



James Jealous

Comentarios sobre el Impulso Rítmico Craneal



En esta ocasión las reflexiones de J. Jealous nos llevan a preguntarnos sobre el movimiento natural, sobre el Impulso Rítmico Craneosacro y sobre la Respiración Primaria.

Los movimientos que notamos ¿son mecánicos, son hidráulicos? ¿Son una respiración?

Recorreremos todas estas cuestiones y exploraremos verbalmente y con ejercicios la desconexión, la desvinculación, donde se “relaja” la conexión en esa respiración..

Este escrito está basado en sus textos, entrevistas y en sus Lecture Series.

Si quieres profundizar más te recomendamos informarte en <https://traditionalosteopathyedu.com/> donde encontraras sus cursos, libros y Lecture Series.

The Drop, abril 2023

James Jealous

Sobre el Impulso Rítmico Craneal

En esta ocasión vamos a discutir sobre el movimiento y los efectos del movimiento de la Respiración Primaria.

Cuando ponemos nuestras manos en un paciente sentimos algo, sentimos una especie de respiración en la cabeza, podemos sentirla en los pies, en las vísceras, podemos sentirla en casi todas partes. Y esta respiración se llama Respiración Primaria. Vamos a echar un vistazo a lo que está detrás de este movimiento, lo que realmente lo crea, cómo está sucediendo para que podamos entender mejor cuál es el potencial de normalidad en nuestros pacientes, y podamos entender mejor cuándo alcanzan ese nivel de normalidad. Hay todo tipo de teorías sobre el Impulso Rítmico Craneal, sobre el Mecanismo Respiratorio Primario, sobre lo que está pasando.

Vamos a echar un vistazo a esto, y luego vamos a echar un vistazo al modelo biodinámico, que es bastante diferente, porque se basa en nuestra experiencia, una experiencia palpatoria en lugar de una teoría sobre lo que está sucediendo.

Probablemente una de las frases más famosas en la osteopatía en el campo craneal fue presentada por la Dra. Wales en nuestras reuniones del grupo de estudio de Nueva Inglaterra. No sé cuántas veces dijo esto, pero lo hizo muchas veces en 1954. Ella le preguntó al Dr. Sutherland qué es lo que mueve este sistema, qué es lo que fluctúa los fluidos, y él dijo que no lo sabía. Así que después de 50 años de investigación, observación y de pensar y sentir, el Dr. Sutherland tomó una posición de humildad y dijo “no lo sé”.

Quiero dejar claro al lector que yo tampoco lo sé. Y espero que nunca lo sepamos y no creo que podamos, porque la inteligencia que está detrás de la Respiración Primaria tiene una visión del mundo mucho mayor que la nuestra y pone a todos en el centro. Así que está más allá de lo que puedo imaginarme, aunque creo que todos tenemos ese potencial. Pero cuando miramos lo que está creando el movimiento de la Respiración Primaria ponemos nuestras manos en un paciente y sentimos esta respiración a través de cada célula en el cuerpo, mirando realmente para entender mejor el diagnóstico, pero también para ayudarnos a sincronizar mejor y entender lo que es la Respiración Primaria, cuáles son sus efectos, y se siente en este sistema sincronizado, y se siente el aumento interno allí.

Vamos a pasar por esto con mucho detalle, pero no quiero que tengas la idea de que este modelo que voy a presentar tiene otro propósito que permitirnos explorar y alejarnos de nuestras propias rigideces como individuos, alejarnos de nuestros propios miedos y de nuestros prejuicios conceptuales, porque todas estas cosas, nuestros miedos, nuestras rigideces y nuestros prejuicios conceptuales, tienen una tremenda influencia en nuestra experiencia perceptiva con la Respiración Primaria.

La gente puede decir “no tengo un sesgo conceptual”, pero no tener un concepto y ser libre es peligroso en cierto sentido, porque elimina el potencial de diagnóstico. Hay situaciones en las que tenemos que resincronizar un sistema, y añadir aumento, e intervenir directamente en lesiones no tisulares, lesiones de fluidos y lesiones bioeléctricas, y situaciones en las que la sincronización no es correcta o en las que se produce un movimiento paradójico. Es muy importante tener un modelo de trabajo, incluso si aceptamos el hecho de que es limitado. Cuando cambiamos los modelos, el resultado final debería ser un mayor servicio para nuestro paciente y una mayor eficacia clínica.

Así que no es sólo un ejercicio académico. A medida que avanzamos en este modelo biodinámico vamos a trabajar directamente con un paciente, o un amigo, y tratar de decidir por nosotros mismos exactamente lo que está pasando con la Respiración Primaria, porque en última instancia se trata de una experiencia individual con la vida.

Si nos aferramos demasiado a nuestros modelos podemos encontrarnos limitando potencialmente el progreso terapéutico de nuestros pacientes, aunque obtengamos resultados clínicos que quizás podrían ser mejores. El Dr. Sutherland, como sabes si has escuchado la cronología, o has leído las “Contribuciones al Pensamiento”, pasó por un tremendo cambio en su viaje perceptivo. Tenía casi una aptitud perceptiva superficial cuando empezó, y esto se fundió en un arte de sentir cosas que estaban ocultas a la mente conceptual, y empezó a sentir cosas que eran invisibles. Y sin embargo, destapó los primeros planos haciendo visible para nosotros el movimiento de los huesos y los fluidos, fluctuaciones longitudinales, fluctuaciones laterales, el movimiento del sistema nervioso central... Todo fue tan bien escrito en el recorrido del pececillo que es absolutamente inspirador.

Luego nos enseñó sobre la marea y cómo dirigirla, cómo utilizarla como una potencia terapéutica transmutativa. De repente comenzó creyendo y adhiriéndose a, como se puede leer en “Las Contribuciones al Pensamiento”, que la estructura gobierna la función, y cambió a una visión que incluía este mar que nos rodea, y que éramos como pequeñas casas bajo el mar, y todas las puertas y ventanas estaban abiertas, y la marea era libre de moverse a través de ella.

Es un gran salto, desde una osteopatía muy estructural de base mecánica y orientada a la posición, a algo que se compromete con la vida. Y creo que es interesante notar que el Doctor todavía hablaba de la vida como una fuerza vivificante de movimiento, muy lento, que venía de lo divino, porque queremos hablar del mar que nos rodea en la presencia exterior de la Respiración Primaria como el motor principal de estas cosas que sentimos dentro del paciente.

Quiero recordar que los “mayores” de nuestra profesión, que han estudiado y han sido libres de cambiar su perspectiva mental, y guiarse por los resultados clínicos, tuvieron que aprender a dudar constructivamente de todo lo que sentían con sus manos. Es muy fácil tomar un concepto o una teoría y simplemente poner las manos en el paciente y decir que lo sientes. En mi primer curso en 1966 me enseñaron que *“esto es lo que vas a sentir, así es como funciona”*. Y vas a la práctica y tratas de sentir las cosas de las que hablaron. En el modelo biodinámico hemos tratado de abandonar eso. A veces frustra a los estudiantes hasta el punto de que se molestan bastante conmigo, pero el punto al que estoy tratando de llegar en mis conferencias y en las prácticas es algo distinto de lo que estoy hablando.

De modo que cuando hacemos las prácticas en el modelo biodinámico, no es que estés probando lo que yo digo, sino que estás aprendiendo a explorar a partir de tu propia presencia perceptiva, y la retroalimentación que obtengo de ti me indica si diste el siguiente paso, que es lo que realmente quería y de lo que no dije nada.

