la disfunción, sino de todo el funcionamiento psicofísico de la persona. Esta es la escucha de la que venimos hablando en todo el libro.

La contraescucha (Terapeuta -> Paciente)

Así como yo escucho al paciente, el paciente me puede escuchar a mí. No nos olvidemos que el tacto es un sentido bidireccional: no se puede tocar sin ser tocado. Al abrir nuevos canales de conexión por donde facilitar una escucha aumentada, los abro tanto para mí como para el paciente.

Esto es importantísimo: no olvidarse que el paciente también me escucha. Esto tiene consecuencias para ambos. El que escucha a la vez escucha y es escuchado, y a la vez abre y es abierto. El terapeuta tiene que ubicarse en el medio de las dos escuchas y, a pesar de todo lo que hace, convertirse en un fulcrum inmóvil.

No confundir contraescucha con inducción. Ambos implican el flujo de información desde el terapeuta hacia el paciente, pero usamos el término “inducción” de una manera específica, cuando el terapeuta pone la intención en influir al paciente. No obstante, es importante tener en cuenta que puede producirse una especie de inducción aun cuando el terapeuta no ponga intención, gracias al fenómeno de la contraescucha. La contraescucha puede producir un resultado similar a una inducción, aunque sin intención en buscarlo.

Cuando escucho, establezco las condiciones para que el paciente escuche. Que me escuche a mí y también a él mismo sin diferenciarnos demasiado, porque él también está en fusión somática.

El paciente necesita sentirse aceptado y sentirse seguro, y en esta contraescucha es donde se torna fundamental la ofrenda de la presencia. Si me siento incómodo, inseguro o a disgusto, eso influirá en la escucha.

La afinación somática (Paciente -> Paciente)

En el acto de escucha, el paciente también se escucha a sí mismo. Al abrir los canales de percepción, el paciente logra escucharse a sí mismo de una manera que habitualmente no hace.⁶⁷ Esto es importantísimo, y usamos este conocimiento para desarrollar una de las herramientas terapéuticas más importantes: la afinación somática. Está más relacionada con el tratamiento que con la escucha en sí misma, y ya hablaremos de la afinación somática en un próximo libro.

Por ahora, sepamos que tengo que sincronizar mi escucha con el habla del otro, ser perceptualmente uno, no solo para mejorar mi escucha sino también la del paciente, y con eso amplificar su consciencia somática.

La introspección (Terapeuta -> Terapeuta)

En la escucha, el terapeuta también se escucha a sí mismo. Después de todo, lo que está haciendo es poner toda su atención en sus intero y propioceptores.

Como dice Liem (2017): “La verdadera sincronización con los niveles más profundos del ser en otra persona exige una auténtica conciencia del simple ser por cuenta propia”.

Esta introspección tiene muchas consecuencias que no me voy a detener a elaborar aquí, no porque no me parezcan importantes, sino más bien todo lo contrario: son demasiado importantes para los límites de este texto.

Conclusión

Intención, atención y presencia son bases fundantes del vínculo. Pensamos que gran parte de los traumas emocionales infantiles tienen que ver con una anomalía, sea en intención, atención o presencia de los padres. Una intención anómala genera o cataliza un abuso, sea emocional, sexual o físico. Una atención anómala, unos padres que prestan demasiada o demasiado poca atención, o con el foco en el lugar equivocado, determina niños malcriados o desatendidos. Dado que la presencia es el equilibrio entre invadir y no estar, una presencia exagerada es invasiva (padres violentos), y una presencia escasa es vacía (padres ausentes).

⁶⁷ También en este sentido soy un fulcrum para que el paciente se escuche.

En la sesión, la dosificación de estos tres ingredientes funda el vínculo entre paciente y terapeuta. Simpatiza, sintoniza y sincroniza.

Así como dirección, masa y velocidad son las variables del moverse, intención, atención y presencia son las tres dimensiones del estar.

El paciente con dolores o molestias está en estado de vulnerabilidad, que se exagera al ponerse a disposición del osteópata. Como terapeutas, nuestro primer deber es ofrecer una relación en la que pueda renegociarse la intimidad y no transgredir la vulnerabilidad. El contacto brinda intimidad. Esto es obvio, pero muchas veces se olvida.

En la sesión, el contacto con el cuerpo genera intimidad con alguien que está en una posición vulnerable. Aunque parezca mentira, esto también se olvida. No es banal que hayamos hecho tanto hincapié en pedir permiso y estar presente para el otro. No tocamos un cuerpo, sino que tocamos un otro. Un otro que además está vulnerable. Un otro que además se entrega a nosotros. Toquemos con cuidado. Sin miedo, con presencia, pero con cuidado.

La presencia, disposición, respeto, atención y humildad del terapeuta son básicas no solo para potenciar la capacidad de escucha, sino sobre todo para establecer una relación donde la intimidad no implique vulnerabilidad.

VII

LA ESCUCHA COMO LEGITIMACIÓN PARADIGMÁTICA

19. Los principios osteopáticos y la falacia descriptiva

La falacia descriptiva

Existen autores que aseguran que los principios de la osteopatía son perogrulladas aceptadas también por los médicos convencionales, y a partir de esa premisa desaprueban la misma existencia de la osteopatía. El razonamiento sería algo así: dado que los principios son los que definen una disciplina, si los médicos convencionales reconocen como verdaderos los principios de la osteopatía, no existen razones para que la osteopatía exista como disciplina independiente de la medicina convencional. El problema de esta crítica es el enfoque: los principios no son una descripción de la realidad, sino una orientación para la praxis. Esta confusión es un ejemplo de lo que J. L. Austin (1955) llama una “falacia descriptiva”.

La teoría de actos de habla de Austin diferencia dos tipos de enunciados: los constatativos y los performativos. Los constatativos son aquellos que describen el mundo, y pueden juzgarse según su valor de verdad. Los performativos modifican la realidad social que describen, y no pueden evaluarse en términos de verdad o falsedad. Ejemplos de enunciados performativos son “le dejo mi reloj a mi hermano” (escrito en un testamento) o “te apuesto a que mañana llueve”. Si alguien justifica alguna decisión citando el lema “el fin justifica los medios”, no tiene sentido intentar contradecirlo mostrando estadísticas de casos donde esa frase no sea verdad.

En ese contexto, la falacia descriptiva consiste en tomar enunciados performativos como si fueran constatativos; en particular: juzgarlos según su valor de verdad, cuando su importancia es prescriptiva.

En el caso de los principios de la osteopatía, tres de los artículos más citados que caen en esta falacia son los de Howell (1999), Gevitz (2006) y Tyreman (2013), que llegan a las siguientes conclusiones:

Howell (1999): “Muchas personas -incluso osteópatas- se preguntan qué ofrece la osteopatía que sea distintivo”.

Gevitz (2006): “Sin embargo, no hay nada en ninguna de las diversas iteraciones de los principios osteopáticos que necesariamente distinga a los médicos osteópatas de los alópatas en ningún sentido fundamental”.

Tyremen (2013): “Los principios osteopáticos no son lo suficientemente distintivos para diferenciar la osteopatía de otras prácticas de atención médica”.

Esa tesis es difícil de sostener. Cualquier persona que haya acudido como paciente a un médico convencional y a un osteópata sabe perfectamente que no son la misma cosa. Sostener que la osteopatía no es esencialmente distinta de la medicina convencional deriva de una abstracción salvaje e implica un desconocimiento práctico absoluto.

La medicina convencional y la osteopatía difieren significativamente en la forma en que diagnostican a los pacientes, incluyendo los procesos, herramientas y objetivos que utilizan. Estas diferencias surgen porque los osteópatas toman los principios como performativos (es decir, como guías clínicas). Se podrían hacer argumentos similares para distinguir a la osteopatía en otras características clínicas, como el tratamiento, la relación con el paciente, la educación y la investigación.

Howell (1999) demuestra claramente este desconocimiento práctico, al decir: “En su nacimiento, la osteopatía era un concepto radical que rechazaba gran parte de lo que la medicina alopática consideraba nuevo y útil. Hoy en día, la medicina osteopática se ha acercado a la corriente dominante, lo suficiente como para que en general ya no se considere medicina alternativa. La paradoja es la siguiente: si la osteopatía se ha convertido en el equivalente funcional de la alopática, ¿cuál es la justificación para que siga existiendo? Y si una terapia exclusivamente osteopática -es decir, basada en la manipulación osteopática u otras técnicas- tiene algún valor, ¿por qué debería limitarse su uso a los osteópatas?”.⁶⁸

En este párrafo, queda claro que Howell no entiende que la osteopatía es una filosofía. Para él, la osteopatía son técnicas. Si eso fuera cierto, bastaría enseñarle las tres o cuatro técnicas osteopáticas a los médicos, quizás agregando una materia más al currículum, y no haría falta instaurar toda una disciplina aparte.

Lo cierto es que la osteopatía es una filosofía, y esa filosofía se concreta en ciertos principios, y que las diferencias en la práctica clínica surgen de tomar los principios en su sentido performativo.

68 No puedo evitar un comentario sarcástico a la extraña lógica del señor Howell, con la siguiente extrapolación de su razonamiento: Si manejar un auto tiene algún valor de utilidad, ¿por qué debe limitarse su uso a automovilistas?

La escucha y los principios filosóficos

Con la intención de mostrar que la escucha promueve la propiedad performativa de los principios filosóficos, analicemos un poco qué significa en la praxis cada uno de esos principios. Antes que nada, es necesario hacer una aclaración: los principios que voy a tomar son los que enunciamos en la primera parte de este libro, y no la enumeración oficial, que detenta una versión suavizada de falacia descriptiva. Esta última es la propuesta por la AOA, fijada en 1953, que estableció los siguientes:

- El cuerpo es una unidad.
- El cuerpo posee por sí mismo mecanismos reguladores.
- La estructura y función del cuerpo están recíprocamente interrelacionadas.
- La terapia racional se basa en entender la unidad del cuerpo, sus mecanismos propios de regulación y la interrelación estructura-función.

El último principio pretende esquivar la falacia descriptiva, pero sin denunciarla. En ese sentido, la AOA tampoco reconoce que los principios son guías de razonamiento clínico. Pareciera que los tres primeros principios son bases infraestructurales de conocimiento (es decir, proposiciones constatativas) y el último es el único performativo, que indica que la praxis debe guiarse por el entendimiento de los primeros tres (si los tres primeros tuvieran intención performativa, el último no tiene razón de ser).

Por lo tanto, la lista de principios que voy a utilizar será la siguiente:

El cuerpo es una unidad.

La estructura gobierna la función.

El cuerpo tiene capacidad de autocuración.

La ley de la arteria es suprema.

Tratar la causa y no el síntoma.

Tratar al paciente y no la enfermedad.

Voy a enunciar acá cada uno de los principios, tal como están enunciados habitualmente y con el nombre que le adjudicamos en *El Cuerpo y La Escucha*.

Para cada principio, la idea es establecer tres características. Primero, una *definición*: para evitar la falacia descriptiva, quiero desarrollar una explicación de lo que significa el principio en su intención performativa, es decir,

cómo guía la práctica clínica. Segundo, una *justificación* teórica: cuál es la idea subyacente a ese principio y por qué es importante. En algunos casos, haré referencia a alguna cita de Andrew Taylor Still, especialmente las más difundidas. Tercero, la relación existente entre el principio y la escucha; en particular, cómo la escucha se torna estandarte del principio.

El principio holístico

Definición

Al principio enunciado como “el cuerpo es una unidad” lo llamamos *horizonte holístico* y, en su intención performativa, quiere decir «tengamos en cuenta que el obstáculo a la autopoiesis no se instaura en un elemento aislado, sino en una cadena de elementos, y los eslabones de esta cadena pueden estar en las esferas material, mental o espiritual, o en sus relaciones”.

Justificación

La idea subyacente es que el horizonte de aplicación de la clínica osteopática es toda la unidad somatopsíquica del paciente. Esto implica, por un lado, no considerar las distintas estructuras de manera aislada y, por otro, incluir fenómenos descartados habitualmente en la práctica médica, como emociones y pensamientos.

Nada sucede aisladamente. Todo cambio en el sistema orgánico es a la vez respuesta a una necesidad y fuente de otros cambios que intentan compensarlos o aprovecharlos. El organismo es una estructura en biotensegridad. A diferencia de la tensegridad habitual, la red de biotensegridad del cuerpo humano es dinámica, proactiva y autopoietica.

Lo holístico incluye dos conceptos, representando las dos direcciones posibles de relación cuerpo/mente: la mente encarnada y el cuerpo vivido. El cuerpo vivido da lugar a la fusión somática. La mente encarnada da lugar al conocimiento prenoético.

¿De qué manera la escucha instaura y promueve este principio?

Por un lado, la escucha, en tanto que se despliega en un campo enactivo, cierra la dehiscencia mente/cuerpo, lo que amplía el rango del campo de aplicación. Por otro, la contextualización primaria analógica y automática (no buscada intelectualmente), más la inclusión de factores emocionales facilitada por la característica táctil (que proporciona intimidad), densifica la

significación del campo, de manera que ningún aspecto de funcionamiento o de relación de la persona pueden ser ignorados. El ensanchamiento y el aumento de intensidad del campo de aplicación es lo que definimos como horizonte holístico.

El principio manual

Definición

El principio enunciado como “la estructura gobierna la función” caracteriza lo que llamamos *métodos manuales* y, en su intención performativa, quiere decir “las herramientas que usamos para destrabar el mecanismo de autopoiesis no son tecnológicas, sino nuestras propias manos”.

Justificación

En particular, el enfoque prenoético significa que el descubrimiento del obstáculo se puede lograr por un conocimiento enactivo, es decir, no con una mera interpretación del estado objetivo del cuerpo del otro, sino por medio de interacciones entre el sistema del terapeuta y del paciente.

La forma proposicional “La estructura gobierna la función” es la enunciación original del principio, y es una idea que Still obtuvo de la filosofía del antropólogo inglés Herbert Spencer, que la aplicaba a la evolución de las especies. Significa que los cambios en una estructura corporal implican un cambio en la función de esa estructura. En 1953, con la declaración del consenso de Kirksville y la publicación de *The Osteopathic Concept*, se acuerda cambiar el enunciado por “la estructura y la función están recíprocamente interrelacionadas”. Esta modificación es, a mi entender, una resignación política que intenta suavizar la concepción original para garantizar el consenso de las instituciones biomédicas, pero desvirtúa la idea innovadora esencial propuesta por Still. La teoría osteopática no es el único caso donde la resistencia epistémico-política produce una regresión teórica que apacigua conceptos revolucionarios.

Lo que quiere decir que la estructura gobierna la función es que si hay una disfunción hay una disestructura, y que cambiando la estructura puedo cambiar la función. Aceptar este principio con ese sentido admite que la osteopatía puede ayudar en muchísimas patologías mediante métodos manuales. La suavización acordada en 1953 reduce el campo de acción de la clínica osteopática y relega los métodos manuales a problemas musculoesqueléticos.

Hay osteópatas y no osteópatas que se quejan de que entre los principios de la osteopatía (y en muchas definiciones de osteopatía) no hay referencia a la práctica manual, cuando esto es lo que diferencia a la osteopatía. Tienen razón, pero esta idea estaba más o menos implícita en el principio de que la estructura gobierna la función. Al cambiarlo por “la estructura y la función están íntimamente relacionadas”, la poca connotación que había hacia una práctica manual se pierde del todo.

¿De qué manera la escucha instaure y promueva este principio?

La escucha es una práctica de diagnóstico manual, que no requiere aparatos externos. En tanto manual, detecta cambios en las estructuras, ya sea en su composición como en sus relaciones motrices y posicionales. La base de la escucha es que la estructura gobierna la función. Si no acepto ese principio de manera incondicional, acepto que puede haber datos (funcionales) que se me escapen, y de ahí la necesidad de otros métodos de diagnóstico, tanto los típicos de la medicina convencional (estudios de imágenes o análisis de fluidos) como de otras disciplinas terapéuticas (biodecodificación, medicina china).

El principio autopoietico

Definición

El principio enunciado como “el cuerpo tiene la capacidad de autocurarse” representa el *abordaje autopoietico* y, en su intención performativa, quiere decir “los problemas que tratamos son aquellos en los cuales la autopoiesis del individuo se ve obstaculizada, y todo lo que tenemos que hacer es des-obstaculizarla”. O, lo que es lo mismo, “no modifiquemos cualquier cosa en el organismo del paciente, por más disfuncional que nos parezca; limitémonos a modificar aquello que el cuerpo no logra cambiar por su cuenta”.

Justificación

La idea subyacente es que comportamientos que parecen disfuncionales podrían estar cumpliendo una función, como, por ejemplo, el caso de la fiebre. Seguimos, aquí, una “presunción de inteligencia”: asumimos que el cuerpo es inteligente hasta que se demuestre lo contrario, y en este sentido, el principio de autopoiesis tiene dos interpretaciones performativas: 1) el osteópata debe intentar encontrar por qué el organismo del paciente no se está autocurando y 2) el osteópata debe actuar de manera no de curar, sino de destrabar el mecanismo de autocuración.

Una de las citas más famosas de Still es: “*Find it, fix it and leave it alone*”, que puede traducirse como “Encuentra el problema, trátalo, y deja que el cuerpo actúe”. No existe una ilustración mejor del abordaje autopoietico⁶⁹.

A este principio se lo nombra de muchas maneras: “el cuerpo tiene la capacidad de autocurarse”, “el cuerpo tiene la capacidad de autorregularse”, o incluso con el sencillo “la homeostasis”.⁷⁰ Prefiero llamarlo “autopoietico” porque la potencia del cuerpo que lo hace autocurarse incluye muchas otras acciones que la noción de homeostasis no referencia: adaptarse, identificarse, protegerse, defenderse, autocrearse, etc. La noción de autopoiesis unifica todos esos fenómenos aparentemente separados. Un sistema autopoietico se crea y se mantiene a sí mismo. Para esto, se autocura, se autoequilibra, se autorregula, se regenera, se adapta al entorno, se separa del entorno en una unidad de identidad, se crea. La autopoiesis no es una capacidad de los seres vivos, sino su misma esencia. Según Maturana, la definición de *ser vivo* es un “sistema autopoietico molecular” (dado que puede haber sistemas autopoieticos no moleculares que no son seres vivos)⁷¹.

Los osteopatas no somos efectores de salud. Actuamos solo allí donde los cuerpos fueron interferidos, para devolverles la vitalidad donde esté detenida. No intervenimos el cuerpo, lo acompañamos. Decir que somos un fulcrum es reconocer que el cambio requiere facilitación y no dirección.

¿De qué manera la escucha instauro y promueve este principio?

La escucha escudriña y provee un esquema del funcionamiento del paciente, de manera que saca el síntoma del foco de la búsqueda. No lo desecha, pero lo equipara en importancia a otros datos recolectados. El esquema exosomático presenta una configuración en la que la pregunta “¿por qué no se cura?”, se hace evidente.

69 Parafraseando a Haim Ginott: Una de las misiones de todo terapeuta es la de hacerse cada vez más prescindible.

70 Nótese que en la reescritura de los principios osteopáticos de Kirksville de 1953, este principio pasa de ser “autocuración” a “autorregulación”.

71 Un sistema molecular que no sea autopoietico no es un ser vivo. Incluso un sistema celular que no sea autopoietico no es un ser vivo: será un órgano, una estructura anatómica o alguna otra parte de otros sistemas celulares que conforman un ser vivo, en tanto entre todos ellos resultan formar un sistema autopoietico.

El principio cibernético

Definición

El principio enunciado como “la ley de la arteria es suprema” representa lo que llamamos *criterios cibernéticos* y, en su intención performativa, quiere decir “busquemos variaciones significativas en las comunicaciones mecánicas, fluidicas o nerviosas”.

Justificación

La idea subyacente es que las relaciones entre estructuras y fenómenos somatopsíquicos se dan a través de canales de comunicación específicos, y que estos pueden de ser de tres tipos: mecánicos, fluidicos o nerviosos. Es decir, si la disfunción de una entidad A afecta a otra entidad B, tengo solo tres posibilidades:

- la variación de A interfiere en los movimientos normales de B,
- la variación de A afecta la circulación de B, sea esta sanguínea, linfática o cefalorraquídea,
- la variación de A afecta la comunicación nerviosa (aferente o eferente) de B,

Por lo tanto, si quiero encontrar de qué manera se relacionan etiológicamente dos eslabones de la cadena disfuncional, no necesito buscar entre millones de posibilidades: solo necesito prestar atención a esas tres variables.

Still dijo (1897): “Aquel que quiera solventar con éxito el problema de la enfermedad o algún tipo de deformidad, en todos los casos, sin excepción alguna, se encontrará con una o más obstrucciones en alguna vena o arteria. (...) No hay excepción alguna a esta ley. La ley de la arteria es absoluta”.

Y luego, en 1910: “La ley de la nutrición del sistema nervioso es tan importante como la ley de la libre circulación de la sangre”.

En 2017, apareció un libro con el título turbulento de “Fundamentos de morfodinámica en osteopatía”, con Torsten Liem y Patrick van der Heede como compiladores. En sentido genérico, la morfodinámica es el proceso por el cual un sólido con una forma determinada y un cuerpo de agua adyacente se afectan mutuamente. El uso más usual para este término es más específico: es la ciencia que estudia las líneas costeras; en particular, cómo la forma de la costa afecta el comportamiento de las masas de agua, y cómo el movimiento resultante de las masas de agua modifica la forma de la costa⁷².

⁷² El título de la compilación, sin embargo, es más bien equívoco. Uno esperaría encontrar en su interior principios y leyes estudiados habitualmente en la teoría morfodinámica aplicados a la

El concepto de morfodinámica es útil para entender el alcance de la ley de la arteria, que no es tan sencillo como investigar dónde no llega sangre (aunque a veces se limite a justamente eso), sino que implica una exploración de la relación y la intermodificación recíproca de fluidos y materia.

¿De qué manera la escucha instaure y promueva este principio?

Esto es justamente lo que provee la escucha: una cadena de causalidades mecánicas, fluidicas y nerviosas. Sin escucha, el método diagnóstico necesitaría ser algorítmico, estadístico o incluso azaroso.

El principio etiológico

Definición

Al principio enunciado como “tratar la causa y no el síntoma”, lo llamamos *ejecución etiológica* y, en su intención performativa, quiere decir “no nos quedemos en aliviar el síntoma; busquemos qué es lo que causa el obstáculo a la autopoiesis que termina mostrándose en el cuadro semiológico”.

Justificación

La idea subyacente es que el síntoma no es el problema, sino un signo o una alarma de un fenómeno global. El síntoma parece el problema porque es molesto, y suele ser la razón por la que una persona busca ayuda en un profesional de la salud, pero el osteópata no debe dejarse engatusar por esta evidencia. El osteópata debe entender que el síntoma es una pista que nos permite abordar el verdadero problema. No solo eso: el síntoma muchas veces es el intento del cuerpo por sobreponerse a otra cosa.

Still dijo: “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”.

¿De qué manera la escucha instaure y promueva este principio?

anatomía humana, o quizás el replanteo de conceptos fisiológicos u osteopáticos en términos morfodinámicos, pero no hay tal cosa. Si bien el término “morfodinámica” o sus derivados se utiliza en algunos pocos capítulos, solo aparece para cualificar algunos procesos embriológicos, y no ofrece ninguna reinterpretación basada en teorías ya estudiadas en la ciencia morfodinámica. Ese equívoco no lo menoscaba; sigue siendo uno de los más claros y más completos libros de osteopatía publicados hasta el momento.

La escucha, al detectar disfunciones y contextualizarlas en la estrategia corporal del paciente, promueve esta ejecución etiotrópica. La búsqueda de las causas es también uno de los principios de la medicina convencional, pero muchas veces no se cumple. En la osteopatía, gracias a la escucha, no puede no cumplirse.

El principio idiográfico

Definición

Al principio enunciado como “tratar el paciente y no la enfermedad”, lo llamamos *interpretación idiográfica* y, en su intención performativa, quiere decir “analicemos este caso en particular; no busquemos ni planteamientos ni soluciones genéricas”.

Justificación

La idea subyacente es que la disfunción no es algo independiente del paciente, sino una propiedad emergente de su historia. O dicho de manera más simple: no hay una entidad “enfermedad” que se apodera del paciente, sino que es un estado en que se encuentra el paciente, y ese estado es el resultado de cosas que le pasaron. O dicho de manera más difícil pero más exacta: el obstáculo a la autopoiesis no es una entidad independiente de la persona que lo sufre, sino que surge como una propiedad emergente de su ontogenia.

Esto implica lo que vengo repitiendo: que para entender lo que le pasa a este paciente necesito pensarlo desde la Anatomía y la Fisiología, y no desde la Patología. Expliquemos esto.

En la medicina convencional el diagnóstico es genérico: se busca encontrar la patología que el paciente “tiene”. La investigación de la ciencia médica establece correspondencias entre cuadros semiológicos y patologías. La tarea del médico es tomar el cuadro semiológico del paciente y encontrar la patología que provoque el mismo cuadro semiológico. A eso lo llamo pensar desde la Patología. Para encontrar la patología, el médico debe sacar al paciente de la ecuación: discriminar las cosas que lo diferencian; su personalidad, su historia, su contexto sociocultural.

La estrategia de la praxis osteopática es distinta. La tarea del osteópata es descifrar qué está sucediendo en este organismo, por qué se produce tal o cual efecto, por qué no se cura. A eso lo llamo pensar desde la Anatomía y la Fisiología. Como dice Still: “La habilidad de uno es proporcional al en-

tendimiento del funcionamiento normal”. Para encontrar al paciente, debo sacar de la investigación toda idea de patología.

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 desde la interferencia. El diagnóstico osteopático es personalizado: es lo que le sucede a esta persona en este momento, después de haber pasado por esto y esto otro. El tratamiento, dado que se deriva del diagnóstico, también será personalizado.

¿De qué manera la escucha instauro y promueve este principio?

Por un lado, la escucha potencia este principio idiográfico porque es más un diálogo entre dos individuos que un análisis vertical que hace una persona acerca de la otra. Por otro lado, la característica prenoética de la escucha la torna analógica, y, por lo tanto, se orienta mentalmente en el sentido contrario a la abstracción intelectual necesaria para focalizar en una taxonomía. La escucha tiende a sintetizar y sincretizar.

Osteopatía y medicina convencional

Comparación del abordaje clínico

Los principios, por lo tanto, no son tautológicos, dado que modifican toda la praxis. No es verdad que la osteopatía es lo mismo que la medicina convencional.

Si el horizonte de aplicación en el diagnóstico osteopático es holístico (cuerpo, mente y alma), el de la medicina convencional es mecanicista y reduccionista (solo aquello que sucede en el cuerpo).

Si la herramienta en el diagnóstico osteopático es la escucha, en la medicina convencional son estudios de imágenes y bioquímicos. Si los métodos propios del tratamiento osteopático son las técnicas manuales, en la medicina convencional son estrategias farmacológicas y quirúrgicas.

Si el abordaje de aplicación en el tratamiento osteopático es autopoietico (actuar lo mínimo para que los mecanismos de autocuración puedan destrabarse), la intención del médico convencional es intervencionista (intervenir siempre, y en caso de no existir un tratamiento que provea la cura, suministrar un tratamiento sintomático).

Si los criterios de pertinencia de elementos a considerar en osteopa-

tía son cibernéticos (controlar las vías de intercambio interno), los de la medicina convencional son estadísticos (corresponder el cuadro semiológico del paciente con estadísticas de cuadros semiológicos agrupados por patología).

Si la ejecución del diagnóstico osteopático es etiotrópica (buscar las causas), la de la medicina convencional es nosológica (ponerle un nombre al cuadro sintomático).

Si la interpretación del diagnóstico y tratamiento osteopático es personalizada y subjetiva (tratar la persona), la de la medicina convencional es genérica y objetiva (a la patología hallada mediante el diagnóstico diferencial corresponde un único tratamiento).

Esto me indica que las técnicas que vaya a implementar no son definitorias. Hago osteopatía si instituyo una práctica clínica que sea autopoietica, etiológica, cibernética, holística, idiográfica y manual, es decir, si:

- Mi objetivo es restablecer los mecanismos de autocuración.
- Mi estrategia es buscar la causa del obstáculo a la autopoiesis.
- Esa causa la busco en variaciones en las comunicaciones e intercambios somatopsíquicos, no buscando un elemento aislado, sino una cadena de elementos, para lo cual analizo el funcionamiento de este paciente en particular.
- Las herramientas que usamos para destrabar el mecanismo de autopoiesis son nuestras propias manos.

Cuando un paciente viene a la consulta osteopática, la tarea del osteópata es resolver un enigma: ¿por qué no se cura? Con ese objetivo, arma una cadena disfuncional, conectando elementos de toda la unidad somatopsíquica de la persona, remontando hacia las causas y fijándose particularmente en las vías de comunicación e intercambio internos, usando herramientas manuales y el razonamiento anatómico y fisiológico.

| Osteopatía | | | |
|----------------------------------|---|----------------------------|---|
| | PRINCIPIO | ESTRATEGIA | EXPLICACIÓN |
| Misión | El cuerpo tiene capacidad de autocuración | Abordaje autopoietico | ¿Por qué no se cura? |
| Meta | Tratar al paciente, no la enfermedad | Interpretación idiográfica | Armar la cadena disfuncional |
| Campo de aplicación | El cuerpo es una unidad | Horizonte holístico | Conectando elementos de toda la unidad somatopsíquica |
| Proceso | Tratar la causa, y no el síntoma | Ejecución etiológica | Remontando hacia las causas |
| Criterios de verificación | La ley de la armonía | Criterios cibernéticos | Verificando las vías de comunicación e intercambio internas |
| Herramientas y métodos | La estructura gobierna la función | Métodos manuales | Usando herramientas manuales |

Cuando un paciente va a una consulta médica, el médico debe resolver, y entonces la pregunta es: ¿qué tratamiento prescribo? Para eso, determina una patología, coleccionando y agrupando síntomas y signos en cuadros semiológicos, desestimando aquellos que parecen no estar relacionados (porque son anatómicamente remotos o porque directamente no son físicos), y encontrando correlaciones del cuadro semiológico del paciente con los cuadros semiológicos establecidos estadísticamente en una tabla de semiología/patología, usando herramientas tecnológicas.

| | Osteopatía | | Medicina convencional | |
|---------------------------|----------------------------|---|--|---|
| | ESTRATEGIA | EXPLICACIÓN | ESTRATEGIA | EXPLICACIÓN |
| Misión | Abordaje autopoietico | ¿Por qué no se cura? | Intención intervencionista | ¿Qué tratamiento prescribo? |
| Meta | Interpretación idiográfica | Armar la cadena disfuncional | Normalización nomotética | Determinar una patología |
| Campo de aplicación | Horizonte holístico | Conectando elementos de toda la unidad somatopsíquica | Margen mecanicista y restricción reduccionista | Desechando síntomas no físicos y remotos |
| Proceso | Ejecución etiológica | Remontando hacia las causas | Selección sintomática | Coleccionando síntomas y signos en cuadros semiológicos |
| Criterios de verificación | Criterios cibernéticos | Verificando las vías de comunicación e intercambio internas | Criterios de correspondencia | Correlacionando con una tabla de cuadros por patología |
| Herramientas y métodos | Métodos manuales | Usando herramientas manuales | Técnicas tecnológicas | Usando análisis químicos y estudios de imágenes |

Comparación de los conocimientos de base

Por otra parte, no es verdad que la osteopatía usa métodos materiales y la medicina convencional usa métodos formales. En ambos casos existe una instancia de materialización de conocimientos. La diferencia es qué conocimientos se materializan y quién los materializa.

El médico convencional utiliza sus conocimientos de patología y semiología. Estos conocimientos están materializados por la ciencia médica (no por el clínico) en una correlación semiologías/patologías. El osteópata, por su parte, no sigue un protocolo. Diagnostica y actúa de acuerdo con las vicisitudes fenotípicas, ontogenéticas, históricas y coyunturales del paciente, de acuerdo con ciertos principios guía y sus conocimientos de fisiología y anatomía. Estos principios y conocimientos están materializados en la escucha y la intuición enactiva por el osteópata mismo (y no en instituciones centralizadas).

| | <i>OSTEOPATÍA</i> | <i>MEDICINA CONVENCIONAL</i> |
|---------------------------------|---------------------------------|--|
| Conocimientos utilizados | Anatomía y fisiología | Patología y semiología |
| Qué representan | El funcionamiento del cuerpo | Efectos de patologías |
| Quién los materializa | El osteópata | Investigaciones científicas centralizadas |
| Cómo se materializan | En escucha e intuición enactiva | En tablas de correlación patologías/cuadros semiológicos |

La ilusión positivista

Ahora bien, los principios que en la primera parte de este capítulo adjudiqué a la medicina convencional no están estipulados claramente en ningún lado, sino que me permití el atrevimiento no solo de deducirlos yo mismo a partir de la filosofía subyacente (el positivismo) y de observación de la práctica clínica, sino también de organizarlos de manera de poder confrontarlos uno a uno con los principios de la osteopatía. Esta ausencia de una enunciación explícita de los principios filosóficos rectores de la medicina convencional es lo que Svenaeus (1999) denuncia como una “filosofectomía”. Él dice:

“La medicina y la filosofía disfrutaron de una estrecha colaboración hasta el surgimiento de la medicina moderna alrededor de 1800. Lo que sucede en ese momento puede concebirse como una filosofectomía radical en 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. [...] Parece que la operación que la medicina moderna creía haber realizado alrededor de 1800 era muy parecida a una apendicectomía: la escisión de una parte antigua, ahora inútil y posiblemente incluso infecciosa del cuerpo de la medicina. Pero lo que en realidad resultó ser extirpado era más bien una parte más vital del tracto gastrointestinal. El renacimiento de la filosofía en la medicina actual está relacionado exactamente con la incapacidad de esta última

para digerir nuevos conocimientos y absorberlos de manera adecuada”.

Apenas unos párrafos más tarde, Svenaeus mismo aclara que lo que efectuó la medicina no es en realidad una extirpación propiamente dicha de la filosofía, sino una cancelación y un ocultamiento. Esto es una de las estrategias del positivismo, que es una postura filosófica que niega ser una postura filosófica bajo el argumento de que sus proposiciones no son interpretaciones, sino solo una observación cruda de la realidad (esta es la fundamentación de todas las disciplinas “basadas en la evidencia”). Enunciar la filosofía subyacente implica aceptar que puede haber otras; esconderla, evita la incomodidad de “discutir” con otras posibles posturas filosóficas.

Lo que llamo “ilusión positivista” es la de creer que el método científico es la mejor estrategia para desentrañar la realidad. En realidad, el método científico es la forma conocida más objetiva, exhaustiva y completa para verificar o falsificar respuestas, pero para desentrañar la realidad hace falta la otra parte: hay que hacer las preguntas correctas. Por ejemplo, hay miles de *papers* médicos cuyo tema es el tratamiento del dolor, en los que se investiga la eficacia de tal o cual sustancia en sus capacidades analgésicas. En este caso, la pregunta base es “¿cómo calmar el dolor?”. Las distintas investigaciones analizan respuestas posibles: con opioides, con ibuprofeno, con frío. El método científico brinda los lineamientos precisos para asegurar la mejor respuesta posible, pero la pregunta está construida no desde la ciencia, sino desde la filosofía subyacente, en este caso, una postura positivista. Una filosofía diferente podría postular el dolor como una alarma de peligro, en cuyo caso la pregunta “¿cómo calmar el dolor?”, no tendría sentido, dado que al dolor no habría que calmarlo, sino utilizarlo como una pista en otra investigación.

Para ilustrar las posibles diferencias entre un enfoque positivista y uno holístico, permítanme referir un ejemplo (largo) traído del ámbito culinario.

Supongamos que quiero hacer un merengue italiano. Nunca hice, y no sé las proporciones, pero no importa, porque soy positivista de nacimiento y la visión positivista cree que hay una forma óptima de hacer merengue italiano, que debería reflejarse en una receta perfecta. Basta conseguir alguna receta establecida y comprobada por un montón de cocineros que intentaron distintas proporciones y métodos hasta encontrar los mejores. Eso es cocina basada en la evidencia.

La tía Manucha hace un merengue espectacular, y asumo que se debe a que consiguió la receta perfecta, así que la llamo por teléfono y se la pido. Ella no se la acuerda de memoria, pero busca su cuaderno y me lee. Su receta es mucho más detallada de lo que yo esperaba. Me dice los ingredientes y las proporciones (4 claras de huevo, 2 tazas de azúcar, 100 ml de agua), el

orden de procesamiento y todas las variables (tiempos, temperaturas): pongo el agua y el azúcar en una olla para hacer almíbar, caliente a fuego bajo, después bato las claras hasta punto nieve, y mientras sigo batiendo voy agregando el almíbar en un chorrito, y una vez que incorporé todo el almíbar, sigo batiendo hasta que me queda la consistencia deseada. No puede fallar.

Sin embargo, el resultado no es tan bueno. Sigo perfectamente las indicaciones y no me distraigo un minuto, pero lo que me queda es un merengue que no solo no es muy rico, sino que incluso tiene un aspecto poco invitante. El merengue de Manucha es diez veces mejor.

Cuando me quejo con Fefe, ella intenta consolarme asegurándose que el merengue es muy mentiroso: parece fácil, pero lleva años aprender a hacer uno como la gente. Entiendo que para hacer un merengue de memoria hagan falta años, pero siguiendo la receta nada puede salir mal, porque tengo todo el procedimiento. Si hay que hacer algo más, es que la receta no es perfecta: eso de más hay que agregarlo a la receta y listo.

Así que asumo que a la receta que me pasó Manucha le faltan cosas. La analizo, y comprendo que es ambigua en muchos puntos: dos tazas de azúcar puede ser una cantidad muy distinta para distintas personas con distintos juegos de té. El fuego bajo también puede ser mayor o menor. Detalles como la manera de revolver, la manera de echar el azúcar, si echo el azúcar con el agua fría o espero que se caliente, son todas cosas que se dejan a la interpretación, lo que podría afectar el resultado.

Busco recetas más específicas, y encuentro que el merengue italiano es bastante severo, pero por suerte está muy estudiado. Las recetas que abundan en internet dan proporciones e instrucciones muy específicas, y todas coinciden, así que nada puede salir mal. Las medidas exactas son 4 claras, 240 gramos de azúcar, 80 ml de agua. Las claras, además, deben estar a temperatura ambiente. Y el almíbar se debe calentar hasta 118°. Con esa exactitud, no puedo fallar. Me va a quedar mucho mejor que el de Manucha, que lo hace todo así a ojo.

Hago otro merengue, y me queda peor que el primero. Le echo la culpa a los cocineros en general (a todos, porque ya no es solo Manucha, son un montón los que encontré en internet). Sospecho que los cocineros pertenecen a una profesión pragmática poco académica, y es probable que los que saben cocinar, no sepan transmitir.

Le pido a Manucha que me enseñe, y ella no tiene problema. Me dice que vaya ahora, así me muestra cómo se hace. Me cruzo a su casa, y la miro mientras cocina.

Pero en lo que hace hay miles de detalles, y es difícil darse cuenta cuáles son relevantes. Cuando separa los huevos, descarta algunos porque son muy

grandes o muy chicos, o porque no tienen tan buena pinta. Elige una olla específica porque en las otras no sale tan bien. Mientras hace el almíbar, agrega un poco de agua «porque está demasiado gordo» o baja el fuego y un rato después lo sube. Agrega la taza de azúcar, pero después de un poco de batido, me dice que siempre tengo que prestar atención a la consistencia. «¿Ves?», dice, levantando el batidor. «Está chirle». Así que agrega otra pizca de azúcar y sigue revolviendo. Para batir, prefiere un bol con una forma específica. Baja y sube la velocidad de la batidora de acuerdo con cómo va quedando la mezcla de clara y almíbar.

Todo el tiempo mira, prueba, cambia una variable, agrega una pizca de esto, sube o baja una velocidad, sacude para comprobar consistencia, mientras regula el fuego se asoma por debajo de la olla para mirar el largo de la llama.

No sigue la receta, o la sigue de manera aproximada. Lo que hace es apuntar a una consistencia determinada, y eso hace variar las proporciones de los ingredientes, el fuego y la velocidad de revolver. Eso es lo que hacen los chefs: apuntan a una variable y agregan ingredientes o fuego o acción mecánica de acuerdo con el desarrollo. Apuntan a cierto gusto o cierta consistencia, y mezclan, cuecen, revuelven, prueban, y de acuerdo con la información obtenida cambian algo.

Yo, como buen positivista, sueño con que todos esos datos tendrían que estar incluidos en la receta perfecta para hacerla transmisible, pero por supuesto me doy cuenta de que eso sería imposible: la consistencia deseada o el sabor no se pueden objetivar en una receta. Lo que me maravilla (no como cocinero, sino como diletante de neurociencias) es que todos esos datos, que son tan volátiles e imprecisos que sería utópico querer incluirlos en una receta, están de alguna manera representados y guardados en el fondo de la cabeza de Manucha. Lo que hace ella no es azaroso, sino que proviene de un conocimiento profundo. Por eso la cocina basada en la evidencia no funciona; lo que funciona es la cocina basada en la intuición. La realidad es que la tía Manucha posee un conocimiento inmaterial, subjetivo y, desgraciadamente, no transmisible: el reconocimiento de pequeños datos (la consistencia que va tomando el almíbar, el color, el olor, la “pinta” de los huevos) y estrategias de compensación y corrección. Quizás esto sea lo que se conoce como “amor”, cuando se dice que las recetas salen mejor cuando están hechas con amor.

Lo que Manucha sabe es de “comidología”, no recetas. Si supiera todas las recetas, la podríamos reemplazar con un cuaderno o un aparato electrónico. De hecho, a esta altura de la historia ya habría una colección de las mejores recetas, y no existirían mejores o peores cocineros.

Manucha sabe que el éxito de la cocina está más allá de los ingredientes y el proceso. Sabe que la temperatura ambiente, el estado de los huevos y de la leche, la paciencia en agregar el almíbar, todo influye. Asegura incluso que cuando ella está triste el merengue le sale triste. Manucha es holística.

Casi podría decir que la habilidad del chef, lo que lo diferencia de una receta escrita, es la escucha. Es ese monitorear la consistencia, chequear el sabor, todo el feedback que va modificando lo que hace. Es una escucha diferente de la del osteópata, pero es una escucha. La tía Manucha «escucha» la comida mientras cocina, está presente captando un montón de data que podría parecer irrelevante, y establece pequeñas estrategias de corrección según «le parece».

A esta altura, ya sabemos que el método positivista (científico) no funciona para recetas de cocina, y que las mejores comidas son las de autor (como el merengue italiano de la tía Manucha). Sin embargo, para las cuestiones de salud seguimos buscando la receta perfecta, y las propuestas subjetivas son descartadas por pseudocientíficas.

La ilusión positivista es creer que normalizando y formalizando protocolos de indagación y de intervención se obtienen *best practices* válidas para toda situación similar, y que cualquier agente que actúe siguiendo los protocolos establecidos por la ciencia produce la mejor respuesta posible dado el conocimiento actual. Y esto no es siempre cierto. La mejor respuesta posible se obtiene no de un protocolo fijo, sino de entender el funcionamiento de base y adaptarse a la situación a medida que se desarrolla.

Osteopatía y medicina convencional, otra vez

Mi tía Fefe acaba de leer los párrafos anteriores y dice que pareciera que estoy haciendo una crítica a la medicina convencional, pero no es mi deseo que mis declaraciones se entiendan en ese sentido. Es verdad que presento algunas críticas, pero no están tanto dirigidas a la medicina convencional en general como disciplina, sino a su implementación actual, y sobre todo a lo que es la medicina ambulatoria. La medicina interna tiende a ser más etiológica e idiográfica, y en ese sentido se parece más a la osteopatía.

Incluso respecto a la medicina ambulatoria, creo que son dos modos de afrontar la salud y la práctica clínica, y cada uno tiene sus ventajas y desventajas.

En primer lugar, es claro que para ciertas situaciones la medicina convencional es más efectiva o más eficiente que la osteopatía (un paciente con

cáncer, por poner un ejemplo). En otros escenarios, la osteopatía parece ser más efectiva (el 90% de mis pacientes llegan a mí luego de un periplo de médicos y tratamientos convencionales que no le dieron resultado). En muchos otros casos, la eficacia de una u otra varían, y depende sobre todo del profesional, del paciente, de la situación o alguna otra variable independiente de la disciplina.

El diagnóstico diferencial es más rápido, más objetivo y más barato (porque el médico puede atender hasta 50 pacientes por día). El diagnóstico etiotrópico es más lento, más subjetivo y más caro porque el osteópata no puede atender más de 10 pacientes por día). En este sentido, la medicina convencional utiliza métodos más optimizados a un modelo masivo y el diagnóstico osteopático a uno más individual.

El capitalismo tiende a polarizar los modelos de atención al público de cualquier disciplina a lo largo de una recta con dos extremos: un modelo masivo rápido y barato y un modelo individualizado lento y caro. En el modelo masivo, los diseños y soluciones son definidos de manera central según estadísticas y criterios científicos de optimización, y aplicados para todo el mundo. En el modelo individualizado, el análisis y el diseño son específicos para cada cliente.

En la moda, el modelo masivo es el *pret-a-porter* (prendas cuyas dimensiones y proporciones quedan normalizadas en base a 3 o 4 tamaños estándar), y el modelo individualizado es la ropa hecha a medida. En la gastronomía, los extremos son las cadenas de restaurantes (con menús, recetas y métodos de preparación definidos en la sede central) y la cocina de autor. Este último caso, representado no por restaurantes de autor, sino por la tía Manucha, famosa por algunos de sus platos, que siempre le salen distintos y son imposibles de copiar por más que nos pase la receta.

La medicina convencional y la osteopatía tienden a una polarización similar, donde el médico (al igual que el cocinero de una cadena de restaurantes) aplica protocolos y procedimientos que están definidos centralmente y le son impuestos, y el osteópata (al igual que la tía Manucha) inventa un diagnóstico y un tratamiento en cada sesión, introduciendo variaciones de acuerdo a lo que se va encontrando.

En sus peores manifestaciones, la medicina convencional tiende a un modelo de *fast food*, donde el médico debe adoptar un protocolo clínico impuesto por la institución donde trabaja, y que probablemente haya sido estipulado en base a una serie de acuerdos entre el departamento de marketing y el de legales, y la osteopatía a resultados inconstantes y protocolos difíciles de transmitir. En esos casos extremos, el médico convencional pasa a ser un operario de una máquina corporativa y el

osteópata un excéntrico contestatario. El médico convencional tiende a ser reemplazado por sistemas computarizados⁷³, que son más rápidas, más baratas y más objetivas, y el osteópata tiende a volverse una diva carísima.

Nuevo concepto de salud

Los principios definen a la osteopatía en tanto a su práctica, pero también definen un nuevo concepto de salud, diferente del modelo biomédico, y necesitamos afianzar estos principios no solo para ser buenos osteópatas, sino también porque el paradigma médico actual está cambiando⁷⁴, en busca de un modelo epistémico y etiológico que pareciera amoldarse bastante a la filosofía de la osteopatía.

Necesitamos volver a pensar como Still. Necesitamos que la osteopatía sea etiotrópica para que no sea tratar síntomas. Necesitamos que sea holística para que no se limite a cuestiones musculoesqueléticas. Necesitamos que sea personalizada para que no sea formulaica. Necesitamos que sea autopoietica para evitar condiciones iatrogénicas. Necesitamos que sea prenoética para que no sea víctima de corporaciones.

73 Esta proposición, que parece de ciencia ficción, es más cercana de lo que uno piensa. Al respecto, ver Yanase (2019).

74 Ver, sobre todo, los trabajos de Peter Sterling, Randolph Nesse, Eric J. Cassell, Fredrik Svenaeus, Allan V. Horwitz, Jerome C. Wakefield, Ivan Illich, Thomas Szasz, Barbara Ehrenreich, Leon Eisenberg, Arthur Kleinman, Nancy Krieger y George L. Engel.