Así que la enseñanza en el modelo biodinámico es un poco diferente, e intento dejar las puertas abiertas para que la gente explore y tenga su propia experiencia, y luego volvemos a reunirnos como grupo e intercambiamos alrededor de esta gran mesa, intercambiamos ideas sobre lo que pasó y cómo lo experimentamos. Muchas veces la gente no podía hacer las prácticas porque la Respiración Primaria estaba involucrada en otro proceso en el paciente y respetaban que el proceso terapéutico dominara el momento, sin forzar al paciente a una experiencia particular que venía de la clase. Así que tengo que ser bastante prudente con respecto a tomar conceptos y superponerlos al paciente.

También he estado explorando con muchos de mis amigos durante los últimos 20 años cómo podríamos ser capaces de enseñar osteopatía sin decir al estudiante que vaya a hacer un “a-b-c”: *“y entonces tú haces un a-b-c y obtienes exactamente la misma fórmula que obtiene el profesor”*. No es que la vida no sea así, y no es que seamos diferentes, no es que tú y yo seamos tan diferentes que podamos tocar al mismo paciente y tener experiencias diferentes, aunque eso pueda ser cierto hasta cierto punto. La cosa es que el paciente está bajo la influencia de la Respiración Primaria y sabe lo que está haciendo, hay algo apropiado en cada momento.

Y así nos liberamos de los conceptos. Sutherland hizo esto bastante bien, fue un hermoso maestro de esa manera. Creo que su posición de humildad y asombro e intimidad con la Respiración Primaria le permitió dejarlo hasta el punto de decir: *“no sé, no sé”*. Y la forma en que Anne expresó esto: *“creo que dijo no sé. Y se sentía totalmente cómodo con el no sé, no era como si estuviera frustrado o “tal vez en otro momento obtendré la respuesta”*. Simplemente estaba bien dejar que el misterio fuera un misterio y, en última instancia, yo también me siento así.

Creo que tal vez muchas de las personas que nos escuchan lo hagan, pero también tenemos la responsabilidad con nuestros pacientes de saber cuándo son normales para llevarles al mejor y más integrado proceso de curación que podamos hacer. Eso significa que tenemos que entender cuáles son los efectos fenoménicos normales de la Respiración Primaria, qué es lo normal, qué se siente y qué está ocurriendo ahí dentro y en qué consiste este proceso. Ciertamente todos podemos sentir la respiración. Así que nuestra pregunta es realmente sobre qué crea este movimiento y cómo se crea.

La Respiración Primaria. El lenguaje

Para entender este movimiento tenemos que entender el lenguaje que está bajo nuestras manos, lo que significa que las palabras que voy a usar no son conceptuales, aunque puedan tener definiciones, pero cuando hablo de transmutación, desenganche, sincronización o aumento en el movimiento craneal, lo que crea este movimiento, me gustaría que pudieras saber cómo se siente en tus manos. Creo que las definiciones son cómodas para

nosotros académicamente y creo que sirven para algo, pero queremos tocar el lenguaje, queremos tocar la transmutación, la sincronización y la desconexión, cuándo se está produciendo, y cómo puedes calibrarla en el paciente. Es algo muy importante.

Y este es un modelo biodinámico que significa que sentimos que el movimiento que estamos percibiendo en el paciente es principalmente un efecto de la presencia inmediata del mar que nos rodea y su marea. Cuando empezamos a aprender el lenguaje y lo ponemos en nuestras manos, e intentamos tocarlo, pasamos de una experiencia palpatoria a una forma muy pasiva de escucha de la que hemos hablado en otras ocasiones. Pero quiero dejar muy claro que cuando pasamos de la palpación a la percepción, cuando pasamos de este tipo de presión activa sobre el sistema y de prueba de movimiento a este tipo de escucha pasiva que hacemos en biodinámica, esta escucha pasiva no es un proceso ocioso. Es muy activa, es muy disciplinada y es extenuante.

Ahora, “disciplina” es una palabra graciosa que se utiliza, pero no es algo que yo encuentre que los estudiantes contemporáneos entiendan. Y escuchan la palabra disciplina y piensan que es militar o algo así. Yo estoy hablando de la disciplina espiritual y psicológica que se necesita para poder tener una experiencia perceptiva que sea más saludable para nosotros.

Escuchamos con nuestras manos

Así que escuchamos con nuestras manos. Hay mucha gente que escucha y busca algo en particular, y nosotros escuchamos activamente con nuestras manos con la intención de no traicionarnos a nosotros mismos intentando dar un empujón al sistema. Todos somos “empujadores”, y nos ponemos a jugar con el sistema lo suficiente como para que nos responda, pues lo que está haciendo es darnos información sobre nuestra propia impaciencia, pero no nos da información sobre lo que la Respiración Primaria está haciendo por el paciente.

Así que cuando movemos las manos para explorar lo que mueve este Impulso Rítmico Craneal, lo que hay detrás de él, lo que realmente está ocurriendo ahí, tenemos que poner el oído en el suelo de la vida, y es lo que está definiendo el momento. La forma de explorar un modelo va a determinar en gran medida qué tipo de modelo obtienes. Si intentas explorar la Respiración Primaria con habilidades palpatorias y presión, vas a obtener una sensación diferente del sistema cuando está estresado de ese modo que si se le permitiese demostrarte su propia naturaleza intrínseca, siendo el primer modelo con el que tenemos que trabajar en la enseñanza actual en la mayoría de los cursos de cráneo. Y creo que esto es más o menos así en todo el mundo, aunque veo que se están produciendo modificaciones.

El viejo y nuevo modelo

Pero echemos un vistazo al viejo modelo que, aunque todavía se utiliza en muchos lugares, creo que realmente necesita ser cambiado. Y lo primero que tenemos que hacer para cambiar los modelos que manejamos es hacer saber a nuestros alumnos que “no sabemos”.

Y que nuestro propósito al tener un modelo es explorar, no dictar. Ya sabes que si yo estuviera aquí dentro de 10 o 20 años, si Dios quiere, y fuera a un curso y escuchara a la gente enseñar, y disfrutara de estar con osteópatas, y el modelo se hubiera refinado un poco más, estaría encantado de que el Dr. Sutherland nos dijera que siguiéramos investigando. Es casi como si nos hubiera dejado su deseo, que era que siguiéramos investigando y estudiando.

Y también dijo *“no tengas miedo de soñar, deja ir tu imaginación, no la encierres en los libros de texto que has leído, en los cuentos de hadas que has leído a lo largo de tu vida, solo déjala ir, usa tu soñador, estira tu imaginación hacia la libertad”*. Eso es lo que Sutherland ha deseado para nosotros. Es casi como tener un padrino que me diga: *“hijo te doy lo que tengo, pero te aconsejo una vez que lo hayas aprendido que sigas adelante”*.

Se trata de descubrir cosas nuevas sobre la naturaleza, se trata de tener nuevas relaciones con lo divino. No se trata de descubrir nuevos hechos científicos que refuercen nuestra teoría. Vamos por ahí leyendo revistas científicas y eso demuestra que tenemos razón. No se trata de eso. El Dr. Sutherland nos pedía que buscáramos nuevos patrones, nuevos elementos en la Respiración Primaria. Así que en el modelo biodinámico buscamos principalmente cosas que no sabemos que existen,

Así que ponemos las manos sobre el paciente, no nos interesa lo que conocemos y no nos interesa “oh, sí, esto es esto y aquello es aquello”, ¿hay algo aquí que nunca haya visto antes, hay algo en este momento que sea nuevo? Porque buscamos lo familiar, ya sea la presencia exterior de la Respiración Primaria o el movimiento de las membranas de tensión recíprocas y del paciente, siempre buscamos lo familiar, es una forma de pereza, y también es una forma de estupidez, porque somos humanos. En realidad no somos tan brillantes. Así que caemos en estos patrones habituales de percepción.

Pero debe haber algo en este momento y en cada uno de nuestros pacientes que nunca has visto antes. Si adoptas esa actitud puedes soñar que también encontrarás muchas cosas nuevas que ayudarán a tus pacientes a ponerse bien. La osteopatía es un estudio de lo que la naturaleza está haciendo como nuestra amiga, no como un prisionero bajo nuestras manos. Esta discusión que vamos a tener va a ser apasionada y voy a ser directo.

Sigue explorando, sigue investigando, sigue estudiando

Y no quiero que pienses que lo digo en serio, es que me encanta explorar. Si mañana tuviéramos que cambiar todo lo que estoy diciendo no me sorprendería. Estaba escuchando el otro día un programa médico en la radio mientras conducía mi camioneta, estaba en el campo, y estaban entrevistando a un estudiante de primer año de la escuela de medicina de Harvard, que aparentemente hace un programa de comentarios de radio sobre cosas médicas. Y el primer día de la clase de primer año de la escuela de medicina de Harvard les dicen que el 50 por ciento de todo lo que les van a enseñar es absolutamente incorrecto, y no saben cuál es el 50 por ciento. Yo lo he oído.

Y dije: *“bueno, puede ser más del 50 por ciento”*. Pero te prometo que si estudias la osteopatía en sus principios vivos, serán correctos más del 85 por ciento de las veces, porque

los principios básicos de los que estoy hablando, de haber tocado el lenguaje de comunicación con la naturaleza, una vez que has cruzado ese puente, hay un montón de verdades que no tendrán que ser reconstruidas, simplemente se añadirán como parte de este gran rompecabezas que se está revelando a través del tiempo, porque estamos escuchando al maestro mecánico, porque estamos escuchando a la naturaleza misma.

Volviendo la vista atrás. El modelo mecánico

Si volvemos la vista atrás a lo que el Dr. Sutherland escribió en la primera edición de “Osteopatía en el Campo Craneal”, si miramos eso y luego miramos la reescritura del trabajo de Sutherland por Magoon, llegamos a algunos modelos interesantes. Ahora bien, Sutherland comenzó la primera edición hablándonos del Aliento de Vida y hablándonos de esta carga y descarga, y de esta gigantesca dinamo dentro del sistema nervioso central. Y ciertamente en el “recorrido del pececillo” (Tour of the Minnow) es realmente claro acerca de lo que está sucediendo dentro del tercer ventrículo. Eran sólo pequeños fragmentos dispersos, eran caleidoscópicos, nos dio una especie de pistas de lo que realmente sintió que podría estar pasando, y en realidad era bastante profundo.

Y luego fue reescrito y obtuvimos esta idea sobre las membranas de tensión recíprocas y las fluctuaciones de fluidos. Estoy seguro de que todos estos datos que están llegando a través de las manos de la gente son simplemente increíbles, y esto es chocante, lo que está sucediendo. El Dr. Magoon reescribió gran parte para intentar hacerlo conceptualmente creíble. Creo que tal vez salió un poco rígido, creo que eso puede habernos hecho perder algo de terreno, no porque él hiciera algo mal, sino que creo que la gente que sentía el Mecanismo Respiratorio Primario tuvo dificultades para superponer este modelo.

Así que empezamos en mi primer curso en 1966 con un modelo en el que lo que sentimos con la Respiración Primaria era un sistema mecánico, y que los fluidos estaban siendo movidos por el movimiento de la membrana de tensión recíproca, y los huesos estaban cambiando de posición porque la membrana de tensión recíproca en realidad los mueve de una posición. Eso es un término importante: mover los huesos de una posición a otra. Y mientras lo hace la duramadre, alrededor de la aracnoides fluctúa el líquido cefalorraquídeo y le da un movimiento ondulatorio que crea una fluctuación longitudinal y lateral en el líquido, tal como lo entendemos. Puedes leer en Magoon que hay todo tipo de investigaciones sobre el movimiento del líquido cefalorraquídeo por los nervios, y que era ésto lo que nos daba la impresión de que podíamos sentir la Respiración Primaria en los brazos y en las piernas. Eso era porque el LCR se movía por el sistema.

Así que lo que nos enseñaron en ese momento, y lo que está en el libro, y lo que parece ser el statu quo, es que el sistema nervioso central se enrolla durante la fase de inhalación y se desenrolla durante la fase de exhalación, y así el cerebro está cambiando de forma y su posición. Y este enrollamiento en el cerebro hacia la lámina terminalis durante la fase de inhalación se produce de tal manera que se obtiene este ensanchamiento en el eje transversal, y una disminución de la altura vertical dentro de la fosa supratentorial. Y todo eso está bien. La idea era que a medida que el cerebro se movía, la duramadre meníngea lo hacía, siendo entonces un saco dural. Es la capa más externa de las cubiertas protectoras íntimas del cerebro.

Así que tenemos la pia, luego la aracnoides y luego esta duramadre. Bien, hay otra capa de duramadre en el exterior, así que todavía tenemos que tratar con la duramadre perióstica, que es parte del sistema dural en sí mismo.

Pero en cualquier caso tenemos este cerebro con estas leptomeninges y luego, fuera de la pia y la aracnoides, tenemos esta duramadre menínea. Esta duramadre menínea tiene duplicaciones durales o septos que bajan entre los hemisferios y entre las fosas infratentoriales y supratentoriales, o entre el cerebelo y los lóbulos occipitales. Tenemos la hoz y tenemos la tienda del cerebelo, uno a cada lado. A medida que el cerebro se mueve arrastra esta dura membrana gruesa de tensión recíproca.

Y así como el cerebro se movía, había un movimiento pasivo, un movimiento mecánico dentro de la duramadre menínea, que lo seguía. Nos llevó a pensar que la duramadre menínea era principalmente las hoces y las dos tiendas. Es decir, nadie habló nunca de la duramadre menínea que estaba entre las hoces. Lo que llena todos esos espacios entre las hoces y la tienda es este increíble saco dural de duramadre menínea. Y así las hoces y la tienda, las membranas de tensión recíproca, no tenían movimiento intrínseco propio.

Así que el cerebro era realmente móvil, podía moverse dentro de su propia intención, y los tejidos eran móviles, se movían con él como pasajeros en un coche. Y así teníamos el cerebro en movimiento y también se movían las membranas de tensión recíprocas. Así que las hoces y la tienda se movían y la inserción de las hoces se unía a puntos específicos de la base craneal, desde el inion hasta la Crista galli. Y como el cerebro movía las meninges, que no tenían movimiento intrínseco propio más que para cambiar su posición como un hueso, mecánicamente, pero como las MTR (Membranas de Tensión Recíprocas) tenían inserciones en los huesos, actuaría como un sistema de palancas que movería los huesos. Movería principalmente el esfenoides y el occipucio, y cuando el cerebro se enrollaba durante la fase de inhalación de la Respiración Primaria y la duramadre menínea tomaba ese movimiento pasivamente, entonces se movía la base craneal y se obtenía la flexión, y esta flexión que salía de la base craneal era el motor principal de los huesos faciales, de la bóveda y el sacro, a través de una unión dural menínea interna desde el occipucio hasta el S2.

De modo que los huesos eran muy pasivos, estaban como sentados dentro de estas pequeñas envolturas de duramadre, y la dura menínea simplemente movía estos huesos de un lugar a otro. Y si son huesos bilateralmente emparejados, ese movimiento de un lugar a otro se llama rotación externa, así que los temporales rotan externamente durante la fase de inhalación alrededor de un eje que corre básicamente a lo largo del ligamento petrosfenoideo, etc. Y durante la fase de exhalación rotarían internamente, lo cual es un lenguaje que desarrollamos a partir de la osteopatía en las extremidades. Así que ahora tenemos los huesos bilateralmente emparejados rotando interna y externamente y los huesos de la línea media como el etmoides, el esfenoides y el occipital haciendo flexión y extensión.