20. La enseñanza de la escucha

La escucha es un tipo de intuición prenoética y, en tanto intuición, es una característica propia de expertos. Un experto, a su vez, es quien tuvo suficiente experiencia como para haber desarrollado posibilidades de intuición. La práctica no solo encapsula conocimientos, sino que los materializa. Transforma operaciones digitales en analógicas, conocimientos declarativos en procedimentales, memoria explícita en memoria implícita. Posibilita el camino de la deducción a la intuición.

Podríamos definir al experto según la clasificación de niveles de competencia de Martin Broadwell (1969):

- 1) Incompetencia inconsciente: Uno ignora que una disciplina o una técnica existe, y, por lo tanto, tampoco sabe cómo ejercerla, pero no le importa. Uno no sabe que no sabe.
- 2) Incompetencia consciente: Uno sabe que existe una disciplina o una técnica determinada, pero no sabe cómo ejercerla. Uno sabe que no sabe.
- 3) Competencia consciente: Uno sabe que existe la disciplina o la técnica, y tuvo o tiene algún entrenamiento, de manera que puede arreglárselas para ejercerla.
- 4) Competencia inconsciente: Uno tuvo tanta práctica que no necesita pensar, y la ejecución le sale de manera automática.

Podríamos considerar “expertos” a los ejecutantes de una disciplina que se encuentran en este último nivel, es decir, aquellos que pueden ejecutar acciones de manera automática, “sin pensar”.

La adquisición de la habilidad de escucha

El modelo de Dreyfus

Uno de los modelos de adquisición de habilidades más reconocido en la actualidad es el propuesto por los hermanos Stuart y Hubert Dreyfus (1980, 1986, 2004). En su modelo, ellos sugieren que el estudiante atraviesa cinco etapas: novato, principiante avanzado, competente, diestro y experto (en inglés, *novice, advanced beginner, competency, proficiency, expertise* o *mastery*). Estas etapas se distinguen según cuatro cualidades: aprehensión (no-situacional o situacional), interpretación (con o sin perspectiva), decisión (analítica o intuitiva) y compromiso (desapegado o involucrado).

Nota: los mismos hermanos Dreyfus fueron modificando su modelo a lo largo de los años. Las últimas explicaciones del modelo (por ejemplo, la de 2004) están más perfeccionadas que las primeras, pero a la vez son menos técnicas. El modelo que presento aquí es mi interpretación, intentando mantener las ideas del último prototipo del modelo, pero agregando las explicaciones técnicas de los primeros.

Las variables de Dreyfus

Las cualidades que el estudiante va modificando a lo largo de su desarrollo se definen de la siguiente manera:

La **aprehensión** es el primer paso de cualquier praxis, y se define como la capacidad de recuperar información a partir de estímulos percibidos. Esta aprehensión puede darse de dos maneras:

- a) no-situacional: cuando percibo las entidades como elementos aislados, independientes del contexto, o
- b) situacional: cuando percibo los elementos como un conjunto organizado de partes dentro de un todo, incluyendo las relaciones entre las partes y sus propiedades emergentes.

La **interpretación** es la adjudicación de un significado a lo aprehendido, en tanto guía para lograr una meta, y puede realizarse mediante dos procedimientos distintos:

- a) sin perspectiva: todos los datos recolectados son utilizados y ninguno tiene más importancia que otro, o

b) con perspectiva: la aplicación de una *perspectiva* a lo aprehendido permite seleccionar los elementos relevantes y asignarles valores de importancia.

La **decisión** es la elección de la acción a realizar de acuerdo a la situación a resolver. Esta decisión puede ser:

a) analítica, es decir, se decide qué hacer según procedimientos formales y conscientes, o

b) intuitiva, según métodos materiales e inconscientes.

El **compromiso** es la dimensión de identificación con la tarea realizada, y la ejecución de la tarea puede ser de dos tipos:

a) desapegada, en la que la acción es solo algo que uno hace pero que no lo define, o

b) involucrada, en la que el ejecutante se identifica completamente con la tarea realizada.

Las etapas de Dreyfus

Según los hermanos Dreyfus, el pasaje de cada una de las cinco etapas de adquisición de habilidades a la siguiente se define por la evolución de una de esas cualidades, de la siguiente manera:

Etapas 1: Novato

El novato realiza una aprehensión no situacional. Normalmente, el proceso de instrucción comienza cuando el instructor descompone el entorno de la tarea en funciones independientes del contexto que el principiante puede reconocer sin referencia a la situación general en la que ocurren, y que los Dreyfus llaman «elementos libres de contexto o no-situacionales». Al estar libres de contexto, no es necesaria ninguna experiencia o habilidad para reconocerlos.

Luego, al novato se le proporcionan reglas, también “libres de contexto”, para determinar las acciones sobre la base de esas características. El novato basa su toma de decisiones en esas reglas. El novato necesita supervisión, ya sea por autoobservación o por retroalimentación instruccional, a fin de llevar su comportamiento cada vez más a la conformidad con la regla.

Dicen los Dreyfus (1986): “La manipulación de elementos libres de contexto definidos inequívocamente mediante reglas precisas se denomina *procesamiento de información*. Si alguien reconoce una letra E porque tiene

ciertas líneas horizontales y verticales con cierta disposición, lo ha hecho por procesamiento de información. Si lo reconoce porque coincide con lo que ha visto antes y aprendió que es una E, ha utilizado una comparación holística de patrones, no el procesamiento de información”.

Aclaremos que, en el modelo Dreyfus, la comparación holística de patrones es propia de la etapa siguiente. El estudiante novato quiere hacer un buen trabajo, pero al carecer de un sentido coherente de la tarea general, juzga su desempeño principalmente por lo bien que sigue las reglas aprendidas. Al novato, por otra parte, no se le enseña que en ciertas situaciones se debe violar la regla.

Los hermanos Dreyfus (1986) proponen el siguiente ejemplo: “Al conductor de automóvil principiante que aprende a operar un automóvil con palanca de cambios se le dice a qué velocidad (una característica libre de contexto) cambiar de marcha y, a cualquier velocidad dada, a qué distancia (otra característica similar) seguir a un automóvil que lo precede. Estas reglas ignoran el contexto”.

Pero solamente seguir reglas produce en el mundo real un desempeño subóptimo. El estudiante no solo necesita los hechos, sino también una comprensión del contexto en el que esa información tiene sentido. Esto nos lleva a la etapa siguiente.

Etapas 2: Principiante avanzado

El novato pasa a considerarse un principiante avanzado cuando adquiere la capacidad de aprehensión situacional. Esto significa que, gracias a su experiencia enfrentándose a situaciones reales, puede reconocer patrones de situaciones de acuerdo con las relaciones entre las entidades percibidas. Dicen los Dreyfus (1986):

“El principiante avanzado comienza a reconocer esos elementos cuando están presentes. ¿Cómo? Gracias a una similitud percibida con ejemplos anteriores. Llamamos a los nuevos elementos “situacionales” para distinguirlos de los elementos libres de contexto”.

En el caso del conductor de automóviles, el principiante avanzado adquiere ciertas directrices para definir la necesidad de cambio de marcha, por ejemplo, el esfuerzo del motor, que siente en el cuerpo a través de los cambios de vibración. Estos cambios de vibración son imposibles de definir declarativamente, y solo pueden ser adquiridos mediante práctica. El conductor principiante avanzado utiliza ambas estrategias en sus decisiones, y cambiará de marcha a partir de su interpretación tanto de la velocidad libre

de contexto (a tantos km/h, poner tal marcha), como la vibración esforzada (situacional) del motor. A las estrategias del primer tipo (no-situacionales), los hermanos Dreyfus las llaman “reglas”; a las del segundo tipo, las llaman “directrices”. Utilizan un nombre distinto para mostrar que son también reglas, pero de un tipo lógico más elevado que las adquiridas mediante comunicación teórica desde el exterior.

Etapas 3: Competencia

El estudiante se considera competente cuando puede seleccionar una perspectiva para analizar la situación a resolver. Dicen los Dreyfus (1986):

“Para lograr la competencia, las personas aprenden, a través de la instrucción o la experiencia, a idear un plan o elegir una perspectiva que luego determina aquellos elementos de la situación o dominio que deben ser tratados como importantes y aquellos que pueden ser ignorados. A medida que los estudiantes aprenden a restringirse a solo unas pocas de la gran cantidad de características y aspectos posiblemente relevantes, la comprensión y la toma de decisiones se vuelven más fáciles”.

El estudiante competente también utiliza reglas para elegir una perspectiva y para tomar decisiones, pero estas reglas son propias, creadas por él mismo a partir de la experiencia, y no son de fácil enunciación. Según Stuart Dreyfus (2004):

“Para evitar errores, el ejecutante competente busca reglas y procedimientos de razonamiento para decidir qué plan o perspectiva adoptar. Pero tales reglas no son tan fáciles de conseguir como lo son las reglas y directrices dadas a los principiantes en manuales y conferencias [...] Hay, de hecho, más situaciones de las que se pueden nombrar o definir con precisión, por lo que nadie puede preparar para el alumno una lista de tipos de situaciones posibles y qué hacer o buscar en cada una”.

Esto nos recuerda la frase de Oliver Wendell Holmes: “El joven conoce las reglas, pero el viejo las excepciones”.

Las características de esta selección de perspectiva y reglas propias dotan a esta etapa de dos características nuevas: responsabilidad e involucramiento emocional. Dicen los Dreyfus (1986):

“Esa combinación de no objetividad y necesidad introduce un importante nuevo tipo de relación entre el actor y su entorno. Recuerde que el novato y el principiante avanzado reconocen los componentes aprendidos y luego aplican las reglas y procedimientos aprendidos. Como consecuencia, sienten poca responsabilidad por el resultado de sus actos”.

Y en (2004): “Antes de esta etapa [la Competencia], si las reglas no funcionan, el ejecutante, en lugar de sentir remordimiento por sus errores, puede racionalizar que no se le dieron las reglas adecuadas. Pero debido a que en esta etapa el resultado depende de la elección de perspectiva del alumno, el alumno se siente responsable de su elección”.

Esta responsabilidad hace que el estudiante se involucre emocionalmente más y más, celebrando sus logros y desanimándose con sus desaciertos, y esto hace que se vuelva cada vez más difícil retroceder y adoptar la postura desapegada de seguimiento de reglas del principiante avanzado.

Etapas 4: Destreza

Podemos considerar “diestro” a un estudiante (y quizás vaya siendo hora de dejar de llamarlo “estudiante”) cuando adquiere la capacidad de tomar decisiones intuitivas.

Según los hermanos Dreyfus (1980): “Ahora bien, su repertorio de situaciones experimentadas es tan vasto que normalmente cada situación específica dicta inmediatamente una acción intuitivamente apropiada. Esta intuición es posible porque cada tipo de situación ahora tiene asociada una respuesta específica”.

Y en (1986) agregan: “Hasta este punto, el aprendiz de una nueva habilidad, en la medida en que ha tomado decisiones en lugar de simplemente seguir reglas, ha hecho elecciones conscientes tanto de objetivos como de decisiones después de reflexionar sobre varias alternativas. Por lo general, el ejecutante diestro estará profundamente involucrado en su tarea y la experimentará desde una perspectiva específica. No se produce ninguna elección o deliberación desapegada [de reconocimientos o perspectivas]. Las decisiones *solo suceden*”.

Este concepto de *intuición* no puede solo nombrarse así sin más, sino que necesita una explicación de lo que estamos hablando. Los Dreyfus lo definen así (1986): “Cuando hablamos de intuición o saber hacer, nos referimos a la comprensión que se produce sin esfuerzo al ver similitudes con experiencias previas. Usaremos «intuición» y «saber hacer» como sinónimos, aunque un diccionario los distinguiría y asignaría «intuición» a actividades puramente cognitivas y «saber hacer» a la ejecución fluida de una habilidad corporal”.

También aclaran (1986) que lo que ellos llaman *intuición* no es algo místico ni mágico: “Cuando hablamos de intuición no nos referimos a adivinar. Adivinar es llegar a una conclusión cuando no se tiene suficiente conocimiento o experiencia para hacerlo. Algunas personas creen que existe una

especie de presentimientos informados que no se basan ni en principios ni en experiencias pasadas. Ese tipo de sintonía mística, si es que existe, no es lo que entendemos por intuición”. Para ellos, al contrario, “la intuición es el producto de un profundo involucramiento situacional y el reconocimiento de similitudes”.

La idea de conocimiento o decisiones intuitivos pone nerviosos a muchas personas, que no consienten que un médico o un piloto de avión expertos se basen en su intuición porque esto parece ir en contra de la seguridad que da la ciencia o el conocimiento “basado en la evidencia”. De hecho, este punto es el que provoca la crítica de Adolfo Peña, de la que hablaremos más adelante como caso estereotípico.

En esta etapa, si bien el reconocimiento de situaciones y la elección de una perspectiva selectiva son intuitivas, las decisiones son todavía producto de un proceso analítico consciente. Dice Stuart Dreyfus (2004): “El ejecutante diestro, después de ver intuitivamente los aspectos importantes de la situación actual, aún debe decidir qué hacer. Y para decidir, debe recurrir al desapego de las reglas y de las directrices”.

Los hermanos Dreyfus (1986) dan el siguiente ejemplo de Destreza: “Sobre la base de la experiencia previa, el conductor diestro, al acercarse a una curva en un día lluvioso, puede darse cuenta intuitivamente de que está conduciendo demasiado rápido. En ese momento decide, de manera consciente, si aplica los frenos, si quita el pie del acelerador o solo lo presiona un poco menos”.

Etapa 5: Expertise

El experto logra un compromiso involucrado. En particular, esto significa la capacidad de toma de decisiones intuitivas. Esta capacidad proviene de una *absorción* completa en su tarea.

En 1980, los Dreyfus lo designan así: “El experto es capaz de experimentar momentos de intensa absorción en su trabajo, durante los cuales su desempeño trasciende incluso su alto nivel habitual. Puede dejar de prestar atención consciente a su desempeño y puede dejar que toda la energía mental utilizada previamente para monitorear su desempeño se destine a producir casi instantáneamente la perspectiva apropiada y su acción asociada”.

Y en 1986: “Un experto generalmente sabe qué hacer gracias a una comprensión madura y practicada. Cuando está profundamente involucrado en hacer frente a su entorno, no ve los problemas de manera desapegada y trabaja para resolverlos, ni se preocupa por el futuro ni elabora planes”.

Y también: “Los expertos no resuelven problemas y no toman decisiones, sino que hacen lo que normalmente funciona”.

Los ejemplos que dan son determinantes: “El conductor experto se vuelve uno con su automóvil y se experimenta a sí mismo simplemente conduciendo, en lugar de conducir un automóvil”. “El conductor experto no solo siente en el asiento cuando la velocidad es el problema, sino que también sabe cómo realizar la acción adecuada sin calcular y comparar alternativas. En la rampa de salida, su pie simplemente levanta el acelerador y aplica la presión adecuada al freno. Lo que hay que hacer, se hace solo”.

En las definiciones que los Dreyfus dan para el experto, es significativa la cantidad de conceptos que coinciden con los que Csikszentmihalyi asigna al *flow*: absorción en la tarea, desempeño elevado, ejecución automática. Es indudable que entre el expertise y el flow existe alguna relación, y esta relación parece biunívoca. Pareciera que, según los Dreyfus, poder lograr el *flow* es condición necesaria para ser considerado experto, mientras que para Csikszentmihalyi el expertise es necesario para lograr el *flow*.

Resumen de etapas y variables

Podemos resumir la relación de etapas y variables en el siguiente cuadro:

| | NOVATO | PRINCIPIANTE AVANZADO | COMPETENTE | DIESTRO | EXPERTO |
|-------------|---------------------------|---------------------------|---|---|------------------------|
| Entidades | Libre de contexto | Situacional | Situacional | Situacional | Situacional |
| Perspectiva | Sin perspectiva | Sin perspectiva | Analítica | Intuitiva | Intuitiva |
| Decisión | Externa (según reglas) | Externa (según reglas) | Externa (según reglas y directivas) | Analítica | Intuitiva |
| Compromiso | Desapegado | Desapegado | Desapegado del proceso / Involucrado en los resultados | Desapegado de la decisión / Involucrado en el entendimiento y los resultados | Involucrado en todo |

La crítica de Peña

Adolfo Peña, MD, preocupado por la propuesta de aplicar el modelo de Dreyfus en la educación de estudiantes de medicina, propone una crítica a dicho modelo, específicamente en el campo de la educación médica (Peña, 2010). Básicamente, lo que critica Peña es el concepto de intuición, que no puede aceptar porque -según dice- va en contra de una medicina basada en la evidencia.

Hay que considerar que Peña analiza el modelo desde una perspectiva de cientificismo ingenuo (que él llama realismo científico), que es la concepción de que el único conocimiento válido es el provisto por el método científico, y que los conocimientos desde otras disciplinas (como la filosofía) no son serios. A modo de ejemplo, dice Peña: “Incluso los modelos que nacen de la ciencia no son ni explicaciones completas ni aproximaciones a la verdad, y pueden ser erróneos. A diferencia de estos, el modelo de Dreyfus proviene del campo de la filosofía; este hecho hace aún más urgente un análisis crítico y un debate”. Para Peña, el hecho de que el modelo tenga su origen en la filosofía es motivo suficiente de desprecio.

Peña comienza estableciendo la diferencia entre conocimiento implícito y explícito, y luego dice: “Aunque los hermanos Dreyfus reconocen esta división del conocimiento, creen que las habilidades son instancias exclusivas del saber hacer o del conocimiento implícito: ‘puedes andar en bicicleta porque posees algo llamado ‘saber hacer’, que adquiriste con la práctica’. Los hermanos Dreyfus afirman que cuando ejecutamos una habilidad, básicamente ejecutamos conocimiento implícito sin conexión con el conocimiento explícito. Creen que las habilidades son disposiciones automáticas que no pueden hacerse explícitas fácilmente.”.

Peña asegura que, en realidad, es el conocimiento explícito el que hace la diferencia de un experto, es decir, que el experto reconoce y puede explicitar razones de sus tomas de decisiones. Según él, “los médicos brindan explícitamente una representación (diagnóstico) y expresan el grado de precisión o inexactitud, y pueden juzgar si las representaciones son verdaderas o incorrectas”.

Y, en su conclusión, propone: “la idea de que el efecto neto de la educación y la formación en medicina es que comenzamos a desarrollar la intuición sobre lo que estamos haciendo debe revisarse y evaluarse cuidadosamente”.

Entiendo el nerviosismo de Peña. Yo mismo no quisiera que un médico decidiera mi tratamiento sin poder explicar por qué. Sin embargo, creo que

su desasosiego es apresurado, porque no es eso lo que dicen los hermanos Dreyfus. La idea del modelo de Dreyfus es que el *procedimiento* es intuitivo e inconsciente, no el resultado. No es necesario traducir a racional el procedimiento por el cual se llegó al diagnóstico, sino el diagnóstico en sí mismo, que una vez obtenido puede ser validado o falsificado.

En este sentido, podemos conciliar, quizás, esta inquietud con la idea que venimos proponiendo: que el conocimiento implícito, cuando no se refiere solo al desarrollo de habilidades motoras, no es más que encapsulación de conocimiento explícito. Y más aún con esta otra idea: el diagnóstico no puede ser solo intuitivo, sino prenoético, es decir, tanto provenir de un conocimiento implícito producto de una encapsulación de conocimientos explícitos como preformar un conocimiento (diagnóstico) explícito. Pero para dejar más en claro este punto, veamos otra crítica al razonamiento de los hermanos Dreyfus: la crítica de Evan Thompson en su libro *Mind In Life*.

La crítica de Thompson

Evan Thompson es uno de los autores (junto con Francisco Varela y Eleanor Rosch) del libro *De Cuerpo Presente* (*The Embodied Mind*, 1991) y, por lo tanto, uno de los autores de la teoría del conocimiento enactivo.

En su libro *Mind in Life* (2010), Thompson hace una crítica no del modelo de adquisición de habilidades en sí, sino de algunas concepciones subyacentes al modelo, donde los hermanos Dreyfus son, al menos, ambiguos: la idea de que los conocimientos y decisiones intuitivas son inconscientes. Thompson denuncia que las ideas expresadas en *Mind Over Machine* (1986) se contradicen:

“Los hermanos Dreyfus afirman que en el desempeño absorto “la actuación se *experimenta* como un flujo constante de actividad hábil” (énfasis añadido). Esta caracterización parece correcta. En el desempeño habilitado, experimentamos nuestra actividad (no es inconsciente) y la experimentamos como un flujo constante (a menos que haya alguna interrupción o ruptura). Sin embargo, los Dreyfus también sugieren en otros escritos que «la acción absorta en el mundo *no implica una experiencia* de actuación” (1991, p. 58; cursiva agregada). A veces sugieren que el desempeño habilitado es en gran parte inconsciente (2000, pp. 322-323)”.

En este punto, Thompson reprocha que los Dreyfus confunden *consciente* con *deliberado*, y asegura que existe una autoconsciencia prerreflexiva que se establece en el desempeño de cualquier habilidad. Dice Thompson:

“La experiencia también comprende una autoconciencia prerreflexiva, que incluye en particular una autoconciencia corporal, que es pasiva (involuntaria) e intransitiva (no dirigida al objeto). Hay muchas razones para pensar que este tipo de autoconciencia prerreflexiva anima el desempeño habilidoso. Si el desempeño habilidoso no fuera prerreflexivamente consciente de sí mismo, entonces no sería diferente de la automaticidad inconsciente y no tendría ningún carácter experiencial”.

“Por el contrario, tiene sentido suponer que el desempeño habilidoso, en contraste con la automaticidad sin sentido, implica una experiencia de actuación no temática e implícita. Más precisamente, tiene sentido suponer que el desempeño habilidoso requiere de hecho una experiencia corporal prerreflexiva”.

Si estuviste prestando atención, te habrás dado cuenta de que todo este argumento de Dreyfus-Peña-Thompson refleja lo que estuvimos proponiendo. El modelo de Dreyfus se asemeja a lo que dijimos sobre la intuición; el artículo de Peña nos dio una excusa para presentar el concepto de encapsulación, y ahora la afirmación de Thompson se acerca mucho al concepto de prenoesis.

En *Mind In Life*, Thompson cita ampliamente a Gallagher, pero no a su libro *How the Body Shapes the Mind* (2005), donde introduce el concepto de prenoesis y fenómenos prenoéticos. Sin embargo, pareciera que esta autoconciencia prerreflexiva se refiere a una capacidad prenoética, por el hecho de ser corporal y prerreflexiva.

Si aceptamos esta reformulación del modelo de Dreyfus sugerida por Thompson, con nuestra propia reformulación de la reformulación mediante ideas de Gallagher, podemos adaptar el modelo de Dreyfus diciendo que donde los hermanos Dreyfus hablan de conocimientos o decisiones intuitivas lo tomamos como conocimientos o decisiones prenoéticas. Pero justificar esta revisión requiere un poco más de esfuerzo.

La introducción del Sistema 0

En *System 0: The Overlooked Explanation of Expert Intuition* (2014), Stuart Dreyfus da otra vuelta de tuerca a su teoría. En ese artículo, asegura que las teorías sobre la intuición tienden a explicarla como un producto de la memoria asociativa, sobre todo como el reconocimiento de patrones. Pero esa memoria asociativa es un tipo de memoria declarativa, solo que el producto del proceso no es la aplicación de reglas de derivación a distintos

conceptos, sino una asociación directa de conjuntos de conceptos a otros conjuntos de conceptos.

Sin embargo, existe otro tipo de memoria que activa estructuras encefálicas (los ganglios basales subcorticales y ciertos bucles neuronales entre córtex y cuerpo estriado) completamente distintas a la memoria declarativa y asociativa, y que los neurocientíficos identifican con procesos de conocimiento adquirido de manera experiencial: la memoria procedimental.

La característica de la memoria procedimental es que no hay procesamiento de información propiamente dicho, sino un mapeo neuronal directo de entrada/salida. Esta configuración es similar a lo que en la programación de software se conoce como “hard-coding”. Explicaré un poco este concepto.

Supongamos que un programador crea un programa para calcular los impuestos en cada factura. La alícuota del impuesto es distinta para cada cliente, y está definida en el archivo maestro de clientes.

El programa recibe como input el importe de la factura y el número de cliente. Con estos datos, accede al archivo maestro de clientes con el número de cliente, recupera la alícuota para ese cliente, multiplica el importe de la factura por la alícuota y devuelve el monto del impuesto que debe ser incluido en la factura emitida. A pesar de funcionar correctamente, el programa es lento porque tiene que acceder al disco duro por cada factura, y el acceso al disco es la parte más lenta del procesamiento. Ahora bien, supongamos que el programador sabe que la mayoría de las facturas son emitidas a un mismo cliente, la empresa WillSuth. En el maestro de clientes, el registro correspondiente al cliente WillSuth contiene la alícuota 10%. El número de cliente de la empresa WillSuth es 101567. Entonces el programador agrega una línea de código al inicio de su programa, que dice:

```
SI nro-cliente = 101567 ENTONCES alícuota = 10%
```

```
SINO acceder al archivo maestro de clientes para recuperar  
la alícuota
```

Con esa sencilla instrucción, evita el acceso al disco en la mayoría de las facturas procesadas, y el programa funciona mucho más rápido. Eso es lo que se llama una solución “hard-codeada”.

Sin embargo, esta eficiencia tiene un costo: si la tasa impositiva de WillSuth cambia, la simple actualización de la base de datos del cliente no se reflejará en el programa de facturación, lo que podría causar confusión hasta que el valor “hardcodeado” se actualice manualmente. A pesar de esta limitación, el programa funciona bien y rápidamente para las tasas impositivas actuales.

La memoria procedimental funciona de manera similar, haciendo un mapeo directo de input hacia output y evitando el procesamiento secuencial.

Dreyfus dice que esta memoria procedimental es la que se establece en los casos de expertos. Por lo tanto, no es una memoria asociativa con un proceso de reconocimiento de patrones (lo que sería Sistema 1), sino un mapeo directo input/output, que es un tipo distinto de procesamiento. Para mantener la terminología, Dreyfus llama a este modo de procesamiento el Sistema 0. Dice Dreyfus:

“En el espíritu de la terminología de Stanovich y West, designaré con el nombre Sistema 0 lo que argumentaré que es el más fundamental de todos los sistemas cerebrales conductuales, el sistema de memoria procedimental. Por lo tanto, estoy defendiendo una teoría tripartita de la resolución de problemas en lugar de la posición de sistema dual sostenida por la mayoría de los psicólogos cognitivos”.

En este sentido, Dreyfus argumenta que existen dos tipos de procesamiento intuitivo, y que deben ser discriminados. Según él, “Dado un estímulo sensorial situacional o conocimiento factual como entrada, el Sistema 0 realizará una acción o presentará una idea que la experiencia ha demostrado que es adecuada directa y espontáneamente. El Sistema 1 depende de asociaciones entre ideas, eventos y objetos similares para generar decisiones intuitivamente en situaciones nuevas o en situaciones familiares que carecen de retroalimentación sobre la calidad del desempeño. Agrupar estos dos sistemas crea un obstáculo para cualquier investigación productiva acerca de la intuición. Los dos sistemas activan áreas cerebrales físicamente distintas”⁷⁵.

Un ejemplo de conocimiento procedimental es el reconocimiento facial: uno conoce el rostro de una persona y puede reconocerlo entre muchos otros. Sin embargo, salvo casos de rasgos faciales extremos, generalmente uno no puede explicar cómo reconoce esa cara, por lo que la mayor parte de esto no se puede expresar con palabras. Cuando uno ve una cara, no es consciente de su conocimiento de las características individuales (ojo, nariz, boca), sino que ve y reconoce la cara como un todo.

En este sentido, el Sistema 0 no *piensa* en el uso convencional de la palabra, simplemente sabe cómo. A esto es a lo que se refiere Dreyfus cuando dice que no hay procesamiento de información. El procesamiento de información es propio de los Sistemas 1 y 2, que a la vez la procesan de maneras diferentes.

75 Shea y Frith (2016), paralelamente, también proponen un Sistema 0. Parten de premisas distintas, pero llegan a la postulación de un Sistema 0 similar a la de Dreyfus.

La importancia de esta diferenciación está relacionada con la carga cognitiva. Los procesos del Sistema 2 son muy sensibles a la carga cognitiva porque se interfieren unos a otros, dado que requieren atención focal: el Sistema 2 no puede tener más de un proceso ejecutándose al mismo tiempo. El Sistema 1, por su parte, es poco sensible a la carga: puede haber dos o más procesos relativos al Sistema 2 simultáneamente. El Sistema 0, al no incluir procesamiento de información, es prácticamente insensible a la carga.

El modelo cognitivo tripartito propuesto por Dreyfus tiene, por lo tanto, la siguiente conformación:

El Sistema 0 es procedimental, no-declarativo, no hay procesamiento de información, sino un mapeo entrada/salida. Está hard-codeado.

El Sistema 1 es declarativo, asociativo, realiza un procesamiento de información por reconocimiento de patrones. Es consciente pero automático.

El Sistema 2 es declarativo, realiza un procesamiento de información por medio de aplicación deliberada de reglas de inferencia y cálculo. Es consciente y deliberado.

En el ejemplo del conductor experto, existen situaciones en que recurre a cada uno de estos sistemas. Recurre al Sistema 1 para situaciones medianamente familiares, donde encuentra una solución intuitiva, pero en situaciones habituales, recurre al Sistema 0. También puede recurrir al Sistema 2 en situaciones novedosas, atípicas y complejas. Volvamos al ejemplo del conductor.

Sistema 2: Si se encuentra manejando y sobreviene una tormenta de nieve atípica, que nunca vivió, calcula conscientemente la situación y los riesgos, y decide conducir despacio, bajando la velocidad a casi 0 con bastante anticipación a cada curva que debe tomar, sabiendo que el auto puede resbalar sobre la nieve y fallar el giro.

Sistema 1: Por otro lado, en una situación habitual de entrada en la autopista, sin condiciones meteorológicas extremas, calculando la velocidad de entrada propia y la de los vehículos circulantes, puede recurrir al Sistema 1. Hace un cálculo intuitivo que sería imposible realizar de modo analítico por la cantidad de variables a analizar.

Sistema 0: Pero al incorporarse al tráfico de una calle de doble mano se queda de la mano derecha recurriendo al Sistema 0 (siempre que no esté manejando en Inglaterra). No hay ahí ni cálculo ni pensamiento ninguno. Es realmente automático.

Un conductor experto puede manejar dejando algunos subprocesos de manejo a cargo de sistemas de tipo 0. Esta es la verdadera superioridad del experto: puede liberar su procesamiento asociativo y analítico para consideraciones

más complejas. A medida que uno se hace experto, diversos subsistemas de percepción y de acción van pasando de sistemas de tipo 2 a sistemas de tipo 1, y luego a sistemas de tipo 0⁷⁶.

Como vimos, una de las razones por la que un experto puede decidir utilizar los distintos sistemas es la familiaridad o novedad de la situación, pero no es la única variable definitoria. Gigerenzer (2007) dice que la intuición (abarcada por los Sistemas 0 y 1) es útil cuando se tiene que predecir el futuro, pero el análisis razonado es útil cuando se tiene que explicar el pasado. O lo que es lo mismo, puedo entender una situación o decidir una acción usando los Sistemas 0 y 1, pero para explicar la situación o la decisión debo recurrir al Sistema 2.

Es importante entender la diferencia entre “automático” e «inconsciente», términos que a menudo se mezclan en los textos, tanto el de Dreyfus como el de Shea y Frith. Una tarea puede ser, por un lado, deliberada o automática. Es deliberada si el ejecutante elige los pasos o las reglas de inferencia que conforman el procesamiento. Es automática si los pasos del proceso se dan sin elección, de manera involuntaria. Además, las tareas pueden ser conscientes, donde estamos enterados de lo que sucede, o inconscientes, que suceden sin que nos demos cuenta. Deliberado/automático y consciente/inconsciente son dos dimensiones distintas. Estas distinciones resaltan que ser automático no significa necesariamente inconsciente y que las acciones deliberadas requieren conciencia.

| Procesos Cognitivos | | |
|---------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | <i>AUTOMÁTICO</i> | <i>VOLUNTARIO</i> |
| Consciente | Algunos procesos pueden ser ambos | Algunos procesos pueden ser ambos |
| Inconsciente | Algunos procesos pueden ser ambos | Ningún proceso puede ser ambos |

Es un malentendido común que las tareas automáticas deben ser inconscientes (esta es la ambigüedad que parecen ostentar tanto Dreyfus como Shea), pero esto no es necesariamente así. Los pasos pueden suceder de

76 En este sentido, me aventuro a afirmar que los marcadores somáticos de Damasio son un sistema de tipo 1, pero el as-if body loop que los acelera es un sistema de tipo 0. De la misma manera, el camino bajo de Ledoux parece ser de tipo 0, mientras que el camino alto es de tipo 1 o 2.

manera automática, pero ser conscientes (esto es lo que les critica Evan Thompson).

Pero dado que la decisión es automática, la consciencia solo puede ocurrir a posteriori.

En la escucha los pasos son automáticos, no hay intención, son Sistema 0 o 1. Pero el resultado de la escucha es necesariamente consciente, porque si no hay consciencia no hay escucha. La aferencia, por definición, no puede ser inconsciente. Es un proceso que termina en la consciencia. Si no termina en la consciencia es otra cosa, pero no aferencia. Y, como ya dijimos, un proceso que es automático y luego consciente se ajusta exactamente a la definición de prenoético.

Alrededor de este tema es justamente que se despliega el tema de la escucha, porque siempre decimos que debe ser consciente pero no deliberada. Para escuchar, debo no esperar nada (es no deliberada), pero dejar que las cosas me lleguen (es consciente).

Dreyfus se limita a explicar y justificar la introducción del Sistema 0, pero no modifica su modelo de acuerdo con él. Me atrevo a especular el modelo tal como quedaría de acuerdo con el uso de los Sistemas 0, 1 y 2 como modos de diferenciación:

| PARA SITUACIONES FAMILIARES | NOVATO | PRINCIPIANTE AVANZADO | COMPETENTE | DIESTRO | EXPERTO |
|------------------------------------|------------------------|------------------------------|-------------------|----------------|----------------|
| Entidades | Sistema 2 | Sistema 1 | Sistema 0 | Sistema 0 | Sistema 0 |
| Perspectiva | Sin perspectiva | Sistema 2 | Sistema 1 | Sistema 0 | Sistema 0 |
| Decisión | Externa (según reglas) | Externa (según reglas) | Sistema 2 | Sistema 1 | Sistema 0 |

| PARA SITUACIONES NOVEDOSAS | NOVATO | PRINCIPIANTE AVANZADO | COMPETENTE | DIESTRO | EXPERTO |
|-----------------------------------|-----------------|------------------------------|-----------------------------|----------------|----------------|
| Entidades | Sin solución | Sistema 2 | Sistema 1 | Sistema 0 | Sistema 0 |
| Perspectiva | Sin perspectiva | Sin perspectiva | Sistema 2 | Sistema 1 | Sistema 0 |
| Decisión | Sin solución | Externa (según reglas) | Externa (según directrices) | Sistema 2 | Sistema 1 |

El modelo de Dreyfus en la escucha

Veamos cómo se podría aplicar el modelo de Dreyfus al desarrollo de la escucha en la didáctica osteopática.

La etapa de novato habla de aprender y actuar de acuerdo con ciertas reglas. Ese es el conocimiento teórico adquirido, tanto de anatomía y fisiología como de tipos de disfunción y las distintas técnicas a aplicar para corregir para cada una de ellas.

El estudiante avanzado adquiere directrices para interpretar y resolver situaciones. Este canon de directrices, dado que definen no una acción específica, sino un estilo de acción, podríamos considerarlo una filosofía o una política. Nos gusta quedarnos con el término filosofía, para emparejarlo con la filosofía de la osteopatía. El novato aprende técnicas (reglas) para diagnosticar o resolver disfunciones. El principiante avanzado aprende una filosofía (directrices) que le permiten decidir en situaciones novedosas o complejas. Esta filosofía está resumida en los principios de la osteopatía, que los docentes y supervisores de clínica se encargan de recordar siempre que sea pertinente.

En la formación en osteopatía, un desafío importante para los estudiantes es cambiar su perspectiva desde el enfoque biomédico tradicional hacia la filosofía holística de la osteopatía. Esta transición requiere no solo adquirir nuevos conocimientos, sino también alejarse de conceptos biomédicos profundamente arraigados hacia una comprensión más holística de la salud que considere las complejas interrelaciones y dinámicas del cuerpo. Esto es especialmente difícil para aquellos estudiantes que provienen de la medicina convencional. Los supervisores desempeñan un papel crucial en este proceso, guiando a los estudiantes a centrarse en comprender los aspectos fisiológicos y anatómicos de las condiciones del paciente en lugar de categorizarlos en patologías específicas. Este enfoque enfatiza la observación del estado general del paciente y las causas subyacentes de sus síntomas, fomentando un compromiso más profundo con los principios básicos de la osteopatía. Esto implica tratar de entender qué le está sucediendo a este paciente, en lugar de buscar qué tiene. Los intentos de llevar a cabo un diagnóstico diferencial se producen no solo con patologías típicamente biomédicas (¡tiene una tendinitis!), sino también con disfunciones osteopáticas (¡tiene una torsión sacra T I/D!).

En la didáctica osteopática, el estudiante pasa de novato a principiante avanzado gracias a los conocimientos teóricos obtenidos en las clases y la práctica de las técnicas estudiadas entre los mismos alumnos.

Cuando empieza a ejercer las prácticas clínicas supervisadas, empieza a pasar a la etapa de Competencia, donde debe resolver una situación real en un tiempo finito, y necesita establecer una perspectiva. En esas situaciones, el supervisor provee directrices situacionales, que incluyen principios filosóficos que guían sobre cómo pensar un problema. En esa etapa, de a poco, los éxitos y fracasos en cada una de sus clínicas empiezan a sentirse como responsabilidad propia, y esto lo involucra emocionalmente.

Después de una práctica extensa, en general mucho después de terminar las clínicas supervisadas y luego de un tiempo en su práctica privada, los osteópatas avanzan a la etapa de Competencia, cuando desarrollan una capacidad intuitiva para manejar casos familiares sin un pensamiento analítico deliberado. Este conjunto de habilidades intuitivas se perfecciona con el tiempo, tanto a través de éxitos como de fracasos, lo que profundiza su inversión emocional y su sentido de responsabilidad en la atención al paciente.

Y mucho después, gracias a la práctica continua, el osteópata puede abstraer su consciencia analítica de la práctica clínica y colocarse en un estado alterado de consciencia que amplifica su capacidad de percepción y de acción.

Ya que hemos dividido el proceso de escucha en tres fases (sensación, percepción y cognición), y postulado que cada una de esas fases aporta a la escucha un fenómeno idiosincrático, podemos intentar una correlación con el modelo establecido, diciendo que la sensibilidad aumentada es la que permite la senso-percepción de entidades y situaciones, la fusión somática es la que conforma una perspectiva particular, y la penetración enactiva es la que concede acciones y decisiones intuitivas.

La escucha se empieza a adquirir en la etapa de competencia. En esa etapa, el estudiante puede percibir información mediante la escucha, pero en general son situaciones guiadas (“Vamos a sentir el MRP”). Podríamos decir que pasa a la etapa de dominio cuando mediante la escucha puede percibir elementos nuevos, no estudiados. Y pasa a la etapa de experiencia cuando puede escuchar y accionar sin necesidad de efectuar un análisis deductivo. Esto último implica que puede colocarse, a voluntad, en modo escucha.

Al respecto, quisiera advertir sobre una ambigüedad que suele suceder en la didáctica de la osteopatía: lo que llamo los “koanes” de la osteopatía. Los intentos de enseñanza de la escucha por medio de la palabra traen dos efectos que confunden al estudiante de los primeros años: la ambigüedad referencial y las discordancias sensoriales. Por un lado, el estudiante oye repetir desde los primeros años proposiciones a las que no puede fijar ningún referente: “hay que poner la mano y seguir los tejidos”, “si el tejido te saca, hay que salir”, “para hacer el thrust hay que esperar que el tejido nos dé el

paso”. Por otro lado, las instrucciones didácticas están repletas de expresiones que no tienen sentido: “escuchar el silencio”, “sentir la quietud debajo del movimiento”, “tocar el vacío”. Creo que uno puede entender todas estas frases recién después de lograr cierta experiencia de escucha en sus propias manos.

Todas esas frases son ciertas, pero creo que enseñarlo a los alumnos de primer año es contraproducente.

Los principiantes, tanto novatos como avanzados, tienen que transitar el razonamiento clínico para ir introyectando el proceso de diagnóstico. Los mecanismos de la intuición (como seguir corazonadas o la escucha) no son atajos a la excelencia, sino un resultado de la experiencia. No es verdad que administrando conscientemente nuestra intención podemos despertar o liberar la intuición, que pareciera estar subyugada por ese tirano que es la razón, sino al revés: cuando tenemos suficiente experiencia, suficientes repeticiones situacionales en nuestra historia, el grado de encapsulación de conocimientos de un nivel necesario para que se encarnen, es que se produce una penetración enactiva, que una vez que sucede nos permite administrar la atención de manera distinta. Ya vendrá el momento de no pensar. Los osteópatas expertos no piensan, siguen su primera impresión, se vuelven plenamente aferentes, tienen un contacto sutil, sienten todo el cuerpo desde cualquier parte, siguen los tejidos, escuchan el silencio, sienten la quietud y tocan el vacío, pero hacen todo esto porque son expertos. Sin embargo, alcanzar este nivel de pericia intuitiva requiere tiempo, paciencia y mucha experiencia práctica, lo que hace que las primeras aspiraciones de captar inmediatamente tales habilidades sean demasiado optimistas. El verdadero dominio emerge gradualmente a medida que el conocimiento se encapsula tanto que influye en las acciones sin una deliberación consciente.

**LOS MECANISMOS DE LA INTUICIÓN
NO SON ATAJOS A LA EXCELENCIA,
SINO UN RESULTADO DE LA EXPERIENCIA.**

Durante el aprendizaje, la encapsulación necesita ser transitada. No se puede establecer o desarrollar una práctica intuitiva a fuerza de intención, sino que sucede por sí sola gracias a la adquisición de conocimientos y repetición de procedimientos. La instrucción de “seguir la primera impresión” está bien orientada, pero es ambiciosa.

La encapsulación de conocimientos es un pasaje de consciente a inconsciente. El aprendizaje consciente necesita aprender, entender, asimilar y luego practicar las reglas de procesamiento de información, para que su aplicación

se haga inconsciente. Las reglas pueden ser formales deductivas (desde silogismos básicos, hasta cómo un dolor en el flanco izquierdo puede indicar un problema en el riñón por contacto con el nervio iliohipogástrico) o formales heurísticas (desde *tit-for-tat*, hasta el test de las tres esferas). Al principio, el estudiante necesita pensar, embrollarse, hacer razonamientos hipotético-deductivos. Además de, por supuesto, estudiar, llenar su cabeza con conocimientos explícitos, sobre todo de anatomía, que luego ayudarán a fijar y encapsular la experiencia adquirida por la práctica. La repetición de esos razonamientos genera la encapsulación necesaria para que se produzca la intuición.

La encapsulación de conocimientos es también un pasaje de digital a analógico. Hay que introyectar la analogización. Al aprender, rasterizamos para entender. Pero cuando los conocimientos se acomodan y se introyectan, la introyección permite una representación analógica que forma el diagnóstico prenoético.

Lineamientos básicos

En cuanto a lo que se debe aprender para lograr la escucha, existen ciertos lineamientos básicos. Expongamos algunos.

Declarativo y procedimental

Los conocimientos procedimentales son heurísticos, es decir, que se aprenden por ensayo y error. El error es parte integral del aprendizaje. El cocinero que da vuelta el panqueque en el aire tuvo que haber desparramado muchos panqueques. Si la primera vez que probó le salió bien, fue suerte. Es más, esa vez no aprendió nada. Las instancias de verdadero aprendizaje son aquellas en que algo salió mal.

En los procesos heurísticos no hay una manera correcta de hacer las cosas, sino maneras cada vez más precisas.

Esotérico y exotérico

En general, los conocimientos declarativos son exotéricos y los procedimentales son esotéricos. Los conocimientos exotéricos pueden ser plenamente

explicados usando descriptores. Los esotéricos no pueden ser comprendidos a menos que se experimenten directamente (como el sabor de una manzana). Por eso esotérico adquiere el significado de ‘accesible solo a iniciados’.

Los conocimientos esotéricos no se pueden enseñar, pero se pueden aprender. Se aprenden por la experiencia. No puedo enseñarle a un niño la diferencia entre los colores azul y verde solo con palabras; tengo que mostrarle algo azul y algo verde.

Todos los conocimientos declarativos son exotéricos. Pero no todos los conocimientos procedimentales son esotéricos. Por ejemplo, aprender a tocar una pieza de música desde una partitura, que necesita primero una fase exotérica y luego una esotérica. Primero, hay que convertirla de declarativa a procedimental, y luego practicar la ejecución procedimental para que se afiance.

En esta forma de aprender, la mejor manera es presencial, siguiendo las manos de un maestro. Y luego práctica, práctica y práctica.

Proyectar y discriminar

Las dificultades de la escucha para el neófito son sobre todo dos: la profundidad espacial y la sutileza de algunos movimientos. Lo que uno quiere sentir es profundo y sutil, y no estamos acostumbrados a sentir cosas profundas ni sutiles. La captación de objetos profundos la consigue gracias a la proyección. La de movimientos sutiles, gracias a la discriminación.

Esas son las dos destrezas que uno tiene que aprender: a proyectar y a discriminar.

Proyectar es fijar la atención a una distancia o plano determinado. Para eso, reclutamos tejidos mediadores, igualando la tensión de esos tejidos para no sentirlos.

Discriminar es fijar la atención a un ritmo determinado. Para eso, acompañamos los ritmos que queremos ignorar y flanqueamos los que queremos inquirir.

Necesitamos aprender a incorporar o soltar estructuras y ritmos.

Sinestesia como analogización

La vía para lograr una encapsulación de conocimientos es la capacidad sinestésica. El estudiante debe aprender a edificar modelos a partir de lo que percibe y sus conocimientos teóricos. Al inicio, puede ser útil construir

una imagen mental tridimensional de la anatomía enfrentada.

Como dice Esteves (2013): “Se debe alentar a los estudiantes en las primeras etapas de su educación profesional a explorar las sensaciones visuales, táctiles y propioceptivas sin la necesidad de una interpretación clínica de sus hallazgos. El énfasis en esta etapa de su desarrollo debería estar en el procesamiento de bottom-up. Es probable que la exposición a una variedad de sensaciones visuales y hápticas en el contexto de un examen clínico contribuya a una expansión de los mapas corticales en, por ejemplo, la corteza somatosensorial”.

Más adelante, cada uno adquirirá los modelos que mejor le sirvan a una representación analógica, dependiendo tanto de su personalidad como de la situación particular presente. Hay cosas que se sienten como una trayectoria trazada en el agua. Otras como imanes que danzan uno alrededor del otro, pero nunca se tocan. Otras como un chisporroteo eléctrico. Hay cosas que se sienten como relámpagos en el horizonte, un movimiento sutil que a la vez está y no está, y cuando te das cuenta de que estaba ya pasó.

Adquisición versus desarrollo

La escucha no se adquiere, sino que se desarrolla.