Y esto era sólo el movimiento axial, de modo que los huesos se moverían alrededor de un eje determinado. Era muy mecánico. Estaban siendo tensados aquí y moviéndose de ida y vuelta por las palancas de las inserciones de las MTR, las hoces y la tienda. Y el movimiento del cerebro estaba detrás de eso y del movimiento del fluido. Por supuesto, como ya hemos dicho. Sutherland dijo en 1954 que no tenía idea de lo que estaba pasando, pero la

idea que se nos presenta es que las membranas están moviendo el fluido, por lo que a medida que el cerebro se mueve, las MTR se mueven, las MTR mueven los huesos y también fluctúa el fluido espinal cerebral.

Teníamos un modelo que era muy mecánico y la gente intentaba agarrar las membranas y mover los huesos, e intentaban usar los polos de fijación para hacer estas correcciones. Lo que realmente estaba ocurriendo no lo sé, pero cuando veamos este sistema dural en el futuro, descubrirás que la dura meníngea no se une directamente a los huesos sino a la capa del periostio, que es otra capa de la dura. Y que la dura meníngea está unida al periostio a lo largo de todo el cráneo con la misma cantidad de fuerza. No hay ninguna singularidad particular sobre la fijación de la dura meníngea en la zona de las clinoides o cualquiera otra zona, no hay ninguna diferencia particular. Esta fijación es global, es esférica a través de todo el sistema, por lo que si las MTR se mueven tendrían que mover todos los huesos al mismo tiempo.

Así que tenemos un modelo que, al menos para mí y creo que para varias personas, cuando pones tus manos en el paciente y sientes esta respiración, no se siente como palancas mecánicas que cambian los huesos, para luego obtener este tipo de efecto dominó. Traté de sentir este modelo durante mucho tiempo y creo que otras personas lo hicieron. Creo que con toda la humildad, honestidad y gratitud, simplemente no se siente bien.

La Dra. Ruby Day

Creo que encontrarás otra cosa interesante que quiero añadir aquí. Después de que tomé mi primer curso craneal en el año 66 y volví en los 70, también estaba como la mayoría de la gente sabe, trabajando con la Dra. Ruby Day. Ella fue mi mentora y estudié con ella cada semana. Ella enseñó con Sutherland. Era una mujer maravillosa. Una de las primeras cosas que ella me enseñó, y yo en ese momento no sabía para que diablos me esta enseñando eso, pero ella vino y dijo: *“¿estas listo para empezar?”* y yo dije *“¡si!”*. Ella dijo: *“bien, quiero mostrarte como detener el movimiento del sistema nervioso central. Y verás que si detenemos el movimiento del sistema nervioso central los fluidos siguen fluctuando”*. En ese momento estaba apenas comenzando con el trabajo craneal, en la mitad de los 70, ni siquiera sabía por qué me estaba mostrando esto.

Pero la escuché bien. Me hizo acostar al paciente sobre su espalda y luego me hizo sostener el filum terminale. Me dijo que lo sostuviera para que no pudiera moverse hacia la lámina terminalis durante la fase de inhalación de la Respiración Primaria. Bien sabes que puedo decir eso rápidamente, pero fue algo muy muy difícil de hacer, separar los movimientos que estaban bajo tu mano y sentir solo la subida vertical en la cola del renacuajo en el fillum terminale durante la fase de inhalación de la Respiración Primaria. No era fácil de hacer. Pude hacerlo gracias a que las manos de Ruby estaban allí conmigo y me estaba guiando. Después de un tiempo el movimiento ascendente de la cola del renacuajo durante la fase de inhalación de la Respiración Primaria se detuvo.

En ese momento tenía este sistema nervioso central en el que el renacuajo estaba muerto en el agua (es una forma de decirlo), dejó de moverse. Pero el agua siguió moviéndose

mientras que el renacuajo estaba absolutamente inmóvil. Hemos restringido su movimiento, que ha pasado por una especie CV4, y está asentado en un punto inmóvil, muy muy tranquilo. No se está moviendo y sin embargo yo podía sentir los fluidos, su fluctuación longitudinal en inhalación y exhalación.

Y no tenía ni idea de por qué me estaba mostrando esto, no había estudiado los libros lo suficiente, todavía no estaba realmente claro en mi mente cómo funcionaba este modelo. Cada vez que iba a un curso alguien lo volvía a explicar, pero nunca estaba claro para mí. Finalmente, después de trabajar con la Dra. Wales y la Dra. Day, me hice una idea de lo que estaban tratando de decir sobre el cerebro moviéndose en la lámina terminalis, y la dura meníngea moviéndose, y luego moviendo los fluidos y moviendo los huesos.

Y dije: “¡oh vale!”. Pero pasó mucho tiempo. Creo que fue probablemente a principios de los 80 cuando empecé a entender realmente lo profundo de lo que me estaba mostrando la Dra. Day. Ella fue muy clara, me dijo que me mostraba lo que le mostró el Dr. Sutherland. Ella había aprendido del Dr. Sutherland en sus exploraciones. Esto es lo que quiero decir sobre la manera en que detuvo el movimiento del sistema nervioso central y el fluido siguió fluctuando. Ahora, sabes que significa que el cerebro no es el motor principal de los fluidos, que los fluidos tienen algo más que los está haciendo mover.

Doy este ejemplo sólo para mostrarte lo increíblemente dedicados que estaban estas personas a mirar y explorar la vida, y no preocuparse de si su modelo era o no el mejor y el más preciso, estaban ocupados rompiendo sus propios hábitos perceptivos. Es realmente una hermosa historia. Como he dicho, a la mayoría de las personas se les enseña este modelo mecánico y se les enseña que el resultado final de este movimiento craneal es la fluctuación de fluidos y el movimiento de la base craneal, por lo que la gente dice: fase de flexión y fase de extensión. No hay tal cosa como la fase de flexión o la fase de extensión.

Piensa que es la fase de inhalación de la Respiración Primaria durante la cual hay flexión y fluctuación de fluidos y enrollamiento en el sistema nervioso central, pero la flexión no es la característica dominante de la fase de inhalación de la Respiración Primaria. Poco a poco, con el paso del tiempo, la gente cambia el lenguaje y los estudiantes escuchan la fase de flexión y piensan en los huesos. La Respiración Primaria no tiene que ver con los huesos, no tiene que ver con los fluidos, no tiene que ver con la potencia. Tenemos que recordar que estamos viendo la fase de inhalación de la Respiración Primaria y nos preguntamos qué está pasando aquí.

Así que tenemos este modelo mecánico. En algunos casos la gente utiliza un modelo hidráulico, pero ambos son mecánicos y aunque hay una cierta cantidad de movimiento mecánico en el sistema es muy, muy pequeño, y es debido definitivamente a las restricciones por parte del sistema, en lugar de una manifestación de la salud.

Saliendo del modelo mecánico

Así que vamos a intentar dar un paso desde este modelo mecánico, y mientras lo hacemos, vamos a darlo a través de la comprensión de las membranas de tensión recíproca.

Las membranas de tensión recíproca no cambian su tensión interna mientras se mueven durante la inhalación y exhalación de la Respiración Primaria en el modelo mecánico. Tenemos estos polos de unión y la tensión entre ellos es inflexible, es estática. Esto ha sido descrito por varios profesores en los cursos básicos como los puntos de anclaje de los cables en dos postes de teléfono. Y mientras el movimiento tiene lugar, los postes cambian su posición, pero la tensión en el cable permanece igual. Así que hablamos de una membrana de tensión recíproca, un modelo mecánico y técnicas que están diseñadas para usar las MTR como palancas para hacer correcciones.