A veces siento cosas que no puedo entender, porque no puedo asignar a ninguna estructura o comportamiento anatómico que me suene. Pero sé que hace unos años eso ni siquiera lo sentía. También sé que dentro de unos años voy a entender esto que ahora no entiendo, pero seguro habrá otras cosas que no entienda, y que ahora ni siquiera percibo.

Paciencia

En los primeros años, leemos y estudiamos y practicamos como locos y sentimos que vamos avanzando, pero después resulta que vemos a un profesor que hace algo que parece magia, o le preguntamos algo a un alumno más avanzado y la respuesta parece esquivar el bulto («sigo lo que me digan los tejidos»), o nos atendemos con un osteópata posta y lo que hace el tipo parece algo inalcanzable. Yo recuerdo que a veces desesperaba. Mis compañeros empezaban a sentir cosas (el MRP, por ejemplo) y yo nada. Yo pensaba capaz que esto no es para mí, capaz me falta algún talento, esa capacidad de conectarse con las sensaciones, o capaz no me relajo lo suficiente.

Les pregunté a los profesores. Algunos me decían «no desesperes, ya va a llegar». Otros me pusieron sus manos sobre las mías cuando yo estaba sobre un cuerpo y trataron de ayudarme a sentir. Pero nada.

Bueno, no desesperen. Llega.

A mí me llegó. Fui el último de mi camada. Último ultimísimo.

Lo que pasa es que la osteopatía, o por lo menos la parte de la osteopatía relacionada con la escucha, se aprende con un clic.

Quiero hablar de ese clic.

El clic

Cuando empecé a meditar, allá en los 90, no lo hacía muy seguido. Una vez por semana a lo sumo, y a veces pasaban meses sin hacer nada. Me gustaba ser parte de las personas que meditaban, como David Lynch, y me gustaba decir que meditaba, y ahora no puedo estar seguro, pero sospecho que esas cosas me gustaban más que meditar en sí mismo.

Un día, después de muchos años, mientras estaba meditando, hubo un clic. Algo cambió. Sentí mi cuerpo como envuelto en un campo de fuerza o en gelatina incorpórea, algo difícil de explicar pero que se me antojaba parecido a esa fuerza que hacen los imanes cuando se tratan de juntar polos similares. Los sonidos me llegaban discriminados, como recortados del fondo, con una ubicación espacial definida. Sentía el peso del cuerpo como si estuviera levitando, o como si estuviera consciente de la gravedad en cada músculo, cada hueso, cada célula. Y estaba esa sensación de vórtex hacia el centro de mi cuerpo, pero también hacia afuera, un vacío que atraía y por donde mi pensamiento circulaba continuamente.

Cuando volví, me di cuenta de que eso era meditar, que antes nunca había meditado. Antes había estado quieto, relajado, quizás semidormido, pero meditar es llegar a ese clic, ese cambio de nivel, esa sensación como de soñar, pero sin soñar nada y a la vez estando despierto.

En este texto no quería hablar de la meditación, sino de ese clic. Porque ese clic me sucedió otras veces.

Con los estereogramas, por ejemplo. Estereogramas son esos dibujos que, si uno los mira un rato largo y cambia el punto de foco de la mirada, en un momento se llega a ver una figura en 3D. Ahí también, los miré muchas veces, con empeño, siguiendo las instrucciones, probando distintos dibujos y distintas luces, pero pasaron muchos meses hasta que un día llegó el clic y vi la figura en 3D y no podía creer que eso haya estado ahí todo ese tiempo,

algo que se puede ver pero que está más allá de lo evidente. Después me fanaticé con los estereogramas, me compré libros, me entrené en mirar los distintos estilos, y hoy en día pongo el dibujo delante de mi cara y enseguida logro ver la figura en 3D. Como seguramente mucha gente.

Recuerdo el clic también cuando aprendí a andar en snowboard. Tomé clases, el profesor me explicaba, yo practicaba y practicaba, pero me ubicaba arriba del snowboard, en la posición correcta y siguiendo las instrucciones, ¡y el snowboard no se movía! Estaba un rato como un zoquete, quieto sobre la nieve, poniendo toda la intención mental en que se generara movimiento, y nada, hasta que hacía trampa y movía el cuerpo, una pequeña sacudida con las piernas hacia adelante o hacia el costado, y entonces me caía. Me ponía de pie indignado, lo miraba al profesor y le reprochaba que me explicara bien, porque eso que me decía no funcionaba. Él me decía que insistiera. Y sí: después de un tiempo, algo pasó. Mi cuerpo adquirió la configuración exacta, la inclinación precisa respecto de la pendiente, y me moví hacia adelante sin hacer nada. Cuando digo sin hacer nada exagero, por supuesto. No era telequinesis. Pero la sensación era esa: me muevo sin hacer nada especial con el cuerpo, y, sobre todo, sin hacer nada que no haya hecho antes cuando no me movía para nada. Era el clic. Por suerte, el clic del snowboard llegó en un par de horas y no en meses como el del 3D o el de la meditación. Si no, probablemente nunca hubiera aprendido a andar en snowboard. Hubiera vuelto el otro día a la pista y me hubiera ido a tomar clases de ski, o directamente a tomar un café, y nunca más hubiera tratado de hacer snowboard.

Me pregunto qué cosas me perdí por no haber llegado al clic. Creo que hay cosas que requieren más tiempo para llegar al clic, y creo que depende también de los profesores que tengamos, y de la gente con la que estamos. Sé que hay cosas que intenté y abandoné porque no me salieron, y probablemente haya sido porque no llegué al clic. Tocar el didgeridoo, por ejemplo. Me compré uno, intenté mil veces tocarlo, tomé un par de clases, pero nada. Está ahí arrumbado en un rincón.

Puse los ejemplos de la meditación, los estereogramas y el snowboard porque cualquiera que me lea que haya hecho alguna de esas tres cosas sabe de qué le estoy hablando. Son cosas que al principio parecen imposibles y de repente - ¡clic! - se puede. Pero se me ocurre que hay otro ejemplo más universal: andar en bicicleta.

Aprendimos a andar en bicicleta cuando éramos chicos y quizás no tengamos el recuerdo, pero se me ocurre que cuando aprendimos a andar nos llevaban, y la primera vez que nos soltaron y nos fuimos de boca al suelo, y las siguientes veces que nos soltaron y también nos caímos, ahí pensamos: «esto es imposible, loco, no es para mí, hay que ser mago para hacer equilibrio en esto». Y, sin embargo, después de varios intentos fallidos, uno

sale derecho. Y ese derecho es para siempre, porque una vez que las fichas hicieron clic y se acomodaron en la cabeza, ya quedan.

El problema es que nadie te habla del clic porque no está teorizado. Nunca ningún instructor me dijo «parece que no pasa nada, pero no te rindas, en un momento tu mente se acomoda y te sale solo como por arte de magia, y una vez que te sale es tuyo para siempre». Lo que te dicen es «hay que insistir, que ya te va a salir». Si me hablan del clic no me desespero, sé que todo intento infructuoso genera las condiciones para el clic.

Ahora bien, yo aprendí a andar en bicicleta igual, sin que nadie me hablara del clic, y si me hubieran hablado me hubiera llevado el mismo tiempo. ¿Y entonces para qué quiero una teorización del clic?

Para entender por dónde viene la mano y no desesperar.

Porque hay cosas sin clic. Aprender a tocar el violín, ponerle. Me pongo a tocar el violín y tengo la sensación de que me va a llevar muchos años tocar una melodía decente. Y es verdad: me va a llevar muchos años, porque ahí no hay clic. Ahí se construye de a poco, nota por nota, dedo por dedo, y voy viendo a lo largo de los años un progreso lento.

Y yo les digo: aprendiendo osteopatía en un momento hay un clic. Por un lado, está el estudio de la teoría normal, la anatomía, la fisiología, la biomecánica, todo sin clic, meramente acumulativo.

Por otro, está la sensibilidad para la escucha. Para ser osteópata tengo que aprender a escuchar con las manos, y por más que uno intente, al principio parece una meta a años luz de distancia. Hace falta que algo haga clic en el fondo de la cabeza.

Obviamente, habrá también un perfeccionamiento con los años, así como con los años uno anda mejor en bicicleta, e incluso hay profesionales que hacen con la bici cosas increíbles, pero reconocer la existencia y necesidad del clic inicial tranquiliza, da la sensación de estar construyendo sobre un terreno que sabemos sólido.

VIII

FINAL

Conclusión

Reconstrucción de las argumentaciones anteriores

Repasemos un poco el recorrido de los argumentos que presentamos en cada sección, para tener una visión de conjunto y entender de dónde derivan las ideas.

En la **Introducción**, analizamos la idea de separar arte y ciencia. Mostramos cómo esta alocución cotidiana viene de Descartes, mencionamos la crítica al dualismo cartesiano concebida por Gilbert Ryle, y luego postulamos la existencia de otros tipos de saberes. Al saber entender y saber hacer, agregamos un saber ser y un saber sentir. Estos cuatro tipos de conocimiento deberían ser parte de la formación osteopática. Las ideas de esta parte provienen de Descartes y Ryle.

En la sección de **Conceptos Preliminares**, presentamos varias nociones. En principio, dijimos que la escucha no es sólo parte del diagnóstico. Luego, mostramos que la osteopatía se adaptó al modelo biomédico, y esto hizo que la escucha no termine de integrarse. En relación con esto, propusimos que la filosofía osteopática y la escucha pueden unirse, y dijimos que El Cuerpo y La Escucha es un intento en esa dirección. Las ideas de esta parte provienen de Parsons, Silver, Lederman, Fryer y Sutherland.

Para organizar el resto del libro, propusimos estudiar a la escucha en tres aspectos: en tanto proceso, en tanto estado y en tanto acto. Además, para la parte de investigación en tanto proceso, propusimos dividirla según tres fases de la sensorpercepción: sensación, percepción y cognición. Esta división nos sería útil porque en cada una de estas fases se produce, en la escucha, un fenómeno particular.

Por otra parte, definimos algunos conceptos que se repiten a lo largo del libro: tacto distal, proyección, discriminación, y el armado de un modelo persistente en memoria. Las ideas de esa parte provienen de Luria, Goldstein, O'Shaughnessy, Ratcliffe y Fulkerson.

La sección dedicada a la **Sensación** está estructurada en dos partes. En la primera, hablamos de la atención, centrándonos en los fenómenos de ceguera e interrupción atencional, para mostrar que la escucha genera una *sensibilidad aumentada* al distribuir la atención de una manera particular. Las ideas de esa parte provienen de Simons, Chabris y Maturana.

En la segunda parte, tomamos -muy libremente- la idea de presentar distintos escenarios táctiles propia de Fulkerson, y la adaptamos a los planos de escucha, para postular doce niveles de sensopercepción. Las ideas de esa parte provienen de Fulkerson, Parsons, Stone, Sills y Jealous.

La sección dedicada a la **Percepción** toma el concepto de *empiètement* de Merleau-Ponty para contextualizar la noción de tacto distal de Fulkerson, y luego relacionarla con las ideas de imagen corporal de Schilder y la de soma de Hanna. Como un intento de establecer una organización del espacio, tomamos la idea de kinesfera de Laban y elaboramos un modelo similar a los espacios de acción de la proxémica, y así definimos varias esferas de identidad. Conjugando todos estos conceptos, mostramos que, en la escucha, el osteópata ve al cuerpo del otro como una extensión de su imagen corporal, y llamamos a este fenómeno una *fusión somática*. Las ideas de esa parte provienen de Merleau Ponty, Fulkerson, Schilder, Hanna, Laban y Hall.

En la sección dedicada a la **Cognición** tomamos la idea de penetración cognitiva y la contextualizamos con la teoría del conocimiento enactivo de Varela, para postular una penetración somática. Esta penetración somática la relacionamos con los marcadores somáticos de Damasio, conceptos de interocepción de Craig y el Sistema 1 de Kahneman, para hablar de una intuición corporal. También presentamos la idea de encapsulación de conocimientos de Schmidt y Boshuizen para mostrar cómo se forma esa penetración enactiva. Finalmente, relacionamos todas esas ideas con el concepto de prenoesis de Gallagher, para hablar de una intuición prenoética, que se despliega en el cuerpo, pero preforma la consciencia. Las ideas de esa parte provienen de Varela, Damasio, Kahneman, Gigerenzer, Schmidt, Boshuizen y Gallagher.

En cada una de esas etapas (Sensación, Percepción y Cognición) se postuló un mapa prenoético, en cuanto mecanismo de penetración intuitiva que hace más veloz algún procesamiento cognitivo. Estos mapas son una formalización de mecanismos descritos por otros autores con otras palabras (esquemas en Piaget, marcadores somáticos en Damasio, predicción en Lisa Feldman Barrett).

Si bien estos mecanismos son muy distintos (sobre todo cuando uno va al detalle de las estructuras anatómicas relativas y los procesos relacionados), son homólogos a un nivel muy alto. El funcionamiento es similar: 1) la

producción de un esquema de contenido material a partir de procesamiento formal, sea de percepción, de razonamiento o de acción (encapsulación), 2) un intento de reconocimiento de patrones a partir de esos mapas, que llamamos intuitivo, que acontece en cualquier proceso del cuerpo, sea perceptivo, cognitivo, emocional o motor (penetración), 3) donde los mapas son incompletos hace falta un procesamiento formal para completar el proceso, y 4) cada vez que hay un procesamiento formal, hay también una actualización del mapa para intentar una aproximación material la próxima vez.

Nombramos tres mapas teóricos. En la sensación, un mapa *topológico*, que toma las propiedades intensivas percibidas y las relaciona entre sí espacialmente. En la percepción, un mapa *ontológico*, que identifica entidades a partir de las propiedades intensivas y sus ubicaciones relativas. En la cognición, un mapa *mereológico*, que permite relacionar entidades entre sí y con el conjunto total, y deducir procesos de funcionamiento y propiedades emergentes. Las ideas de este modelo provienen de Piaget, Damasio, Barrett y Gallagher.

En la sección dedicada a analizar **la escucha en tanto estado**, dijimos que el modo escucha es un estado alterado de consciencia, y entonces tomamos la teorización de estos estados hecha por Tart, Ludwig y Farthing para analizar la escucha según sus lineamientos. Analizamos en particular un modo ya estudiado, el *flow*, para compararlo con el modo escucha, y postular que el modo escucha es homólogo al *flow*, salvo que es aferente donde el *flow* es eferente. Las ideas de esa parte provienen de Tart, Ludwig, Farthing y Csikszentmihalyi.

En la sección dedicada a **la escucha en tanto acto**, hablamos de factores individuales y factores relacionales que se despliegan en el acto de escucha. Entre los factores individuales incluimos, entre otros, atención, intención y paciencia. Entre los relacionales, empatía, respeto, protocolo y contraescuchas. De cada uno de ellos, propusimos modos de optimización y principios deontológicos. Las ideas de esa parte provienen de Becker, Rogers, Hanh y Alexandre.

La sección dedicada a **la escucha en tanto legitimación** paradigmática puede dividirse en dos partes. La primera toma ideas de la teoría de actos de habla de Austin para mostrar que la interpretación de los principios osteopáticos debe ser performativa, y denunciar que algunos autores, al acusar a la osteopatía de irrelevante, cometen una falacia descriptiva. A continuación, analizamos el significado de cada uno de los principios según su sentido performativo, y mostramos cómo la escucha cumple y promueve cada uno de ellos. Las ideas de esta parte provienen de Austin y Svenaeus.

La segunda parte se concentra en la cuestión didáctica. Para ello, tomamos el modelo de Dreyfus y lo relacionamos con la teoría enactiva de

Varela y los sistemas 1 y 2 de Kahneman para mostrar que la escucha se puede enseñar según el modelo de Dreyfus, donde cada etapa, sucesivamente, potencia la sensibilidad aumentada, promueve la fusión somática y encapsula el razonamiento clínico. Las ideas de esta parte provienen de Dreyfus, Thompson, Varela y Gallagher.

Recapitulación de lo expresado hasta ahora

La escucha osteopática es un proceso, un estado y un acto.

En tanto proceso, es una experiencia de sensopercepción táctil. Dividimos esta sensopercepción en tres fases: sensación, percepción y cognición, y dijimos que en cada una de estas fases sucede un fenómeno particular, causado por la aplicación de una concentración desacostumbrada de la atención y su restricción a la esfera del tacto, sobre todo en su aspecto propioceptivo. En la sensación, la distribución y concentración particular de la atención produce un aumento de la sensibilidad, lo que llamamos *sensibilidad aumentada*. En la percepción, gracias a que gran parte de la escucha se realiza por medio de propioceptores, y gracias también a una sinestesia visual y propioceptiva, donde cada uno de estos sentidos modula las características del otro, sucede una *fusión somática*, que consiste en percibir el cuerpo de otro desde la perspectiva que se percibe el cuerpo propio. En la cognición, gracias a esquemas adquiridos por encapsulación, se produce una amplificación del alcance de los mecanismos de penetración enactiva, y esto amplifica la capacidad de *intuición prenoética*.

Por otra parte, sensación, percepción y cognición no son tres fenómenos separados, sino que se interpenetran entre sí, de manera que estas tres propiedades de la escucha también se modulan y potencian unas a otras.

Estos tres fenómenos, en conjunto, al atravesar todo el eje senso-percepto-cognitivo, se experimentan como un estado alterado de consciencia. Este estado alterado de consciencia permite un diagnóstico prenoético, que es automático e intuitivo.

Pero los procesos y estados de escucha incluyen un otro, de manera que son siempre bidireccionales. La escucha es un acto relacional. En este sentido, la escucha predispone en el paciente una afinación somática, que es uno de los principios de sanación. Cada instancia de escucha es inseparable de una instancia de inducción. El paciente no está nunca pasivo en la escucha. La palabra “paciente” tiende a reducir al individuo a un mero receptor pasivo de cuidados sanitarios: “aquel sobre quien se actúa”, cuando en realidad un paciente no es exactamente un paciente, sino un actuante.

Este estado de consciencia, además, afecta al terapeuta, que necesita cambiar su modo mental de procesamiento, de digital a analógico, de deductivo a intuitivo, de noético a prenoético. Debe también adoptar un modo de vínculo con el mundo menos visual y más propioceptivo. Y debe no solo enfrentar, sino además desplegar, su vulnerabilidad. Así como cambia al paciente, la escucha cambia también al terapeuta.

La escucha y la osteopatía

El fenómeno característico de la escucha es la fusión somática. Esta fusión somática tiene varias virtudes:

1) Produce una visión del cuerpo como soma, no objetivado, el cuerpo vivo y habitado. Esta visión del cuerpo vivido no es solo una forma de decir; es la visión del cuerpo desde la perspectiva de uno mismo (un aspecto que se pierde en la visión objetivada de la anatomía ortodoxa), y, por lo tanto, permite ver cosas que de otro modo pasarían desapercibidas.

2) Predispone a la comprensión y ejecución del paradigma holístico

3) Produce una relación íntima con el paciente, de seguridad e interacción social, que genera un entorno fructífero para una recuperación, sobre todo en casos de dolor crónico y enfermedades crónicas. La escucha permea el cuerpo del paciente para generar una empatía. En esta empatía el osteópata siente lo que siente el paciente, pero no se identifica; le permite acceder a la experiencia subjetiva de otra persona manteniendo la consciencia del otro como “otro”.

4) Al establecer un canal de conexión interoceptivo (entre el cuerpo y la percepción), tanto en el terapeuta como en el paciente, genera la predisposición ideal para establecer estrategias de consciencia somática y afinación somática, herramientas terapéuticas orientadas a contrarrestar la disociación y sensibilización central, y que son, por lo tanto, un camino hacia la cura de traumas, dolores crónicos y enfermedades idiopáticas.

La fusión somática produce un desbordamiento (el *empiétement* de Merleau-Ponty) en todo sentido: en la atención, en el esquema corporal, en la adquisición de conocimientos. La atención no se compone solo de dos campos, foco y periférica, sino que está constituida por un continuo de atención en degradé. El cuerpo y la mente no son dos entidades distintas, sino que se interpenetran continuamente. El esquema corporal no es finito, sino que se difunde hacia el mundo exterior. El conocimiento no es una adquisición de datos desde un mundo exterior, sino que se crea en la relación entre yo y el mundo.

Siempre hay penetración. Siempre hay desbordamiento. Hay una atención que distribuye sus recursos entre una zona de atención total (el foco atencional) y una zona de no atención, mediada por una zona graduada de atención periférica. Hay una identidad que se distribuye en un continuo entre yo y el mundo, mediada por una zona gradual de identidad periférica. Hay una entidad que se distribuye en un continuo entre cuerpo y mente, mediada por una zona graduada intermedia. En todas esas zonas graduales intermedias es donde suceden las sensaciones y las emociones. Las sensaciones y las emociones conectan el yo con el mundo y el cuerpo con la mente.

La escucha es un fenómeno que se despliega en un campo intermedio entre lo autónomo y lo consciente. Tanto la consciencia como el organismo se ponen en un estado alterado que permite cambios cuantitativos y cualitativos: aumentar la sensibilidad sensoperceptiva y adquirir una perspectiva aferente particular. Además, se establece un acto de comunicación corporizado entre el cuerpo del paciente y el cuerpo de terapeuta. Estas tres características de la trayectoria aferente (aumento cuantitativo, diferencia cualitativa, comunicación tisular) permiten desarrollar un proceso de interpretación y diagnóstico prenoéticos.

La escucha es un proceso que el osteópata realiza, en principio, con la intención de hacer un diagnóstico, pero no es privativa del diagnóstico.

En primer lugar, la escucha está siempre ahí: en un tratamiento, por ejemplo, mostrándome cuando los tejidos me dan el paso y guiando cada parte de las técnicas.

En segundo lugar, la escucha predispone a la cura, tanto en el terapeuta, que se pone en modo escucha para ampliar sus capacidades, como en el paciente, donde el estado de escucha predispone a la sanación. La escucha prepara el cuerpo y predispone a la mente para la cura.

En tercer lugar, la escucha, además de permitir un diagnóstico y de guiar y catalizar las técnicas, es en sí misma terapéutica. La escucha, mediante la propiocepción e interocepción del paciente, actualiza los mapas del esquema corporal alojados en memoria, agregando territorios antes inexplorados y actualizando los que existían. Se produce una *afinación somática* que desarma disociaciones, conecta al paciente con su propio esquema corporal, y le da al paciente agencia sobre su cuerpo.

Como osteópata, concentro la atención para poder proyectar mi soma, proyecto mi soma para poder establecer una penetración enactiva, y esta penetración enactiva destila un diagnóstico prenoético que preforma el diagnóstico conceptual.

Insistí en que la escucha es la herramienta cardinal de la osteopatía. Dije también que, sin escucha, no hay osteopatía. Pero que quede claro esto: la

osteopatía no es la escucha. La escucha es solo una parte de la osteopatía.

Osteopatía es saber entender, saber sentir, saber hacer y saber ser. La escucha es un fragmento del saber sentir. Pero no es solo eso: también es saber esperar, saber estar, saber escuchar, saber contemplar.

La escucha no es el diagnóstico. El diagnóstico viene después, cuando, a partir del esquema somático y la historia psicofisiológica del paciente, reconstruyo la cadena disfuncional.

La escucha tampoco es el tratamiento. Si bien marqué algunas características de la escucha como terapéuticas, el tratamiento es un proceso estructurado y dirigido posterior al diagnóstico.

La escucha establece el escenario y las condiciones donde voy a poder desplegar el diagnóstico y el tratamiento, y en tanto catalizador es una componente fundamental de la clínica, pero no es suficiente. La clínica no puede quedarse en la escucha. La clínica osteopática empieza donde me deja la escucha.

Aprender a escuchar

Lo prenoético es inefable en sí mismo. Por lo tanto, no puede adquirirse por medio del lenguaje, sino por la práctica. El lenguaje puede proveer aproximaciones poéticas al fenómeno, en el sentido que le da Jacobson a «poético». Esto es lo que llamo los “koanes” de la didáctica osteopática.

Las herramientas que permiten el proceso, el estado y el acto de escucha se producen por encapsulación de conocimientos, y, por lo tanto, se aprenden gracias a la repetición y a la práctica dirigida. El aprendizaje de la escucha consiste en entrenar de manera consciente esos procesos de aprehensión de datos y de diagnóstico, y repetirlos para que se encapsulen y se asimilen. El osteópata experto puede pasar al modo escucha y ejecutar los procesos de la escucha de manera autónoma, y la didáctica de la escucha no puede forzar este desarrollo. La automatización vendrá sola, una vez que los conocimientos se hayan adquirido y practicado lo suficiente.

La práctica sola ya produce una sensibilidad aumentada, pero la convergencia atencional propia de la escucha produce una sensibilidad más aumentada. La práctica también produce encapsulación, con lo cual permite procesos intuitivos. Por otra parte, dado que la escucha se realiza con el tacto, que es emocional, se generan marcadores somáticos que aumentan la capacidad y la velocidad de encapsulación gracias a una penetración enactiva.

Revisión de los objetivos del libro

Dijimos que en *El Cuerpo y La Escucha* teníamos un objetivo bifurcado: explorar un camino para, a la vez, legitimar y des-esoterizar la enseñanza y la práctica de la escucha. Por todo lo expuesto, creemos que hemos logrado establecer los mojones que demarcan un curso.

Por un lado, queríamos legitimar la escucha como método de adquisición de conocimientos, en particular, como método de diagnóstico válido. Creemos que esta legitimación se puede lograr considerando a la escucha como un fenómeno de encapsulación de conocimientos. La intuición prenoética de la escucha proviene de una encapsulación del razonamiento clínico osteopático y de los conocimientos de anatomía y fisiología, y produce un diagnóstico prenoético que preforma un diagnóstico racional, que puede ser validado, falsificado o reevaluado.

Por otro lado, queríamos des-esoterizar la enseñanza de la escucha. Creemos también que la escucha deja de ser esotérica si la consideramos una encapsulación de conocimientos, con lo cual el diagnóstico provisto preforma pero no reemplaza un razonamiento clínico.

Los temas desarrollados en *El Cuerpo y la Escucha* no pretenden agotar el tema de la escucha. No solo no proporcionan todas las respuestas, sino que ni siquiera hacen todas las preguntas. Mi propósito al escribir este libro era que funcionara, antes que nada, como una invitación, porque estoy convencido de que, como dice mi mentor Juan Bunge, se viene la nueva osteopatía.

Allá al principio, dijimos que la osteopatía es pensar como Still. Dentro de ella, Sutherland nos enseñó a sentir, pero se esmeró también en recalcar que esta particular forma de sentir es una manifestación del razonamiento clínico. En ese sentido, todo este texto no es más que una glosa de un centenar de páginas de algo que Sutherland expresó con solo tres palabras: *con dedos pensantes*.

Podríamos decir que la osteopatía es sentir como Sutherland, pensando como Still.

Epílogo

¿Por qué escuchamos?

Como osteópatas, no curamos. No acomodamos. No ajustamos. No ayudamos. No interpretamos. No reconocemos. No enseñamos. Solo establecemos una conexión entre los pacientes y ellos mismos. Son los pacientes los que se reconocen, se interpretan, se enseñan, se acomodan, se ajustan, se ayudan y se curan.

La manera de conectar es escuchando.

No buscar lo que está mal, sino escuchar. No acomodar lo que está fuera de lugar, sino escoltar los procesos de los otros. No enseñar, sino aprender. No reconocer patrones genéricos, sino sentir la dinámica personal. No ajustar, sino ser testigo de una transformación que se desenvuelve frente a nuestros ojos.

La clave es la presencia, esa delgada superficie divisoria entre invadir y no estar. Escuchar es sencillamente estar presente. Es estar lo más posible tratando de ser lo menos posible; es estar solo para los demás.

La escucha es una ofrenda a la vez sólida y tenue, que sustenta y envuelve, desnuda y arropa.

Como osteópatas nos ofrecemos, nos quedamos, estamos, acompañamos, abrigamos, sentimos.

Como osteópatas, antes que nada, escuchamos.

¿Qué escuchamos cuando decimos que escuchamos?

Escuchamos a nuestros pacientes.

Escuchamos sus mundos interiores, los universos complejos que se crean

dentro suyo como una madeja de dolores actuales, actividades habituales, personalidad, historia clínica y familiar, ambiente social, convicciones, sentimientos, identidades.

Escuchamos lo que nuestros pacientes dicen y lo que no dicen. Escuchamos los estrépitos y los silencios. Escuchamos lo que quieren y lo que no quieren escuchar ellos mismos.

Escuchamos y resonamos. Pero no buscamos ni escuchar ni resonar. Lo único que buscamos es estar. Y estando, escuchamos y resonamos.

Escuchamos a nuestros pacientes en todo.

Escuchamos sus gestos, sus palabras, sus tensiones, sus resistencias, sus significados, sus connotaciones. Escuchamos sus gritos enterrados, sus carcajadas fallidas, sus estilos motores, sus llantos engullidos, sus orgasmos silenciados, sus rugidos satisfechos. Escuchamos sus deseos inconclusos, sus miedos secretos, sus estrategias de protección, los dolores que los trastornan y los que no saben que tienen.

Escuchamos a nuestros pacientes cuando hablan y cuando no hablan, las cosas que expresan cuando no dicen nada y las cosas que no dicen cuando se expresan.

Los escuchamos cuando saben cosas que quisieran no saber. Los escuchamos cuando quieren ocultar que ocultan cosas. Los escuchamos cuando buscan lo que no quieren encontrar. Los escuchamos cuando aparentan una cosa y confiesan otra, y no son ninguna de las dos. Los escuchamos cuando no quieren saber lo que quieren.

Escuchamos suspiros chiquitos como el latido de un corazón de araña y truenos enormes que parecen quebrar todo el cielo.

Escuchamos todo eso que son nuestros pacientes, lo que los moldea, lo que los puebla, lo que los interpela, lo que los atraviesa.

¿Para qué escuchamos?

¿Para qué escuchamos los osteópatas?

Para entender a nuestros pacientes, claro. Para saber de dónde viene lo que les pasa, cómo lo procesaron sus cuerpos y en dónde pudo haberse alojado alguna restricción. Para conocer sus políticas corporales, sus protocolos de respuesta, sus sistemas de seguridad autonómicos, sus estrategias de recuperación. Para saber dónde se puede establecer un fulcrum que tutele el camino de vuelta a la salud.

Pero no es eso solo.

Escuchamos porque la escucha es en sí misma una potencia de sanación.

La escucha es a la vez la más pasiva y la más activa de las actitudes.

La más pasiva, porque no hay que intencionar nada, ni siquiera poner una mínima intención en escuchar.

La más activa, porque la escucha es poderosa. La escucha se expande, prolifera, inunda, conecta, sustenta. La escucha exorciza, conjura, templea, despeja, regenera, resucita. La escucha transforma.

Una masa informe de moléculas que vibran, se sacuden, se chocan y se desbaratan, se transforma en música cuando alguien escucha.

De la misma manera, toda persona cambia cuando se la escucha. El solo hecho de sentirse escuchado puede cambiar la forma de verse uno y al mundo. Sentirse escuchado borra mandatos, disipa culpas, encoge miedos. Sentirse escuchado es *satori*, *nirvana*, *samadhi*.

El regalo más precioso y auténtico que le podemos hacer a cualquier persona es escucharla.

Por eso escuchamos.

Por eso la escucha es la joya de la osteopatía.

Apéndice

Definición de osteopatía

Habíamos propuesto revisar la definición de “osteopatía”. Veamos si lo visto hasta ahora puede indicarnos alguna dirección.

Definición tentativa

Habíamos propuesto, a partir de definiciones existentes, una Definición Tentativa que no nos convencía. Era la siguiente:

La osteopatía es un arte y una ciencia de la salud que utiliza técnicas manuales para el diagnóstico y tratamiento de los problemas mecánicos del organismo y su influencia en la salud general.

Habíamos criticado algunas de sus ideas subyacentes, y entonces propusimos una

Definición Un Poco Menos Conciliadora, Aunque Todavía Tentativa

De acuerdo con dos o tres conceptos fundantes, habíamos elaborado el siguiente boceto de definición:

La osteopatía es una medicina que busca orientar a la persona hacia el funcionamiento de máximo bienestar posible a partir de modelos holísticos de diagnóstico y tratamiento.

Por supuesto, esa definición es rudimentaria y poco específica. Con lo visto hasta ahora, podemos intentar algunas mejoras, y proponer una

Definición También Tentativa Pero Más Incluyente

Vamos a agregarle ahora la escucha, y también los tres cambios paradigmáticos provocados por ella: el modelo de cuerpo como algo vivo y vivido, el principio de unidad del cuerpo, donde incluimos en el cuerpo a la mente y las emociones y el tipo nuevo de relación médico/paciente. Por ahora, quedaría así:

La osteopatía es una medicina manual que busca orientar a la persona hacia el funcionamiento de máximo bienestar posible a partir de modelos holísticos, etiopáticos, autopoieticos e idiográficos de diagnóstico y tratamiento, cuya herramienta cardinal es la escucha, además de ser la base para una nueva concepción de la salud donde el cuerpo es visto como cuerpo vivo y vivido e incluye tanto los tejidos como la mente y las emociones, que organiza el entendimiento del paciente sobre la base de cadenas causales individuales y no según patologías genéricas definidas por conglomerados de síntomas evidentes, y donde la relación médico/paciente es subjetiva, personal y basada en una conexión profunda.

Quitamos la idea de “problemas” y la restricción al campo de lo mecánico, pusimos la escucha, agregamos las emociones, le dimos el toque holístico, y delineamos una concepción no mecanicista del concepto de salud.

No nos contentamos todavía. Faltan todavía muchas cosas para que podamos arribar a una

Definición Ideal

Creemos que quedan sin incluir aspectos que diferencian a la osteopatía y fundan su filosofía y su práctica. El diagnóstico se hace de una manera particular. El tratamiento también. La visión del cuerpo es distintiva. Los criterios de base para la evaluación son específicos. Se basa en una filosofía explícita que guía toda la praxis (al contrario de la medicina convencional

que, aun teniendo cierta filosofía detrás, la mantiene oculta⁷⁷).

Hacen falta más pesquisas, reflexiones y discusiones para completar nuestra definición.

77 La “filosofectomía” denunciada por Svenaeus (1999).

Fe de erratas

En las secciones II, III, V, VI, y también en algunas otras, hay algunos errores tipográficos, algunos sintácticos y varios conceptuales. La página 237, por poner un ejemplo, es un muestrario de la abundancia y variabilidad del tipo de errores que suelo cometer. El lector seguramente habrá encontrado algunos de ellos a todo lo largo del libro, y yo lo insto a buscar los otros, sobre todo los errores conceptuales e ideológicos, y reemplazarlos con sus propias ideas y sentires.

Sepa que todo escritor escribe desde su propia idiosincrasia, y que todo lector lee desde la suya, y que, al momento de confrontar ideas, la idiosincrasia del lector debe prevalecer.

Glosario e índice razonado

Acto: La ejecución de un cambio de estado (*Ver también:* Estado, Proceso). [Capítulo 4]

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). [Capítulo 11]

Alolocalización: Localización topológica y espacial de los estímulos percibidos, según un marco de referencia cuyo origen es independiente del sujeto percipiente (*Ver también:* Egolocalización). [Capítulo 7]

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). [Capítulo 12]

Analógica: Tipo de representación que tiene cierta similitud con lo representado. Se utiliza sobre todo para la representación de magnitudes de variación continua mediante funciones de variación también continua.

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. [Capítulo 12]

Atención: El acto de concentrar recursos de sensorpercepción en los estímulos más interesantes, de manera de procesarlos mentalmente con más dedicación que al resto. [Capítulo 7]

Atención periférica: Capacidad de la consciencia de tener presentes, en segundo plano, estímulos que no están en el foco principal de la atención, pero pueden causar una interrupción atencional. [Capítulo 7]

Autopoiesis: 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. [Capítulo 6]

Autotélico: Dícese de cualquier esfuerzo o actividad que encuentra fin en sí mismo. [Capítulo 15]

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).

Ceguera inatencional: Fenómeno producido cuando ciertos elementos incluidos dentro del espacio atencional no son incorporados en la consciencia. [Capítulo 7]

Centro: Punto topográfico del cuerpo humano que representa el centro de las esferas de identidad, y desde el cual se planifican y evalúan los movimientos corporales. [Capítulo 11]

Cognición: En el contexto de este trabajo, la tercera fase de la sensor-percepción, luego de la sensación y la percepción. La fase en la que los estímulos egolocalizados e identificados en las fases anteriores son analizados en sus relaciones entre ellos y con el entorno, sobre todo en relaciones de causalidad. Es donde sucede el “*whence and whither processing*”. (*Ver también:* Sensación y Percepción). [Capítulo 13]

Consciencia: Conocimiento de que algo sucede o existe. Según Freud: “órgano sensorial para la percepción de cualidades psíquicas”.

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). [Capítulo 11]

Cuerpo: La estructura física y material del ser humano. [Introducción]

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.

Discriminar: Administrar la atención y el foco para evitar que un estímulo sensado ingrese en la percepción. [Capítulo 6]

Disfunción: Funcionamiento anormal del organismo.

Disfunción compensatoria: Cualquier disfunción que se origina como intento de minimizar los efectos de otra disfunción. (*Ver también:* Disfunción Primaria). [Capítulo 12]

Disfunción primaria: Cualquier disfunción que se origina por un acontecimiento u objeto externo al organismo. (*Ver también:* Disfunción Compensatoria). [Capítulo 12]

Distal: Forma de referenciar, de entre dos o más entidades, la que está más lejana del egocentro (*Ver también:* Proximal). [Capítulo 3]

Egocentro: Marco de referencia donde se localizan las entidades sensor percibidas, cuyo origen es el sujeto percipiente. [Capítulo 3]

Egolocalización: Localización topológica y espacial de los estímulos percibidos, según un marco de referencia cuyo origen es el sujeto percipiente. [Capítulo 7]

Empatía: Modo de intencionalidad que permite acceder a la experiencia subjetiva de otra persona, con la conciencia de que la experiencia del otro es diferente a la propia. Es decir, la capacidad de ponerse en lugar del otro, de manera de percibir sus sensaciones y emociones desde su punto de vista particular para poder entenderlas como si uno fuera la otra persona, aunque sin llegar a confundir identidades. [Capítulo 18]

Encapsulación de conocimientos: Efecto del aprendizaje que consiste en tomar un conjunto de conceptos de bajo nivel y tratarlos como una sola entidad de alto nivel, de manera de operar directamente sobre sus propiedades y métodos exteriores como una caja negra, sin considerar el comportamiento de las partes. [Capítulo 13]

Entidad: Una entidad es algo que existe y que es identificable. Para que algo sea considerado una entidad debe cumplir dos condiciones: poseer cierta unidad intrínseca (debe poder ser considerada una sola cosa) y mostrar algún rasgo que la diferencia del entorno. Un montón de sal metido en otro montón de sal más grande no es una entidad, a menos que detente alguna diferencia con el resto. Por ejemplo, un montón de sal húmeda metido en otro montón de sal seca sí podría considerarse una entidad. En general, una entidad es cualquier ente al que le podría asignar una etiqueta que lo identifique. En el ejemplo dado, si yo digo «el montón de azúcar húmeda», quien me oye puede deducir a qué me refiero. [Capítulo 9].

Escuchar: En sentido genérico, prestar atención a lo que otro dice. En el sentido restringido adoptado en este trabajo, percibir fenómenos internos al cuerpo de otra persona a través del contacto con las manos. [Introducción].

Esquema corporal: La representación mental que tenemos sobre nuestro

cuerpo, como totalidad y como conjunto de partes relacionadas, incluyendo de cada uno de ellos su constitución, su estado actual, sus potencialidades y su relación con el entorno. [Capítulo 10]

Estado: El estado de una entidad es un constructo gnoseológico que agrupa una serie de características internas que no cambian durante un período de tiempo, asignándoles una teleología común. (*Ver también:* Acto, Proceso). [Capítulo 4]

Estado alterado de consciencia: cambio transitorio en el patrón general de la experiencia subjetiva, de modo que el individuo reconoce o supone que su funcionamiento mental es claramente diferente de su estado habitual de consciencia. [Capítulo 15]

Estímulo distal: El estímulo distal, por oposición al estímulo proximal, es la entidad real que da origen a los estímulos perceptivos que llegan a los órganos de mis sentidos. Ejemplo: en la percepción visual de un árbol, el estímulo proximal es la luz que impacta mi retina, mientras que el estímulo distal es el árbol mismo en el que la luz se refleja. (*Ver también:* Estímulo proximal). [Capítulo 3]

Estímulo proximal: El estímulo proximal, por oposición al estímulo distal, es el estímulo perceptivo que llega a los órganos de mis sentidos. Ejemplo: en la percepción visual de un árbol, el estímulo proximal es la luz que impacta mi retina, mientras que el estímulo distal es el árbol mismo en el que la luz se refleja. (*Ver también:* Estímulo distal). [Capítulo 3]

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).

Estocástico: Cualquier proceso que incluye una variable aleatoria y un proceso selectivo. El proceso selectivo determina qué resultados aleatorios perduran. La selección natural es el mejor ejemplo de proceso estocástico.

Exteroceptores: Sensores del organismo que recogen estímulos provenientes del exterior. Son los órganos de los sentidos: ojos, oídos, papilas gustativas, nariz, y todos los sensores ubicados en la piel (mecanorreceptores, termorreceptores, quimiorreceptores, etc.). [Capítulo 4]

Flow: Estado alterado de consciencia que sucede cuando uno concentra su atención de forma absoluta en la tarea presente. [Capítulo 15]

Fluido: Cualquier sustancia que tiende a adaptarse a la forma de su contenedor. En particular, los líquidos y los gases. [Capítulo 6]

Foco: Punto o región espacial sobre el que se concentra la atención. [Capítulo 17]

Fulcrum: El punto de apoyo de una palanca. Dentro del corpus osteopático, se utiliza en sentido metafórico para señalar cualquier proceso en que una entidad facilita el movimiento de otras sin añadir la fuerza propia al ecosistema cinético. [Capítulo 5]

Fusión somática: Fenómeno sensorio-perceptivo por el cual dos personas superponen sus esquemas corporales, percibiendo cada uno el esquema corporal del otro como una extensión del propio. [Capítulo 11]

Haptisfera: Esfera imaginaria que rodea a un individuo y que indica las regiones espaciales que fueron propioceptadas recientemente, en esta misma instancia de percepción. Definición alternativa, más técnica: La esfera configurada por las estelas mnemónicas de los movimientos y percepciones hápticas en la propiocepta. (*Ver también:* Kinesfera, Propiocepta y Somosfera). [Capítulo 11]

Heurístico: Procesamiento que emplea un método práctico para lograr un resultado, sin garantizar que el resultado sea óptimo, perfecto o racional. Los métodos heurísticos priorizan la eficiencia por sobre la eficacia. [Capítulo 7]

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. [Capítulo 19]

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:* Allostasis). [Capítulo 12]

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.

Inducción: (1) En sentido lógico, inferencia de una conclusión general a partir de premisas particulares. Ejemplo:

Miguel se comió una tortilla y tuvo malestares estomacales.

Gabriel también se comió una tortilla y tuvo malestares estomacales.

Por tanto, la tortilla provoca malestares estomacales.

(2) En sentido de terapia manual, procedimiento terapéutico que influye sobre una estructura anatómica con el objetivo de lograr un efecto o una respuesta, sin adicionar energía cinética.

Intención: Determinación mental de lograr un resultado. [Capítulo 17]

Interfaz: Superficie que forma el lugar de encuentro entre dos regiones. En cibernética, adopta un significado especial: aquellos límites de los sistemas abiertos en los que se produce intercambio de información con el entorno o con otras entidades.

Interoceptores: Sensores que se ubican en el interior del cuerpo y que proveen al cerebro de información sobre el estado de órganos y otras estructuras anatómicas, o de la fisiología en general. (*Ver también:* Exteroceptores y Propioceptores). [Capítulo 4]

Interrupción atencional: Solicitud de procesamiento cognitivo de un elemento que no estaba en el foco central de la atención. [Capítulo 7]

Intuición: Facultad de conseguir conocimiento directo sin inferencia o pensamiento racional consciente. [Capítulo 7]

Juicio analítico: Proposición en que el predicado está incluido en el sujeto. Su valor de verdad puede deducirse con solo saber el significado de los términos constituyentes. No aporta información nueva sobre el asunto referido, sino que lo explica. Descomposición de un todo en partes. (Cfr. Juicio Sintético).

Juicio sintético: Proposición en que el predicado no está incluido en el sujeto. Su valor de verdad no puede deducirse con solo saber el significado de los términos constituyentes, sino que es necesario un agregado de información empírica. Aportan información nueva sobre el asunto referido. Recomposición de partes en un todo. (*Ver también:* Juicio Analítico).

Kinesfera: Esfera imaginaria que rodea a un individuo y que indica las regiones espaciales que pueden ser alcanzadas con solo extender los miembros. (*Ver también:* Haptisfera, Propiosfera y Somosfera). [Capítulo 11]

Kōan: Un kōan es un tipo de microrrelato utilizado en la práctica zen para transmitir algún conocimiento. Si bien hay variaciones, la estructura narrativa típica es la siguiente:

- Un discípulo le hace una pregunta a su maestro, sobre algún tema trascendente (la felicidad, la valentía, etc.).
- El maestro responde de manera desconcertante o ilógica. Muchas veces, la respuesta no es oral, sino una acción.

Ejemplo: Un monje vio una tortuga en el jardín del monasterio y le preguntó al maestro: «Todos los seres cubren sus huesos con carne y piel. ¿Por qué este ser cubre su carne y piel con huesos?». El Maestro se quitó una de sus sandalias y la puso sobre la tortuga. [Capítulo 2]

Mapa mereológico: Conjunto organizado de información en memoria que permite predecir, gracias a reconocimiento de patrones, relaciones

mereológicas entre las entidades percibidas, y que completa (o suplanta, en caso de encapsulación) al procesamiento deductivo. (*Ver también:* Mapa Ontológico y Mapa Topológico). [Capítulo 13]

Mapa ontológico: Conjunto organizado de información en memoria que permite predecir, gracias a reconocimiento de patrones, la unidad e identidad de entidades a partir de estímulos recibidos, y que completa (o suplanta) al procesamiento deductivo. (*Ver también:* Mapa Mereológico y Mapa Topológico). [Capítulo 9]

Mapa topológico: Conjunto organizado de información en memoria que permite predecir, gracias a reconocimiento de patrones, relaciones de ubicación entre los estímulos recibidos, y que completa (o suplanta) al procesamiento deductivo. (*Ver también:* Mapa Ontológico y Mapa Mereológico). [Capítulo 7]

Mapas prenoéticos: Conjunto organizado de información en memoria que acelera y potencia, gracias a predicción y penetración enactiva, los procesos de sensorpercepción. [Capítulo 13]

Memoria declarativa: Memoria almacenada en forma de proposiciones a las que se les puede asignar un valor de verdadero/falso. Es una memoria simbólica. (*Ver también:* Memoria Procedimental). [Introducción]

Memoria explícita: Memoria cuya recuperación requiere un esfuerzo intelectual y consciente. (*Ver también:* Memoria Implícita). [Capítulo 14]

Memoria implícita: Memoria cuya recuperación se produce de manera inconsciente y sin esfuerzo. (*Ver también:* Memoria Explícita). [Capítulo 14]

Memoria procedimental: Memoria almacenada en forma de procedimientos, que no responden a las categorías de verdadero/falso. Es una memoria asimbólica. (*Ver también:* Memoria Declarativa). [Introducción]

Modos alostáticos: Las distintas configuraciones fisiológicas que preparan al cuerpo para cierto comportamiento próximo pronosticado. (*Ver también:* Alostasis). [Capítulo 6]

Motilidad: La capacidad de movimiento inherente de una estructura anatómica. (*Ver también:* Movilidad). [Capítulo 6]

Movilidad: La capacidad de movimiento de una estructura anatómica cuyo origen motor proviene de otras estructuras. (*Ver también:* Motilidad). [Capítulo 6]

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.