Tenemos que hacernos una de las preguntas más esenciales: cuando siento la membrana de tensión recíproca durante la fase de inhalación de la Respiración Primaria en un paciente sano, ¿la tensión interna dentro de la membrana de tensión recíproca permanece igual o tiende a desconectarse* internamente y a transmutarse? En otras palabras, ¿están las MTR respirando y cambiando su tensión interna y cambiando de forma, o mantienen una tensión interna estática y sólo se mueven como una membrana rígida, que cambia su posición y las posiciones de los huesos mientras se mueve como un sistema de palancas rígido?

Recuerda que desde ese modelo la cara y la bóveda no tienen ningún movimiento propio, es todo un efecto del movimiento del esfenoideas y la base craneal ¿crees que los huesos craneales tienen respuestas independientes a la Respiración Primaria o es todo una respuesta global, guiada a ellos a través de una tensión en los tejidos que no está cambiando su estado interno durante la Respiración Primaria? El modelo que estamos usando en biodinámica básicamente dice que la Marea con "M" mayúscula está dirigiéndose a sí misma, a la Inteligencia con "I" mayúscula en nosotros, y catalizando el movimiento dentro del sistema nervioso central, los fluidos, las membranas y los huesos, todas las vísceras, nuestra psique, cada parte de nosotros: "cada gota conoce la marea".

Hay una respuesta universal y singular en todo el organismo a la presencia de la Respiración Primaria. Cuando estamos sanos, totalmente sanos, quiero decir perfectos, y sé que si sientes eso una vez en la vida es increíble, pero cuando estamos así no hay movimiento, está tan sincronizado que no hay movimiento. En la mayoría de nosotros ponemos nuestras manos y hay movimiento, hay inhalación y exhalación, y en mayor o menor grado tiene una dirección de facilidad, que demuestra desde el comienzo de la inhalación hasta el final de la fase de inhalación un cambio dramático en el estado de los fluidos, los tejidos y los huesos. Esto se llama transmutación.

La Transmutación

Y quiero echar un vistazo a la idea de transmutación y a la idea de que la marea se dirige. Porque cuando te digo que el modelo biodinámico básico es que la marea se dirige a sí misma, no me refiero a la pequeña marea, al fluido dentro del fluido o a la fuerza vital dentro

* Durante el texto se nombra mucho la palabra desconexión haciendo referencia a I que ocurre en la fase de inhalación, como una relajación en o entre los tejidos o estructuras, una desvinculación. Lo compara a cuando tenemos los dedos de las manos entrelazados y los relajamos de tal forma que se separan un poco o se aprietan menos entre sí. Más adelante jealous lo define como un principio general por el que las fuerzas internas de una estructura o una función empiezan realmente a abrirse y a alejarse unas de otras.

del paciente que tú y yo podemos dirigir, sino que estoy hablando de una marea que no puede ser dirigida por nuestra voluntad.

Pero echemos un vistazo a esta palabra “transmutación”, porque se va a convertir en una palabra clave en mi explicación, y en una experiencia sensorial clave que te permite decidir, por ti mismo, si sientes que el sistema se está expresando mecánicamente o se está expresando como un movimiento metabólico que está bajo la influencia de la transmutación de la presencia exterior de la Respiración Primaria.

Vamos a echar un vistazo a la dirección de la marea y la transmutación. Es parte de una tradición oral, algo que todos aprendemos y es en realidad una cosa bastante sorprendente. Es una de las primeras cosas que Ruby Day me enseñó: ella puso sus manos sobre las mías y dirigió la marea. Y vi una luz azul y mis dedos hormiguearon durante media hora. No sé lo que estaba haciendo, pero me impresionó el que había una fuerza muy potente dentro de este sistema. Casi 20 años más tarde lo mismo me sucedió con el Dr. Becker cuando me estaba enseñando a ser un asistente en sus cursos. Y vi exactamente la misma luz. Esta luz azul se percibía casi como si saliera de la punta de uno de esos encendedores zippo o algo así. Era una cosa increíble, su nivel de habilidad era mucho más alto que el mío y es mucho más alto que el mío, incluso ahora, en ese aspecto particular de la osteopatía, eran maestros en dirigir la marea.

En mi primer curso recibimos una conferencia muy corta, tal vez una práctica de 20 minutos, así que no era algo que se enseñara mucho. Si no tenías un tutor privado o un mentor puede que no recibieras mucho al respecto. Básicamente la enseñanza clásica es que evalúas las suturas occipito-mastoideas en ambos lados y luego eliges la que tiene más resistencia. Las suturas occipito-mastoideas siempre fueron conocidas como problemáticas porque están relacionadas con el foramen yugular y hay todo tipo de actividad vagal que puede ocurrir allí.

Encontrar la línea

Así que encontraríamos un paciente que tal vez tendría una sutura occipito-mastoidea restringida a la derecha, de modo que durante la inhalación y la exhalación de la Respiración Primaria no se sentiría la desconexión en la articulación, ni la libertad de movimiento que se expresa a través de los huesos que podríamos esperar. Tenemos una sutura occipito-mastoidea restringida a la derecha y estamos palpando con un dedo en el lado temporal y un dedo en el lado occipital de la sutura occipito-mastoidea, al paciente a través de la columna vertebral, y tomamos nuestra otra mano y lo ponemos en el hueso frontal en el lado izquierdo.

Así que ahora estamos sentados, nuestras manos están en una relación diagonal, una mano es anterior a la izquierda y la otra es posterior a la derecha. En la mano que está en la sutura occipito-mastoidea hay un espacio entre los dedos. Ese espacio es el espacio de la articulación, de la sutura occipito-mastoidea, de modo que un dedo está en temporal y el otro está en occipital, y se acoplan bien. Y no inhibimos el movimiento, no se palpa con tanta presión que se bloquea la fluctuación de fluidos del paciente. Es suave y preciso,

bien administrado, escuchando activamente. La otra mano está en la diagonal, en el frontal izquierdo.

Mucha gente empieza a dirigir la marea de ida y vuelta entre las dos manos. Eso no es realmente lo que se supone que debes hacer. Lo primero que debes hacer es encontrar una línea que ya existe, no crear una que conecte desde el área del frontal izquierdo hasta el espacio de la sutura occipito-mastoidea. Con nuestra mano anterior, estamos explorando alrededor, y nos decimos a nosotros mismos “¡bien!, Tengo que encontrar una línea, una potencia, una línea electromagnética aquí en algún lugar que pase a través del espacio entre mis dos dedos posteriormente”.

Sabes que al sondear esto puedes sentirlo, y luego al mover tu dedo menos de una centésima de milímetro, finalmente llegarás a la quietud y a la potencia en esa línea. Y sentirás una conexión desde un pequeño punto en la punta de un dedo de la mano anterior hasta la quietud en el espacio de la articulación de la mano posterior. Estás en “el cable de conexión”. Esto es lo que aprendemos, y una vez que estamos en el cable que ya está allí no estamos creando nada, es una relación dinámica que probablemente ha estado allí desde que el embrión se formó. Comenzamos a dirigir la marea como si fuese un electrón por el cable, de anterior a posterior, y sentimos a la fuerza entrar entre nuestros dedos posteriormente, y luego dirigimos la marea de nuevo anteriormente, una forma de fluctuar de anterior a posterior, no en los fluidos, sólo a lo largo de la línea.

Lo hacemos un par de veces, y empieza a moverse por sí mismo. Hay un movimiento pulsante, y luego toda la fuerza que estaba pulsando se desliza hacia el espacio de la sutura occipito-mastoidea y tira hacia arriba, de tal manera que el espacio se queda muy quieto. Y no somos capaces de sentir mucha resistencia en los tejidos a medida que los tejidos transmutan, de un estado de tensión a un estado de quietud dinámica. Y esperamos. Estamos dirigiendo la marea sólo hasta que la marea se dirija a sí misma.