Osteopatía: Ver Apéndice.

Paralaje: La apariencia de movimiento en los objetos observados que se crea cuando el ojo del observador se mueve con respecto a ellos. [Capítulo 10]

Patrón: Un agregado cuyos miembros están dispuestos de tal manera que pueden especificarse de manera económica. Cinco puntos dispuestos en un quince (como en un dado) son más económicos de describir que cinco puntos dispersos al azar y, por lo tanto, se pueden comunicar o reconocer de manera más eficiente.

Penetración cognitiva: Influencia de factores cognitivos en aspectos sensoriales de la percepción. En sentido restringido, procesamiento mentales inconscientes que catalogan o completan los estímulos percibidos. En sentido ampliado, la posibilidad de que las experiencias perceptuales sean influidas por creencias, expectativas, emociones u otros estados mentales anteriores. [Capítulo 13]

Penetración enactiva: La unión de las penetraciones cognitiva y somática. Influencia de factores corporales y cognitivos en la sensorpercepción. [Capítulo 13]

Penetración somática: Influencia de factores corporales en aspectos mentales de la cognición o de la sensorpercepción. Información interoceptiva que orienta o predispone a los pensamientos conscientes. [Capítulo 13]

Percepción: En el contexto de este trabajo, la segunda fase de la sensorpercepción, entre la sensación y la cognición. La fase en la que, a partir de los estímulos egolocalizados en la sensación, se determinan entidades (identificación) y desviaciones de lo esperado (atencionalización). Es donde sucede el “*what processing*”. (*Ver también:* Sensación y Cognición). [Capítulo 9]

Percibir: Obtener información acerca de aspectos físicos (ya sea del mundo circundante o del propio cuerpo) mediante sensores anatómicos. [Capítulo 9]

Plano: Estructura anatómica que constituye una unidad tisular desarrollada a una misma profundidad respecto de la piel. [Capítulo 5]

Polarización: Interpretación digital de una variable continua en solo dos estados, que produce una representación tergiversada al atribuir a los extremos todos los valores intermedios. (*Ver también:* Rasterización y Binarización).

Prenoético: Dícese de todo aspecto de la estructura de la conciencia que no entra en el contenido fenoménico de la experiencia de manera explícita. Es decir, un proceso o una entidad que tiene algún rol en la constitución de la conciencia, pero que no es en sí mismo consciente. [Capítulo 13]

Presencia: Existir aquí y ahora. En la relación con otro, el punto de balance entre invadir y no estar. [Capítulo 18]

Proceso: Secuencia diacrónica de cambios de características atómicas de una entidad, tal que cada uno de esos cambios es causa o consecuencia de los otros, y cuya finalidad o resultado es el pasaje de un estado a otro. (*Ver también:* Acto, Estado). [Capítulo 4]

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.

Propioceptores: sensores ubicados en las articulaciones y en el aparato vestibular, que proveen al cerebro de información espacial acerca del estado, posición y movimiento relativo de las distintas partes del cuerpo. (*Ver también:* Exteroceptores e Interoceptores). [Capítulo 4]

Propiosfera: Esfera imaginaria que rodea a un individuo y que indica los límites de la identidad corporal ampliada. Sus límites están marcados por la epidermis más los objetos mediadores reclutados. (*Ver también:* Haptisfera, Kinesfera y Somosfera). [Capítulo 11]

Proximal: Forma de referenciar, de entre dos o más entidades, la que está más cercana al egocentro (*Ver también:* Distal). [Capítulo 3]

Proyectar: En el contexto de este trabajo, llevar la atención a un plano del cuerpo al que no se tiene acceso directo, sino por medio de tejidos mediadores reclutados como extensión de los sensores. (*Ver también:* Reclutar y Tejidos Mediadores). [Capítulo 6]

Rasterización: Representación de una variable continua en base a una serie de valores discretos, adjudicando los valores no representables al valor más cercano.

Reclutar: Hacer que un objeto o sustancia ajena a mí funcione como extensión táctil de mis sensores corporales. (*Ver también:* Proyectar y Tejidos Mediadores). [Capítulo 6]

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. [Capítulo 13]

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 termotato es un ejemplo clásico de retroalimentación negativa. [Capítulo 15]

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. [Capítulo 15]

Sensación: En el contexto de este trabajo, la primera fase de la sensorpercepción, previa a la percepción y la cognición. La fase en la que los estímulos recibidos mediante los sensores corporales son convertidos a impulsos nerviosos (transducción) y localizados tridimensionalmente (Somolocalización). Es donde sucede el “*where processing*”. (Ver también: Percepción y Cognición). [Capítulo 7]

Sensorpercepción: Proceso que incluye la captación y procesamiento de estímulos, con el objeto de recibir información acerca del mundo externo o el estado del organismo. [Capítulo 4]

Simpatizar: En sentido genérico, que dos personas (o seres vivos) sientan cierta inclinación afectiva entre sí. En otro sentido genérico, relacionar dos sistemas de manera que la acción de uno induzca el mismo comportamiento en el otro. En el sentido restringido adoptado en El Cuerpo y La Escucha, el primer momento de la escucha, en la que se sientan las bases para la disponibilidad tanto del paciente como del terapeuta. [Capítulo 16]

Sincretizar: En sentido genérico, combinar diferentes principios o prácticas filosóficas, religiosas o culturales. En sentido restringido, el cuarto momento de la escucha, en la que el terapeuta recibe información indiscriminada y cruda del paciente. [Capítulo 16]

Sincronizar: En sentido genérico, hacer que dos procesos sucedan al mismo tiempo, ritmo y velocidad. En sentido restringido, el tercer momento de la escucha, en la que se establece una comunión temporal y rítmica entre paciente y terapeuta. [Capítulo 16]

Sinestesia: Experimentar sensaciones correspondientes a uno de los

sentidos según otro de ellos, como cuando la percepción de determinado sonido induce la visualización de determinado color. [Capítulo 10]

Sintetizar: En sentido genérico, crear una entidad compleja combinando partes o elementos. En sentido restringido, el quinto momento de la escucha, en la que la información recibida cobra sentido en tanto unidad estructural y en relación con el entorno. [Capítulo 16]

Sintonizar: En sentido genérico, establecer una comunicación en la misma frecuencia que otra entidad. En sentido restringido, el segundo momento de la escucha, en la que se establece un canal de comunicación entre el paciente y el terapeuta. [Capítulo 16]

Sistema 1: Uno de los dos modos de procesamiento de información postulados por Kahneman (2003). Se corresponde vagamente a lo que se conoce como intuición o inducción. Utiliza procesos heurísticos, rápidos, legitimados por experiencia material. [Capítulo 7]

Sistema 2: Uno de los dos modos de procesamiento de información postulados por Kahneman (2003). Se corresponde vagamente a lo que se conoce como deducción o análisis. Utiliza procesos deductivos, lentos, legitimados por reglas formales. [Capítulo 7]

Soma: El cuerpo tal como es visto desde dentro. El cuerpo vivido y habitado. [Capítulo 10]

Somosfera: Esfera imaginaria que rodea a un individuo y que indica los límites de la identidad corporal persistente, es decir, que no varía con los movimientos o los contactos. Está delimitada por la epidermis. (*Ver también:* Haptisfera, Kinesfera y Propiosfera). [Capítulo 11]

Tejidos mediadores: En la proyección, cuando el terapeuta intenta percibir el estado de tejidos a los que no tiene acceso directo, los tejidos mediadores son todos aquellos que se encuentran interpuestos entre la estructura que se está intentando sentir y los sensores propios del cuerpo del terapeuta, y que por el mismo proceso de proyección pasan a funcionar como una extensión de esos mismos sensores. (*Ver también:* Proyectar y Reclutar). [Capítulo 6]

Transducción: Pasaje de una forma de energía a otra. En particular, en el proceso de percepción, la conversión de la energía captada por los órganos de los sentidos en una señal neuronal que puede transmitirse a una región encefálica de procesamiento. [Capítulo 7]

What processing: Parte del proceso de sensorpercepción que se ocupa de determinar entidades e identidades a partir de las características de los estímulos atómicos captados y su localización espacial. [Capítulo 7]

Where processing: Parte del proceso de sensopercepción que se ocupa de asignar una localización espacial a los estímulos adimensionales captados. [Capítulo 7]

Bibliografía

Ader, Robert (1995). Psychoneuroimmunology. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 49(10), 473. [https://doi.org/10.1016/0753-3322\(96\)82695-3](https://doi.org/10.1016/0753-3322(96)82695-3). [En: Capítulo 3 – El Tacto]

Alexander, Franz (1965). *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. W. W. Norton & Company. [En: Capítulo 3 – El Tacto]

Armstrong, David M. (1962). *Bodily sensations*. Routledge and Kegan Paul. [En: Capítulo 3 – El tacto]

Badcock, P. B., Friston, K. J., & Ramstead, M. J. (2019). The hierarchically mechanistic mind: A free-energy formulation of the human psyche. *Physics of Life Reviews*, 31, 104–121. <https://doi.org/10.1016/j.plev.2018.10.002> [En: Capítulo 7 – La fase de sensación]

Bakal, Donald (2001). *Minding the Body: Clinical Uses of Somatic Awareness*. The Guilford Press.

Banton, A. L. (2019). *Making Sense of Cranial Osteopathy: An Interpretative Phenomenological Analysis*. Thesis submitted to the University of Bedfordshire Institute of Health Research.

Barbey, A. K. and Barsalou, L. W. (2009). Reasoning and problem solving: Models. In L.R. Squire (Eds), *Encyclopedia of Neuroscience* (pp 35–43). Oxford: Academic Press.

Barral, Jean-Pierre, & Mercier, P. (2006). *Visceral Manipulation*. Eastland Press.

Barrett, L. F. (2017). *How emotions are made: The secret life of the brain*. Houghton Mifflin Harcourt.

Bateson, Gregory (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. Chandler Publishing Company. [En: Capítulo 12 – La cadena etiológica]

Becker, R. (1963). Diagnostic touch (part 1). *Yearbook of the Academy of Applied Osteopathy*, Newark, OH [En: Capítulo 17 – Factores y aptitudes individuales]

Becker, R. (1964). Diagnostic touch (part 2). *Yearbook of the Academy of*

Applied Osteopathy, Newark, OH. [En: Capítulo 17 – Factores y aptitudes individuales]

Becker, R. (1965). Diagnostic touch (part 3). *Yearbook of the Academy of Applied Osteopathy*, Newark, OH. [En: Capítulo 18 – Factores y protocolos relacionales]

Becker, R. (1979) Motion: The Key to Diagnosis and Treatment, en Brooks, R.E., *Life in motion: The osteopathic vision of Rollin E. Becker*, D.O. Portland, OR: Stillness Press. [En: Capítulo 6 – Doce niveles de senso percepción]

Becker, R. (1997) *Life in motion: The osteopathic vision of Rollin E. Becker*, D.O. Edited by R.E. Brooks. Portland, OR: Stillness Press.

Becker, R. (2000) *The stillness of life: the osteopathic philosophy of Rollin E. Becker*, D.O. Edited by R.E. Brooks: Portland, OR: Stillness Press.

Berridge, K. C. (2007). The debate over dopamine's role in reward: The case for incentive salience. *Psychopharmacology*, 191, 391-431.

Berridge, K. C. (2009). Wanting and liking: Observations from the neuroscience and psychology laboratory. *Inquiry*, 52, 378-398.

Berridge, K. C. & Kringelbach, M. L. (2011). Building a neuroscience of pleasure and well-being. *Psychology of Well-Being*, 1(1),1-3.

Bonnefon, Jean-François (2018). The pros and cons of identifying critical thinking with system 2 processing. *Topoi* 37 (1):113-119. [En: Capítulo 7 – La fase de sensación]

Bower, M. & Gallagher, S. (2016). Bodily Affects as Prenoetic Elements in Enactive Perception. *Phenomenology and Mind*, (4), 78-93. https://doi.org/10.13128/Phe_Mi-19591. [En: Capítulo 13 – La fase de cognición]

Broadwell, Martin (1969). Teaching For Learning (XVI), *The Gospel Guardian*, Vol 20, No 41, 1969.

Carraccio, C. L., Benson, B. J., Nixon, L. J., & Derstine, P. L. (2008). From the Educational Bench to the Clinical Bedside: Translating the Dreyfus Developmental Model to the Learning of Clinical Skills. *Academic Medicine*, 83(8), 761-767. doi:10.1097/acm.0b013e31817eb632

Case, K., Harrison, K., & Roskell, C. (2000). Differences in the clinical reasoning process of expert and novice cardiorespiratory physiotherapists. *Physiotherapy*, 86(1), 14-21.

Cassell, Eric (1986). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. New York: Oxford University Press.

Chaitow, L. (1997). *Palpation skills: Assessment and diagnosis through touch*. New York: Churchill Livingstone. [En: Introducción]

Chan, J. S., & Newell, F. N. (2008). Behavioral evidence for task dependent “what” versus “where” processing within and across modalities. *Perception & Psychophysics*, 70, 36-49. [En: Capítulo 7 – La fase de sensación]

Chödrön, Pema (2018). *The Places That Scare You: A Guide to Fearlessness in Difficult Times (Deckled Edge)*. Shambhala. [En: Capítulo 19 – La escucha y los principios de la osteopatía]

Classen, C. (2012). *The Deepest Sense*. University of Illinois Press.

Classen, C. (2020). *The Book of Touch*. Routledge.

Coderre, S., Mandin, H., Harasym, P. H., & Fick, G. H. (2003). Diagnostic reasoning strategies and diagnostic success. *Medical Education*, 37, 695-703.

Cohen, Bonnie Bainbridge (2017). An introduction to body-mind centering. Link: https://www.bodymindcentering.com/files/an_intro_to_body-mind_centering.pdf. [En: Capítulo 10 – Sinestesia y Soma]

Cohen, Don (1996). *An Introduction to Craniosacral Therapy: Anatomy, Function, and Treatment*. North Atlantic Books. [En: Capítulo 2 – La Osteopatía y la escucha]

Craig, A.D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nat.Rev.Neurosci.* 3, 655-666. doi:10.1038/nrn894

Craig, A. D. (2003). Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Current Opinion in Neurobiology*, 13(4), 500-505. [https://doi.org/10.1016/s0959-4388\(03\)00090-4](https://doi.org/10.1016/s0959-4388(03)00090-4). [En: Capítulo 4 – La sensopercepción]

Craig, A.D. (2009). How do you feel - now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews. Neuroscience*, 10(1), 59-70. doi:10.1038/nrn2555

Craig, A. D. (2014). *How Do You Feel?: An Interoceptive Moment with Your Neurobiological Self*. Princeton University Press. [En: Capítulo 4 – La sensopercepción]

Cristophe, A., Jollien, A. y Ricard, M. (2014). *Tres amigos en busca de la sabiduría*. Buenos Aires: Urano. [En: Capítulo 18 – Factores y protocolos relacionales]

Croskerry, Pat (2009). Clinical cognition and diagnostic error: applications of a dual process model of reasoning. *Advances in Health Sciences Education*, 14(S1), 27-35. doi:10.1007/s10459-009-9182-2.

Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper & Row.

Csikszentmihalyi, M. (1997). *Finding Flow: The Psychology of Engagement with Everyday Life*. New York: Basic Books.

Csikszentmihalyi, M., Abuhamdeh S, Nakamura J (2005). "Flow". In Elliot A (ed.). *Handbook of Competence and Motivation*. New York: The Guilford Press. pp. 598–698.

D'Alessandro, G., Cerritelli, F., & Cortelli, P. (2016). Sensitization and Interoception as Key Neurological Concepts in Osteopathy and Other Manual Medicines. *Frontiers in Neuroscience*, 10, 100. <https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00100>. [En: Capítulo 14 – La sensorio percepción como prenoesis]

Damasio, A. (1994). *Descartes' Error*. New York: Putnam.

Day, T. A. (2005). Defining stress as a prelude to mapping its neurocircuitry: no help from allostasis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 29(8), 1195-1200.

Descartes, René (1637). *Discurso del Método*. CreateSpace Independent Publishing Platform. [En: Capítulo 3 – El tacto]

Descartes, René (1641). *Meditaciones Metafísicas*. CreateSpace Independent Publishing Platform. [En: Capítulo 3 – El tacto]

Doyle, J. R., & Bottomley, P. A. (2011). Mixed messages in brand names: Separating the impacts of letter shape from sound symbolism. *Psychology & Marketing*, 28(7), 749–762. <https://doi.org/10.1002/mar.20410>. [En: Capítulo 1 – La fase de percepción]

Dreyfus, S.E. & Dreyfus, Hubert. (1980). A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition. *Distribution*. 22.

Dreyfus H. & Dreyfus S. (1986) *Mind Over Machine*. New York, NY: Free Press.

Dreyfus, S. E. (2004). The Five-Stage Model of Adult Skill Acquisition. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(3), 177–181. doi:10.1177/0270467604264992

Dreyfus, S. E. (2014). System 0: The overlooked explanation of expert intuition. Chapter 2 in M. Sinclair (ed.), *Handbook of Research Methods on Intuition*. Edward Elgar Publishers, Cheltenham.

Eco, Umberto (1964). *Apocalittici e integrati: comunicazioni di massa e teorie della cultura di massa*. Milano, Bompiani.

Elstein, A. S. (2009). Thinking about diagnostic thinking: A 30-year perspective. *Advances in Health Sciences Education*, 14(1), 7-18.

Engel, GL (1977). The need for a new medical model: a challenge for

biomedicine. *Science* 1977; 196: 129–136.

Esteves, J. E., & Spence, C. (2014). Developing competence in diagnostic palpation: Perspectives from neuroscience and education. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 17(1), 52–60. doi:10.1016/j.ijosm.2013.07.001

Eva, K. W. (2005). What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Medical Education*, 39(1), 98–106.

Evans, Jonathan S. (2008). Dual-processing accounts of reasoning, judgment, and social cognition. *Annu Rev Psychol*, 59, 255–78. [En: Capítulo 7 – La fase de sensación]

Farthing, G. W. (1992). *The psychology of consciousness*. Prentice-Hall, Inc. [En: Capítulo 15 - La escucha como estado alterado de consciencia]

Feldenkrais, Moshe (1972). *Awareness Through Movement: Easy-to-Do Health Exercises to Improve Your Posture, Vision, Imagination, and Personal Awareness*. HarperOne.

Feldenkrais, Moshe (1981). *The Elusive Obvious: The Convergence of Movement, Neuroplasticity, and Health*. North Atlantic Books.

Field, Tiffany (2000). *Touch Therapy*. Churchill Livingstone.

Field, Tiffany (2003). *Touch*. MIT Press.

Fox, Su (2007). *Relating to Clients: The Therapeutic Relationship for Complementary Therapists*. Jessica Kingsley Publishers. [En: Capítulo 18 – Factores y protocolos relacionales]

Frith, Chris (2007). *Making up the mind : how the brain creates our mental world*. Blackwell Publishing. [En: Capítulo 13 - La fase de cognición]

Fryer, G. (1999). Somatic dysfunction: updating the concept. *Aust J Osteopath*. 1999;10(2):14-19.

Fryer, G. (2016). Somatic dysfunction: An osteopathic conundrum. *Int J Osteopath Med* 22:52-63

Fryer, G. (2017). Integrating osteopathic approaches based on biopsychosocial therapeutic mechanisms. Part 1: The mechanisms. *Int J Osteopath Med* 25:30-41

Fryer, G. (2017). Integrating osteopathic approaches based on biopsychosocial therapeutic mechanisms. Part 2: Clinical approach. *Int J Osteopath Med* 26:36-43

Frymann, V. (1963). Palpation – its study in the workshop. *Yearbook of the Academy of Applied Osteopathy*, Newark, OH, pp 16–30. [En: Capítulo 17 – Factores y aptitudes individuales]

- Fulkerson, Matthew** (2013). *The First Sense*. MIT Press.
- Gallagher, Shaun** (2005). *How the Body Shapes the Mind*. Oxford University Press. [En: Capítulos 4 – La sensorio-percepción y 10 – Sinestesia y soma]
- Gallese, V.** (2005). Embodied simulation: From neurons to phenomenal experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4(1), 23–48. doi:10.1007/s11097-005-4737-z.
- Gellhorn, E.** (1970). The emotions and the ergotropic and trophotropic systems. *Psychologische Forschung*, 1970, 34, 48–94.
- Gendlin, E.** (1962) Experiencing and the creation of meaning, Reprint, Glencoe: Northwestern University Press, 1997.
- Gevitz, Norman** (1998), The sword and the scalpel – The osteopathic ‘war’ to enter the Military Medical Corps: 1916–1966, *JAOA*, Vol 98, No 5, May 1998
- Gevitz Norman** (2006) Center or periphery? The future of osteopathic principles and practices. *J Am Osteopath Assoc* 2006;106:121e9. [En: Capítulo 19 – La escucha y la filosofía de la osteopatía]
- Gigerenzer, G., and T. Regier** (1996). How do we tell an association from a rule? Comment on Sloman (1996). *Psychological Bulletin* 119: 23–26.
- Gigerenzer, G.** (2007). *Gut feelings: the intelligence of the unconscious*. New York: Penguin Books.
- Gold, Jeffrey** (1985). Cartesian Dualism and the Current Crisis in Medicine — A Plea for a Philosophical Approach: Discussion Paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 78(8), 663–666. <https://doi.org/10.1177/014107688507800813>. [En: Capítulo 19 – La escucha y los principios de la osteopatía]
- Goldstein, E. B., & Brockmole, J.** (1980). *Sensation and Perception*. Cengage Learning. [En: Capítulo 7 – La fase de sensación]
- Gottschall, Jonathan** (2012). *The storytelling animal: How stories make us human*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Grayot, James D.** (2019). Dual Process Theories in Behavioral Economics and Neuroeconomics: a Critical Review. *Review of Philosophy and Psychology*, 11(1), 105–136. <https://doi.org/10.1007/s13164-019-00446-9>. [En: Capítulo 7 – La fase de sensación]
- Groen, G. J., & Patel, V. L.** (1985). Medical problem-solving: Some questionable assumptions. *Medical Education*, 19(2), 95–100.
- Hanna, Thomas** (1980). *The Body of Life: Creating New Pathways for*

Sensory Awareness and Fluid Movement. Healing Arts Press. [En: Capítulo 10 - Sinestesia y soma]

Hanna, Thomas (1988). *Somatics: Reawakening The Mind's Control Of Movement, Flexibility, And Health*. Da Capo Press. [En: Capítulo 10 - Sinestesia y soma]

Hardin, C.L. (1988) *Color for Philosophers: Unweaving the Rainbow*. Hackett Publishing Company.

Hargrove, Todd R. (2014). *A Guide to Better Movement: The Science and Practice of Moving With More Skill And Less Pain*. Better Movement.

Harjai, P. K., & Tiwari, R. (2009). Model of critical diagnostic reasoning: Achieving expert clinician performance. *Nursing Education Perspectives*, 30(5), 305-311.

Head, H. and Holmes, G. (1911). Sensory disturbances from cerebral lesions, *Brain*, 34: 102-245. [En: Capítulo 10 - Sinestesia y soma]

Heemskerk, L., Norman, G., Chou, S., Mintz, M., Mandin, H., & McLaughlin, K. (2008). The effect of question format and task difficulty on reasoning strategies and diagnostic performance in internal medicine residents. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, 13(4), 453-462.

Henry, Michel (1975). *Philosophy and Phenomenology of the Body*. Springer. [En: Introducción]

Higgs, J., Jones, M.A., Loftus, S., & Christensen, N. (2008). *Clinical reasoning in the health professions (3 ed.)*. New York, NY: Butterworth-Heinemann.

Hofstadter, Douglas (1979). *Gödel, Escher, Bach: an Eternal Golden Braid*. Basic Books.

Holyoak, Keith J. (2005). Analogy. In K. J. Holyoak and R. G. Morrison (Eds), *The Cambridge handbook of thinking and reasoning* (pp 117-42). Cambridge: Cambridge University Press.

Hosselet, J., DO, y Aguilar, J., DO (2022). *Osteopatía: la mirada evolucionista de la medicina de Andrew Taylor Still*, Tesis doctoral. Escuela Fulcrum de Osteopatía.

Howard, I., & Templeton, W. (1966). *Human spatial orientation*. Oxford: Wiley. [En: Capítulo 7 - La fase de sensación]

Howell, J.D. (1999). The Paradox of Osteopathy. *New England Journal of Medicine*, 341(19), 1465-1468. doi:10.1056/nejm199911043411910 [En: Capítulo 19 - La escucha y la filosofía de la osteopatía]

Hulett, G.D. (1922). *A Textbook of Principles of Osteopathy*. 5th ed,

Kirksville, MO: Journal Printing Company.

Hutchins, E. (1996). *Cognition in the Wild*. MIT Press. [En: Capítulo 01 – La escucha]

Illich, Ivan (1975). *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. New York: Pantheon Books.

Irigaray, Luce (1993). *An Ethics of Sexual Difference*. Cornell University Press. [En: Capítulo 11 - Esferas y fusión somática]

Johnson, M. (1987). *The Body in the Mind: The Bodily Basis of Meaning, Imagination, and Reason*. Chicago: University of Chicago Press.

Jones, M. A. (1995). Clinical reasoning and pain. *Manual Therapy*, 1, 17-24.

Juhan, Deane (1987). *Job's Body: A Handbook for Bodywork*. Barrytown/ Station Hill Press, Inc. [En: Capítulo 3 - El tacto]

Kahneman, Daniel (2011). *Thinking, Fast and Slow*. Farrar, Straus and Giroux. [En: Capítulo 7 - La fase de sensación]

Kandel, Eric , Schwartz, J. H., & Jessell, T. M. (2000). *Principles of neural science*. New York: McGraw-Hill, Health Professions Division.

Keren, G. and Schul, Y. (2009). Two is not always better than one: A critical evaluation of two-system theories. *Perspectives on Psychological Science* 4 (6): 533–550. [En: Capítulo 7 – La fase de sensación]

Kern, Michael (2005). *Wisdom in the Body: The Craniosacral Approach to Essential Health*. North Atlantic Books.

Klatzky, R. L., Lederman, S. J., Hamilton, C., Grindley, M., & Swendsen, R. H. (2003). Feeling textures through a probe: Effects of probe and surface geometry and exploratory factors. *Perception & Psychophysics*, 65(4), 613–631. <https://doi.org/10.3758/bf03194587>. [En: Capítulo 7 – La fase de sensación]

Klatzky, R. L., Lederman, S. J., & Metzger, V. A. (1985). Identifying objects by touch: An “expert system.” *Perception & Psychophysics*, 37(4), 299–302. <https://doi.org/10.3758/bf03211351>. [En: Capítulo 7 – La fase de sensación]

Korr, I. (1975). Proprioceptors and somatic dysfunction. *J Am Osteopath Assoc* 1975;75:638-50.

Kotler, S., & Wheal, J. (2017). *Stealing fire: how Silicon Valley, the Navy SEALs, and maverick scientists are revolutionizing the way we live and work*. New York, NY: Dey St., an imprint of William Morrow. [En: Capítulo 15 - La escucha como estado alterado de consciencia]

Kruglanski, A. W. and Gigerenzer, G. (2011). Intuitive and deliberate

judgments are based on common principles. *Psychological Review* 118: 97–109. [En: Capítulo 14 – La sensopercepción como prenoesis]

Laban, Rudolf (2005). *The Mastery of Movement*. Dance Books Ltd. [En: Capítulo 11 – Esferas y fusión somática]

Lakoff, George (1999). *Philosophy in the Flesh: the Embodied Mind & its Challenge to Western Thought*. Basic Books.

Lakoff, George (2003). *Metaphors We Live By*. University of Chicago Press.

Le Breton, David (1995). *Antropología del Cuerpo y La Modernidad*. Nueva Vision.

Le Breton, David (2018). *La sociología del cuerpo*. Siruela.

Le Breton, David (2021). *Antropología del dolor*. Metales Pesados.

Leder, Drew & Krucoff, Mitchell W. (2008). The Touch that Heals: The Uses and Meanings of Touch in the Clinical Encounter. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(3), 321–327. doi:10.1089/acm.2007.0717

Lederman, E. (2000). Facilitated segment: a critical review. *British Osteopathic Journal* 22:7–10

Lederman, E. (2005). *The Science and Practice of Manual Therapy*. Elsevier Churchill Livingstone.

Lederman, S. J., & Klatzky, R. L. (1993). Extracting object properties through haptic exploration. *Acta Psychologica*, 84(1), 29–40. doi:10.1016/0001-6918(93)90070-8. [En: Capítulo 7 – La fase de sensación]

Lederman, S. J., & Klatzky, R. L. (2009). Haptic perception: A tutorial. *Attention, Perception & Psychophysics*, 71(7), 1439–1459. <https://doi.org/10.3758/app.71.7.1439>. [En: Capítulo 7 – La fase de sensación]

Levi-Strauss, Claude. (1974). *Structural Anthropology*. Basic Books.

LeDoux, J. (2002). *Synaptic self: How our brains become who we are*. New York: Viking.

Liem, Torsten & van den Heede, Patrick (2017). *Foundations of Morphodynamics in Osteopathy*. Handspring Publishing. [En: Capítulo 12 – El diagnóstico etiotrópico]

Linden, David (2016). *Touch*. Penguin Books.

Ludwig, A. M. (1966). Altered States of Consciousness. *Archives of General Psychiatry*, 15(3), 225. doi:10.1001/archpsyc.1966.01730150001001. [En: Capítulo 15 – La escucha como estado alterado de consciencia]

Luria, Alexander (1975), *Sensación y percepción*. Ediciones Martínez

Roca. [En: Capítulo 4 – La sensopercepción]

Macpherson, Fiona (2011). Cognitive Penetration of Colour Experience: Rethinking the Issue in Light of an Indirect Mechanism. *Philosophy and Phenomenological Research*, 84(1), 24–62. <https://doi.org/10.1111/j.1933-1592.2010.00481.x>. [En: Capítulo 7 – La fase de sensación]

Maier, S. F., Watkins, L. R., & Fleshner, M. (1994). Psychoneuroimmunology: The interface between behavior, brain, and immunity. *American Psychologist*, 49(12), 1004–1017. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.49.12.1004>.

Marivoet, Dirk (2016). *THE PREMISES OF PSYCHOCORPORAL (BODYMIND) INTEGRATION*. Icpit.Org. <https://icpit.org/philosophical-backgrounds-bodymind-integration/>.

Martinke, D. (1991). The philosophy of osteopathic medicine. En: DiGiovanna EL, Schiowitz S, editors. *An osteopathic approach to diagnosis and treatment*. New York, London: J. B. Lippincott Company; 1991.

Massie, Pascal (2013). Touching, thinking, being: The sense of touch in Aristotle's de anima and its implications. *Minerva - An Internet Journal of Philosophy*. 17. 74–101. [En: Capítulo 3 - El tacto]

Maturana, H. y Varela, F.G. (1972), *De máquinas y seres vivos*. Lumen. [En: Capítulo 2 – La escucha]

Maturana, H. y Varela, F.G. (1984), *El árbol del conocimiento*. Editorial Universitaria. [En: Capítulo 8 – Modelos operativos de disfunción somática]

McLuhan, Marshall (1962). *The Gutenberg Galaxy*. University of Toronto Press, Scholarly Publishing Division. [En: Capítulo 15 - La escucha como estado alterado de consciencia]

Mehling, W., Price, C., Daubenmier, J., Bartmess, E., Acree, M., Gopisetty, V., & Stewart, A. (2012). P05.61. The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12(S1), 1371. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-12-s1-p421>.

Merleau-Ponty, Maurice (1945). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard. [En: Capítulos 3 – El tacto y 10 – Sinestesia y soma]

Merleau-Ponty, Maurice (1964). *Le Visible et l'invisible, suivi de notes de travail*. Gallimard. [En: Capítulos 3 – El tacto y 10 – Sinestesia y soma]

Milne, Hugh (1998). *The Heart of Listening: A Visionary Approach to Craniosacral Work, Vol. 1: Origins, Destination Points, Unfoldment*. North Atlantic Books.

Mitchell, F. (1976). Training and measurement of sensory literacy.

Journal of the American Osteopathic Association 75(6):874–884. [En: Capítulo 6 – Once niveles de sensopercepción]

Montagu, Ashley (1971). *Touching: The Human Significance of the Skin*. William Morrow Paperbacks. [En: Capítulo 3 – El tacto]

Morewedge, C. K., & Kahneman, D. (2010). Associative processes in intuitive judgment. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(10), 435–440. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.07.004>. [En: Capítulo 7 – La fase de sensación]

Mugg, Joshua (2016). The dual-process turn: How recent defenses of dual-process theories of reasoning fail. *Philosophical Psychology* 29 (2): 300–309. [En: Capítulo 7 – La fase de sensación]

Nancy, Jean-Luc (1992). *Corpus (Perspectives in Continental Philosophy)*. Fordham University Press. [En: Introducción]

Nathan, Bevis (1999). *Touch and Emotion in Manual Therapy*. Churchill Livingstone.

Nesse, R. M., & Williams, G. C. (1995). *Why We Get Sick: The New Science of Darwinian Medicine*.

Nesse, R. M. (2019). *Good Reasons for Bad Feelings: Insights from the Frontier of Evolutionary Psychiatry*. Dutton.

Norman, G. R., & Eva, K. W. (2010). Diagnostic error and clinical reasoning. *Medical Education*, 44(1), 94–100.

O'Callaghan, C., Kveraga, K., Shine, J. M., Adams, R. B., & Bar, M. (2017). Predictions penetrate perception: Converging insights from brain, behaviour and disorder. *Consciousness and Cognition*, 47, 63–74. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2016.05.003>. [En: Capítulo 7 – La fase de sensación]

O'Shaughnessy, Brian (1989). The sense of touch. *Australasian Journal of Philosophy*, 67(1), 37–58. doi:10.1080/00048408912343671. [En: Capítulo 4 – La sensopercepción]

Osman, Magda (2004). An evaluation of dual-process theories of reasoning. *Psychonomic Bulletin & Review* 11 (6): 988–1010. [En: Capítulo 7 – La fase de sensación]

Paoletti, Serge (2006). *The Fasciae: Anatomy, Dysfunction and Treatment*. Eastland Press.

Parsons, J. and Mercer, N. (2005). *Osteopathy: Models for diagnosis, treatment and practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone. [En: Capítulo 12 – La cadena etiológica]

Pelaccia, T., Tardif, J., Tribby, E., & Charlin, B. (2011). An analysis

of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: the dual-process theory. *Medical Education Online*, 16.

Pelaccia, T., Tardif, J., Tribby, E., Ammirati, C., Bertrand, C., Dory, V., & Charlin, B. (2014). How and when do expert emergency physicians generate and evaluate diagnostic hypotheses? A qualitative study using head-mounted video cued-recall interviews. *Annals of Emergency Medicine* (0).

Pennycook, Gordon (2017). A perspective on the theoretical foundation of dual process models. In De Neys, W.(Ed.), *Dual Process Theory 2.0* (pp. 13–35). Routledge. [En: Capítulo 7 – La fase de sensación]

Peña, A. (2010). The Dreyfus model of clinical problem-solving skills acquisition: a critical perspective. *Medical Education Online*, 15(1), 4846. doi:10.3402/meo.v15i0.4846

Philbrick, Nathaniel (2000). *In the heart of the sea: the tragedy of the whaleship Essex*. Rockland, MA, Wheeler Pub.

Pilat, Andrzej (2003). *Terapias miofasciales: Inducción miofascial*. McGraw-Hill Interamericana de España S.L.

Polanyi, Michael (1958). *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*. University of Chicago Press.

Ratcliffe, Matthew (2008). Touch and Situatedness. *International Journal of Philosophical Studies*, 16(3), 299–322. <https://doi.org/10.1080/09672550802110827>. [En: Capítulo 4 - La sensorpercepción]

Ratcliffe, Matthew (2012a). Phenomenology as a Form of Empathy. *Inquiry*, 55(5), 473–495. <https://doi.org/10.1080/0020174x.2012.716196>. [En: Capítulo 4 - La sensorpercepción]

Ratcliffe, Matthew (2012b). What is Touch? *Australasian Journal of Philosophy*, 90(3), 413–432. <https://doi.org/10.1080/00048402.2011.598173>. [En: Capítulo 4 - La sensorpercepción]

Reed, C. L., Klatzky, R. L. & Halgren, E. (2005) What vs. where in touch: An fMRI study. *NeuroImage* 25:718–26. [En: Capítulo 7 - La fase de sensación]

Reeve, Sandra (2011). *Nine Ways of Seeing a Body*. Triarchy Press Ltd.

Roselló, J., Cabaco, S. A., & Roca, M. E. I. (2004). *Atención y percepción* (El Libro Universitario - Manuales). Alianza Editorial. [En: Capítulo 4 – La sensorpercepción]

Rosenblatt, L.M. (1994). The transactional theory of reading and writing. In R. B. Ruddell, M. R. Ruddell, & H. Singer (Eds.), *Theoretical models and processes of reading* (p. 1057–1092). International Reading Association.

Ryle, Gilbert. (1949). *The Concept of Mind*. University of Chicago Press. [En: Introducción]

Sammut, E. & Searle-Barnes, P. (1998). *Osteopathic Diagnosis*. Stanley Thornes (Publishers) Ltd. [En: Capítulo 12 – El diagnóstico etiotrópico]

Scaer, R. C. (2001). *The body bears the burden: Trauma, dissociation, and disease*. Haworth Press.

Schmidt, H. G. and Boshuizen, H. P. A. (1992), Encapsulation of Biomedical Knowledge, in Evans, D. A., & Patel, V. L., *Advanced Models of Cognition for Medical Training and Practice* (Nato ASI Subseries F.; 97). Springer. [En: Capítulo 13 – La fase de cognición]

Schilder, Paul (1935). *The Image and Appearance of the Human Body*. New York: International University Press, 1950. [En: Capítulo 10 – Sinestesia y soma]

Schultz, W. (2007). Behavioral dopamine signals. *Trends in Neurosciences*, 30, 203–210.

Schwenk, T. (1965). *Sensitive chaos: the creation of flowing forms in water and air*. Rudolf Steiner Press.

Serino, A., & Haggard, P. (2010). Touch and the body. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(2), 224–236. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.04.004>. [En: Capítulo 3 – El tacto]

Shea, Michael (2007). *Biodynamic Craniosacral Therapy, Volume One*. North Atlantic Books.

Shea, Michael (2016). *Biodynamic Craniosacral Therapy: The Heart of the Practice*. CreateSpace Independent Publishing Platform.

Sherrington, C. S., (1903), Qualitative difference of spinal reflex corresponding with qualitative difference of cutaneous stimulus. *The Journal of Physiology*, 30 doi: 10.1113/jphysiol.1903.sp000980.

Sherrington, C. S. (1906). *The integrative action of the nervous system*. Yale University Press.

Simons, D. J., & Chabris, C. F. (1999). Gorillas in our midst: sustained inattention blindness for dynamic events. *Perception*, 28, 1059–1074. [En: Capítulo 7 – La fase de sensación]

Singer, Michael (2007). *The untethered soul: The journey beyond yourself*. New Harbinger Publications.

Sointu, Eeva (2012). *Theorizing Complementary and Alternative Medicines: Wellbeing, Self, Gender, Class*. Palgrave Macmillan.

Sointu, Eeva (2013). Complementary and alternative medicines,

embodied subjectivity and experiences of healing. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 17(5), 530–545. <https://doi.org/10.1177/1363459312472080>.

Stanovich, K. & West, R. (2000) Individual Differences in Reasoning: Implications for the Rationality Debate, *Behavioral and Brain Sciences* 23 (2000): 645–65.

Stark, J. E. (2013). An historical perspective on principles of osteopathy. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 16(1), 3–10. doi:10.1016/j.ijosm.2012.10.001

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.

Stilwell, P., Harman, K (2019). An enactive approach to pain: beyond the biopsychosocial model. *Phenom Cogn Sci* 18, 637–665.

Stone, Caroline (2000). *Science in the Art of Osteopathy: Osteopathic Principles and Practice*. Nelson Thornes Ltd. [En: Introducción]

Sumner, G., & Haines, S. (2011). *Cranial Intelligence: A Practical Guide to Biodynamic Craniosacral Therapy*. Singing Dragon.

Svenaeus, F. (1999). *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health: Steps Towards a Philosophy of Medical Practice*. Springer.

Szendy, Peter (2015). En lo profundo de un oído. Una estética de la escucha. Santiago: Metales Pesados.

Tart, C. T. (1969) *Altered states of consciousness: A book of readings*. New York: Wiley.

Thompson, E. (2007). *Mind in life: Biology, phenomenology, and the sciences of mind*. Belknap Press/Harvard University Press.

Todd, Mabel E. (1937). *The Thinking Body*. The Gestalt Journal Press.

Tricot, Pierre (2002). *Approche Tissulaire de l'ostéopathie - Livre 1*. Sully, 2002 Vannes, I.S.B.N 2-911074-40-8, pp. 17-31. [En: Capítulo 17 - Factores y aptitudes individuales]

Turvey, Michael T. (1996). Dynamic touch. *American Psychologist*, 51(11), 1134-1152. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.51.11.1134>. [En: Capítulo 4 - La sensopercepción]

Tyremen, S. (2013). Re-evaluating "osteopathic principles." *International Journal of Osteopathic Medicine*, 16(1), 38-45. doi:10.1016/j.ijosm.2012.08.005. [En: Capítulo 19 - La escucha y la filosofía de la osteopatía]

Van Buskirk, RL (1990). Nociceptive reflexes and the somatic dysfunction: a model. *J Am Osteopath Assoc*. 1990;90(9):792-805.

Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. Cambridge, Mass: The MIT Press. [En: Capítulo 01 - La escucha]

Wall, P. D., Koltzenburg, M., & McMahon, S. B. (2005). *Wall and Melzack's textbook of pain*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone. [En: Capítulo 8 - Modelos operativos de disfunción somática]

Watzlawick, Paul, Beavin, J., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interaction patterns, pathologies and paradoxes*. New York: W.W.Norton.

Wilden, Anthony (1977). *System and Structure: essays in communication and exchange*. London, Tavistock.

Wittmann, M. (2018). *Altered States of Consciousness: Experiences Out of Time and Self* (P. Hurd, Trans.).

Yanase, J., & Triantaphyllou, E. (2019). The Seven Key Challenges for the Future of Computer-Aided Diagnosis in Medicine. *International Journal of Medical Informatics*. doi:10.1016/j.ijmedinf.2019.06.017

Žižek, Slavoj (1989). *The sublime object of ideology*. London: Verso.

Bibliografía razonada

Referencias bibliográficas agrupadas por temas y ordenadas, dentro de cada uno de los temas, según un orden cronológico o de correlatividad. En *itálica*, los textos fundamentales sobre ese tema, por lo menos en lo que se refiere al contexto adoptado en *El Cuerpo y La Escucha*.

Analógico y Digital: *Wilden (1977), Lakoff (1999), Lakoff (2003), Holyoak (2005)*

Body / anatomy / physiology: Todd (1937), Juhan (1987), Irigaray (1993), Hargrove (2014)

Centro / Kinesfera: *Laban (2005)*

Cibernética: Eco (1964), Watzlawick et al. (1967), *Bateson (1972), Wilden (1977), Hofstadter (1979),*

Cognición / Sistemas 1 y 2: Hofstadter (1979), Gigerenzer et al. (1996), Osman (2004), Evans (2008), Badcock, Barbey et al (2009), Croskerry (2009), Keren (2009), Morewedge et al. (2010), *Kahneman (2011)*, Mugg (2016), Pennycook (2017), Bonnefon (2018), Grayot (2019)

Consciencia somática: Feldenkrais (1972), Feldenkrais (1981), Nathan (1999), *Bakal (2001)*

Diagnóstico: Sammut et al. (1998), Croskerry (2009)

Dualismo cartesiano: *Descartes (1637), Descartes (1641), Merleau-Ponty (1945), Ryle (1949), Gold (1985), Damasio (2005), Reeve (2011)*

Embodiment: *Varela et al. (1991), Lakoff (1999), Bower et al. (2016)*

Emociones: James (1902), *Ledoux (1998), Le Breton (1999), Damasio (2005), Barrett (2008, 2016), Johnston & Olson (2015), Chodron (2018)*

Encapsulación de conocimientos: *Schmidt et al. (1992)*

Escucha en osteopatía: Frymann (1963), Becker (1963, 1964, 1965), *Chaitow (1997), Cohen (1996), Milne (1998), Tricot (2002), Kern (2005), Sumner et al. (2011), Shea (2016), Liem (2017)*

Esquema corporal / imagen corporal: Head & Holmes (1911), Schilder (1935), *Gallagher (2005)*

Estados alterados de consciencia: Ludwig (1966), *Farthing (1992)*, Kotler (2017)

Fenomenología / filosofía: *Merleau-Ponty (1945)*, Polanyi (1958), *McLuhan (1962)*, Merleau-Ponty (1964), Levi-Strauss (1974), Henry (1975), Žižek (1989), Nancy (1992), Le Breton (1995), Ratcliffe (2012a), Ratcliffe (2012b), Marivoet (2016), Liem (2017), Le Breton (2018)

Flow: *Csikszentmihalyi (1990)*, Csikszentmihalyi (2005)

Holística: Sointu (2012), *Sointu (2013)*, Liem (2017)

Homeostasis y alostasis: Cannon (1915), *Sterling (1988)*, McEwen (1998), Koob (2001), McEwen (2003), *Sterling (2004)*, Schulkin (2004), Sterling (2012), Chatzitomaris (2017), *Sterling (2020)*

Intuición: Rosenblatt (1994), Kruglanski (2011), Liem (2017)

Modelo medico biopsicosocial / Psiconeuroinmunobiología: Maier et al. (1994), Ader (1995), *Koltzenburg et al. (2005)*, Hargrove (2014), Liem (2017), Le Breton (2021)

Neurociencia: *Kandel (2000)*, Craig (2003), Craig (2014)

Nuevo concepto de salud: Still (1899, 1902, 1908, 1910), Sterling (1988, 2012, 2020), Nesse (1995), Sointu (2012), Svenaeus (1999), Cassell (1986), Engel (1977), Illich (1975)

Osteopatía: *Still (1901)*, Stone (2000), Liem (2017)

Penetración cognitiva: Macpherson (2011), O'Callaghan et al. (2017)

Predicciones: Damasio (2005), *Frith (2007)*, *Barrett (2016)*

Sensopercepción: Howard et al. (1966), *Luria (1975)*, *Goldstein et al (1980)*, Roselló et al. (2004), Reed et al. (2005), Chan et al. (2008),

Sensores táctiles: Armstrong (1962), Craig (2003), *Craig (2014)*, D'Alessandro et al. (2016)

Soma: Hanna (1980), *Hanna (1988)*

Stress / Sistemas simpático y parasimpático: Cannon (1915), Porges (2011), Walker (2013), Hageaars et al. (2014)

Tacto: Armstrong (1962), *Montagu (1971)*, Klatzky et al. (1985), O'Shaughnessy (1989), Lederman et al. (1993), Turvey (1996), Field (2000), Klatzky et al. (2003), Field (2003), Reed et al. (2005), Ratcliffe (2008), Lederman et al. (2009), Serino et al. (2010), Classen (2012), Ratcliffe (2012a), Ratcliffe (2012b), Massie (2013), *Fulkerson (2013)*, *Linden (2016)*, Classen (2020)

Bibliografía fundamental

Autores que moldearon mi forma de pensar en general:

Maurice Merleau-Ponty, Anthony Wilden, Douglas Hofstadter, Peter Sterling.

Autores básicos para El Cuerpo y La Escucha:

Francisco Varela, Shaun Gallagher, Matthew Fulkerson, Matthew Ratcliffe.

[illegible]

[illegible]