Y transmuta

Estamos observando el proceso de transmutación, el calor, el estado de tensión cambiar. No estamos sintiendo los ligamentos tirar de los huesos, ni estamos sintiendo ninguna fluidez de los tejidos. No estamos sintiendo un cambio en la posición de la relación de los huesos como lo hacemos con la técnica, estamos sintiendo la quietud, el calor, y este tipo de proceso metabólico interno donde todo se calienta y cambia su estado. Es como si se derritiera, pero no hay movimiento, no hay fase de inhalación, no hay fase de exhalación, solo hay esa quietud y la fusión en el calor

Y luego a veces hay un pequeño aumento, hay una respiración involuntaria que tiene lugar en el paciente o en ti mismo. Es como si todo el organismo se vuelve un poco más tranquilo y bajo tus manos es sólo caliente y tranquilo. Estamos esperando y no creando un tratamiento. Es increíble. Y de repente sentimos el comienzo de una fase de inhalación. Hemos pasado por la transmutación del punto de quietud. Hay una secuencia de cambios físicos. Ha transmutado.

Y ahora, al volver la fase de inhalación, los huesos se mueven mucho mejor. Eso es transmutación. No hemos visto que los huesos se desbloqueen un poco y luego se muevan un poco mejor, eso es transformación, es un proceso secuencial de liberación articular. Cuando dirigimos la marea así, podemos ver que su potencia es indescriptible, tiene la capacidad de transmutar una lesión.

Dirigir la marea

Ahora bien, una lesión es una forma de movimiento restringido, si la marea puede transmutar algo tan restringido, ¿Por qué no sería fácil para la marea mover los tejidos normales, los fluidos normales y la potencia normal? ¿Por qué no podría la marea dirigirse a sí misma y crear los movimientos de la Respiración Primaria? Podemos dirigirla, empujarla y hacer que haga cosas, pero la calidad del tratamiento no está determinada por nosotros, sino sólo por la alineación. Si nos alineamos con esta línea, este cable que va de anterior a posterior en la diagonal, cuando nos alineamos con ese cable, eso es lo único que realmente hacemos, es ahí cuando dirigimos la marea, que es dirigir la energía electromagnética de una dirección a otra dirección.

Pero eso es todo lo que hacemos. Después despega por sí misma, establece su propio ritmo, su propia velocidad, decide cuánto tiempo se queda en la lesión, pasa de un campo fluctuante a un campo de Quietud Dinámica en el que la potencia se libera con tal libertad y facilidad en la restricción que realmente sentimos este calor, y sentimos que las tensiones y la densidad de los huesos empiezan a derretirse. Entonces sabe cuándo dejar de moverse de nuevo, toda esa sabiduría sobre la longitud, la profundidad y la amplitud no viene de ti y de mí.

Cuando aprendemos a dirigir la marea en realidad aprendemos que hay otro nivel de conciencia, otra mente dentro del paciente que es mucho más inteligente que el sistema nervioso central. Y no mueve las lesiones cambiando lo que ocurre en los mecanismos aferentes y eferentes dentro de las relaciones estructurales del sistema nervioso central con las conexiones del sistema neuroinmune y neuroendocrino. No se trata de una disfunción somática, no trata por medio de la defacilitación, sino por medio de la transmutación. Estamos viendo un principio de tratamiento completamente diferente y, francamente, es inspirador.

Así que lo aprendemos en el curso básico y aprendemos a manejarlo. Sólo Dios sabe que no hay un día en el que no dirija la marea de una manera u otra, en alguna pequeña barrera simple en un paciente cuando estamos esperando la Respiración Primaria. Se convierte en algo natural de hacer.

El movimiento craneal. La Respiración Primaria

Pero ahora tenemos que volver y mirar este movimiento craneal que estamos sintiendo. Y ponemos nuestras manos en el paciente y sentimos este movimiento en las membranas, el sistema nervioso central, los fluidos y los huesos. Y estamos sintiendo todo esto. Y estamos pensando qué es lo que hace esto. Lo que decimos en el modelo biodinámico es que

hay una presencia exterior de la Respiración Primaria, el mar que nos rodea, que hay una Gran Marea. Sutherland dijo que todo vino del Aliento de la Vida. Sé que es verdad, pero no sé cómo es verdad, no se trata del movimiento. Cuando miramos a esta marea que nos rodea estamos mirando una marea con “M” mayúscula, una inteligencia con “I” mayúscula que se dirige a sí misma y nos insufla vida. Y creo que de ahí viene todo este asunto del Aliento de Vida, creo que en el génesis Dios sopla en las fosas nasales del hombre. Quiero decir que es esta idea de que algo es soplado en nosotros y nos da vida, y es un gran misterio. El Aliento de Vida no tiene que ver con el movimiento.

Así que empezamos a pensar que, en lugar de que la fuerza vital que está dentro de nosotros, es el fluido dentro del fluido, quizá esta Respiración Primaria que está fuera de nosotros dirija su propia marea a través de nosotros y, como resultado, tenemos los efectos de la Respiración Primaria en el movimiento de cada gota de fluido en el cuerpo, cada célula, cada víscera, cada paso de nuestra conciencia, de modo que la fase de inhalación de la Respiración Primaria es la marea que dirige su propio movimiento hacia nosotros y transmuta todas nuestras funciones, de modo que la función se convierte en el acto primario.

El modelo Biodinámico

Y vamos a explorar este modelo biodinámico con nuestras manos. Vamos a tener sesiones prácticas clínica tras clínica, y vamos a explorar cómo se produce este acontecimiento metabólico catalizado por la Respiración Primaria. Vamos a hablar de transmutación, sincronización, desconexión y aumento. Vamos a desmontar todo esto para que podamos verlo desde el punto de vista de que sí hay algo que ocurre aquí que no es rígido, no es mecánico, es muy transmutativo.

Lo más importante es que va a afinar realmente nuestros diagnósticos para que sepamos cuándo el paciente es normal. La verdadera cuestión aquí no es si lo que estoy diciendo es más cierto o no que lo que dice otra persona, porque eso es ridículo, lo importante aquí es que puedas sentarte en tu silla y puedes respirar e intentar sentir la respiración de la Respiración Primaria en tu propio cuerpo.

Si sientes tu propio cuerpo como si fuera una gota de agua es más fácil, si no compartimentas tu cuerpo biológicamente en los diferentes estados de la materia o los diferentes estados de la energía, sino sólo una gota homogeneizada, y entras en contacto con el movimiento de la Respiración Primaria dentro de tu ser como un todo, como una gota, y escuchas esa respiración de la inhalación y exhalación de la Respiración Primaria, si escuchas eso.

Observa atentamente si sientes que cambias de densidad. En otras palabras, durante la fase de inhalación de la Respiración Primaria, al sentir esta fase dentro de todo tu cuerpo y tu mente, si sientes que es un estado de tensión constante que se desplaza como el péndulo de un reloj de una posición a otra. Pero el péndulo no cambia de forma, ¿qué sientes mientras la Respiración Primaria respira a través de ti desde el exterior y pasa a través sin disminuir, como si fueras casi transparente a su Sabiduría?, ¿Sientes esa respiración en ti cuando empieza y te atraviesa, y te está cambiando y transmutando, o es sólo una fuerza mecánica en tu cabeza que luego lo mueve todo hacia fuera?

Recapitulando

En las páginas anteriores hablamos de la diferencia entre un modelo mecánico y un modelo biodinámico, hablamos del movimiento que sentimos en los huesos, los fluidos y las membranas de tensión recíproca como una especie de sistema de palancas que realmente no cambiaba su tonalidad durante la inhalación y exhalación de la Respiración Primaria.

Y lo yuxtaponemos un poco al modelo metabólico que estoy sugiriendo, que es donde la marea se dirige a sí misma, esta gran marea de la presencia exterior de los movimientos biodinámicos de la Respiración Primaria, de alguna manera misteriosa a-causal no lineal. Se dirige a sí misma de tal manera que terminamos con este movimiento presente en el sistema nervioso central y en todo el sistema nervioso, en la fluctuación del líquido cefalorraquídeo y el movimiento de un cuerpo fluido, de modo que cada gota de líquido en el cuerpo, la sustancia protoplásmica de la vida está comprometida y transmutada por la presencia de esta marea.

Y, por supuesto, hablamos de un movimiento vivo en las membranas de tensión recíproca, un movimiento que es un efecto de transmutación y de desconexión interno. El movimiento de las MTR tenía lugar realmente porque la marea se dirigía a sí misma y creaba una transmutación, a la que volveremos de nuevo.

Hemos hablado un poco de los huesos y de cómo cada hueso tiene ciertamente su propia respuesta a la Respiración Primaria, de modo que no estamos observando un vínculo que surge de la unión del esfenoideas y el occipucio, que luego se reproduce a través de un vínculo central hacia el sacro, sino que estamos observando un movimiento directo en cada hueso que es una respuesta primaria a la Respiración Primaria. Ese movimiento en los huesos es una inhalación y exhalación y un cambio de forma del hueso, lo cual volveremos a tratar a medida que avancemos en este debate sobre el Impulso Rítmico Craneal.

Tocar el lenguaje

En lo que me gustaría centrarme es en algo muy práctico. Me gustaría que tuvieras la capacidad de tocar este lenguaje, una especie de ciencia al revés, porque la forma en que surgen estas ideas es que alguien toca algo, percibe algo, siente un proceso natural de trabajo y luego intenta definirlo mediante un lenguaje que tiene significado para nosotros. Pero el lenguaje es realmente la aparición de una forma de comunicación que fue precedida por otra forma de comunicación. Se trata de una interfaz directa con la naturaleza y sus actividades, ya sea con la inercia del orden del caos o con alguna forma de movimiento vivo. Nuestro objetivo es tocar el lenguaje del movimiento metabólico y, como dijimos anteriormente, este movimiento metabólico que sentimos durante la inhalación y la exhalación de la Respiración Primaria se expresa de varias formas distintas.

Hablamos de que este movimiento metabólico tiene una sincronización que tiende a poner en sintonía todos los diferentes movimientos biológicos y fisiológicos. También hemos hablado del aumento, de cómo todos los diferentes procesos biológicos y fisiológicos, a medida que empiezan a moverse, se apoyan mutuamente. Y hablamos de la capacidad

de transmutación para cambiar un tipo de sustancia en otro tipo de sustancia. También hablamos de la desconexión interna.

Desconexión

Me gustaría centrarme ahora en esta palabra “desconexión”, y en la apreciación sensorial de la desconexión interna en el movimiento presente, no en el movimiento permitido. Pero el movimiento que ya está presente, porque todavía estamos analizando esta cuestión de qué tipo de movimiento tenemos en este impulso rítmico craneal, ¿es este movimiento estático, es una serie de palancas que están operando como se describe en el texto de Magoon, es una especie de interacción hidráulica de una dinámica fluida cambiante o es un efecto del Aliento de Vida que cataliza de alguna manera misteriosa este proceso de transmutación que provoca todos estos cambios y que sentimos?

Vamos a ir a través de varias pruebas aquí y tratar de averiguar si hay desconexión o desacoplamiento interno, que tiene lugar durante la fase de inhalación de la Respiración Primaria. Es algo muy importante para entender cómo funciona el sistema, pero también para el diagnóstico, si realmente diferenciamos entre los diferentes tipos de desconexión interna en los tejidos, los fluidos y la potencia y demás. Así que vamos a ver este movimiento metabólico y vamos a ver un aspecto de la desconexión, porque esta palabra no debería ser una palabra, sino algo que describa el significado de algo único que está ocurriendo bajo nuestras manos.

Es un gran ejercicio para comprender que el lenguaje de la osteopatía surge de una experiencia sensorial como una expresión de la vida natural. Y realmente temo que haya una comprensión demasiado intelectual de lo que está pasando aquí, así vamos a explorar esta palabra de una forma bastante centrada en un trabajo muy práctico que podemos hacer y que nos ayudará.

Primero el neutro

Creo que antes de empezar tienes que entender que la Respiración Primaria es una experiencia viva dentro de un paciente que probablemente esté en una gran actividad compensatoria, por lo que todos nuestros estudios van a tener lugar después de que el paciente pase a neutro. Si intentamos explorar el movimiento del Impulso Rítmico Craneal de la Respiración Primaria antes de que el paciente pase a neutro nos vamos a encontrar con una cantidad tremenda de información contradictoria, y no tendrá ningún sentido para nosotros, además de que conseguiremos un ritmo más rápido, de modo que esta discusión tendrá lugar después de que el paciente haya pasado al estado neutro y tenga un ritmo algo regular de dos a tres ciclos por minuto. Si el ritmo del paciente es más lento que eso, entonces esta discusión no tiene ningún sentido, porque estamos observando las leyes naturales tal y como se expresan bajo determinados estados del ser.

Y si miráramos al paciente bajo la influencia de la Marea Larga, tendríamos un significado totalmente diferente de este lenguaje sensorial, que cambiaría. Ésa es una de las cosas que

tenemos que descubrir sobre esta palabra de desconexión, que es un principio general por el que las fuerzas internas de una estructura o una función empiezan realmente a abrirse y a alejarse unas de otras.

Es como si estuvieras sentado en una silla con las manos cruzadas de forma que los dedos estuvieran entrelazados y con las manos en el regazo, y la desconexión sería que si empiezas a separar los dedos entre sí lentamente abres algunos espacios. Y si vuelves a juntar los dedos, si tus dedos están entrelazados y vas a doblar las manos de forma adecuada sobre tu regazo, entonces tenemos conexión, pero la desconexión es cuando simplemente te abres. Y separas los dedos y decimos que ese proceso de separación está ocurriendo en el cráneo y si es la membrana de tensión recíproca es dinámica y no estática.

La pelota saltarina y la desconexión

Así que empezamos con esta palabra. Hay muchas formas diferentes de conseguir una ayuda visual para esto, probablemente la mejor es una pelota saltarina (bouncing balls), que es un juguete para niños que está disponible en la mayoría de las tiendas de naturaleza y que se abre y se cierra. Es una esfera que representa un poco la respiración del universo y también su capacidad de moverse en una fase antigravitatoria y en la fase gravitatoria. Se llama la pelota saltarina y es una gran herramienta para estudiar la desvinculación.



Si no tienes uno de esos y no quieres conseguirlo, no pasa nada, puedes ver cómo se abre un acordeón y se desengancha, y se cierra y se engancha, o si tocas la guitarra o un instrumento de cuerda, sabes que una vez que tocas esa cuerda y la desenganchas, empieza a vibrar y adopta múltiples posiciones hasta que vuelve a descansar y lo hace en torno a la quietud de la que partió.

Uno de los lugares en los que podemos estudiar muy bien este compromiso, sólo que es bastante mecánico, es en la respiración torácica. Si ponemos las manos en la caja torácica e inspiramos y exhalamos podemos sentir esta desconexión, este tipo de apertura y efecto de aligeramiento del movimiento de desvinculación. Probablemente el momento más fácil para verlo es cuando estás realmente feliz y de repente alguien te dice algo y simplemente te sientes alegre y feliz y te desconectas, en otras palabras, simplemente te deshaces y disuelves la posición en la que estabas hace un momento y hay un cambio tremendo.

Así que todas estas pequeñas cosas pueden decirnos un poco sobre este compromiso osteopático. Esta palabra ha existido desde hace mucho tiempo y por eso elegí usarla como uno de mis descriptores, porque la desvinculación es lo que ocurre cuando hacemos alta velocidad y baja amplitud, o cuando “crujimos” una espalda, por así decirlo. Cuando alguien usa ese lenguaje, usamos esta acción directa, pero en realidad estamos desenganchando las superficies articulares de la vértebra con el fin de mejorar su rango de movimiento y favorecer su relación segmentaria con el sistema nervioso central.

Así que vemos la desconexión en la acción directa de fuerza, vemos la desconexión con bastante frecuencia cuando estamos tratando, añadimos un poco de tracción o estiraremos el músculo y lo sujetaremos, y habrá una especie de cesión y se desconectará. Podrías decir que se relaja, pero eso no es realmente lo que estamos viendo aquí, es un tipo de actividad totalmente diferente.

Puedes pensar en que cuando el paciente esté tumbado de espaldas pones un poco de tracción en toda la columna cervical e intentas desenganchar cada una de esas vértebras. Y, por supuesto, lo que nos enseñaron en Kirksville fue algo muy sencillo, simplemente juntar las manos detrás del cuello de los pacientes y empezar a hacer un poco de tracción, la cantidad más pequeña que puedas imaginar. Y luego haces un poco de tracción y de flexión lateral a cada vértebra, muy lentamente, dejando que los tejidos te den el ritmo. Y desenganchas o haces desconexión metódicamente cada vértebra cervical.

Utilizamos la palabra desenganche cuando realizamos estas formas sencillas de tracción y en la tensión membranosa equilibrada, que era la técnica clásica utilizada en el trabajo craneal. Pero cuando realizamos la tensión membranosa equilibrada, lo primero que hacemos es desenganchar la articulación y luego procedemos en dirección a la facilidad. En la tensión membranosa equilibrada de nuevo tenemos esta idea de desenganche o desconexión en el eje largo de la superficie articular, no importa si estás mirando una sutura o la base craneal o si estás mirando la muñeca, desenganchas la articulación y entonces empiezas a trabajar en la dirección de la facilidad hasta que llegas a un punto neutro.

Y así, a lo largo de nuestra formación, hubo lugares en los que realmente pudimos sentir la desconexión, pero ahora llegamos a esta visión biodinámica de la osteopatía y decimos que hay una desconexión natural que está presente, que hay una desconexión que se produce de forma natural en el movimiento presente, no sólo en el sistema nervioso central, sino también en las MTR, en los huesos, en los fluidos y en el campo electromagnético.

Esa desconexión natural puede utilizarse en un proceso terapéutico y utilizarse cuantitativamente de forma muy clara en el diagnóstico, de modo que, en última instancia, lo que vamos a buscar aquí es tener la capacidad de poner las manos sobre el paciente y saber si hay desconexión interna en el movimiento del sistema nervioso central, si hay o no una desconexión interna en los fluidos en normalidad o en shock, si hay o no una desconexión interna en la potencia y los campos bioeléctricos dentro de la fuerza vital del cuerpo, si hay o no una desconexión interna en los tejidos del sistema musculoesquelético.

Y nos fijamos en cada uno de ellos porque, a menos que todos estén desconectados y sincronizados, tenemos una restricción de una función que podría ser vital para la recuperación del paciente, dependiendo de la situación clínica. Así que lo que decimos aquí en el modelo biodinámico es que no tenemos que añadir desconexión al proceso terapéutico, que podemos encontrar una desconexión natural en el sistema. Éstas prácticas están diseñadas para que luego decidamos por nosotros mismos si podemos sentir esta desconexión o no, y lo que significa en cuanto a la forma de entender el movimiento presente en el Impulso Rítmico Craneal. También tenemos una desconexión natural en nuestra conciencia y en el proceso de crecimiento y desarrollo.

Así que cuando sentimos esta desconexión natural y observamos el movimiento en los fluidos, especialmente en los niños, en los tejidos, el sistema nervioso central y la conciencia de la persona, estamos mirando la capacidad del sistema para crecer. Eso se aplica a cualquier edad. Estamos hablando del crecimiento de los huesos, de la madurez emocional o del desarrollo de una conciencia que puede presenciar y observar sin interactuar, por lo que esta palabra de desconexión interna se utiliza para percibir una actividad metabólica interna catalizada por la Respiración Primaria.

En la imagen perfecta esperaríamos un crescendo de la desconexión, de modo que desde el principio hasta el final de la fase de inhalación tendríamos un aumento de este compromiso, así que a medida que la fase de inhalación pasa de su primer tercio al tercio medio, hasta el último tercio de la fase de inhalación, a medida que la fase de inhalación avanza, tendrá una mayor facilidad de desconexión, porque ha ganado impulso, pero también está siendo aumentada por otros procesos fisiológicos de los que hablaremos más adelante.

Así pues, cuando observamos el fundamento osteopático de esto, nos aleja de la técnica de alta velocidad y de la tracción, y nos lleva directamente a ser capaces de sentir el aumento de la desconexión durante la fase de inhalación de la Respiración Primaria en nuestros pacientes como herramienta de diagnóstico, y también a ser capaces de sincronizarnos con esto si queremos emprender un proceso terapéutico que utilice el movimiento presente en la actividad metabólica interna de la propia desconexión.

Discusión práctica

Dicho esto, veamos una discusión práctica. Vas a necesitar un paciente para trabajar o un amigo para ello. Creo que deberías escucharlo e intentar hacerlo por ti mismo y tener cuidado de no bloquear tu mecanismo siendo un explorador. Te digo por experiencia propia que eso es algo fácil de hacer porque lo he hecho muchas veces. Así que vamos a empezar con esta práctica ahora.

Y lo primero que tenemos que hacer es acompañar al paciente al punto neutro, a dos o tres ciclos por minuto y, mientras esperas a que el paciente pase a este punto, vamos a explorar la desconexión interna de la respiración torácica, porque es diferente de la desconexión interna de la Respiración Primaria, puesto que la de la respiración torácica es un movimiento mecánico. Puedes sentir la interfaz de las fuerzas mecánicas del impulso y la inercia mientras se produce la respiración torácica. Así que, si sólo estás trabajando en tí mismo, lo que creo que es una forma estupenda de hacer este ejercicio en particular, puedes simplemente sentarte en una silla y poner las manos en la parte anteroinferior de la caja torácica o en los lados, pero ponte cómodo para poder observar.

Y si estás trabajando con un paciente, no ejerzas ninguna presión sobre las costillas, no te acurruques demasiado aquí, porque si lo haces, influirás en la capacidad del paciente para ir a la neutralidad. Simplemente nos acercamos a la madre naturaleza de una manera silenciosa y significativa y tomamos conciencia de esta respiración que está teniendo lugar.

Y es obvio que algo está ocurriendo, hay fuerzas mecánicas que actúan. Ahora puedes sentir la respiración que viene del interior y de los pulmones, y puedes sentir la respiración en el exterior que es la caja torácica, cuál es la relación entre la fuerza del aire que entra y la forma cambiante de las fuerzas musculoesqueléticas relacionadas con la respiración torácica. Puedes ver si puedes encontrar la interfaz entre las fuerzas mecánicas.

Estamos inspirando y puedes seguirlo desde la nariz hasta los pulmones y sentir la presión que se acumula internamente cuando las costillas empiezan a ceder, pero se resisten. Trata de sentir el núcleo interior de las vísceras y las láminas exteriores del sistema musculoesquelético, mira la interfaz y siente las fuerzas mecánicas que actúan. Tómate un minuto y trata de meterte dentro, no te sientas fuera con las manos, mira dentro de ella como si fuera una pecera, métete dentro de este mundo natural, métete dentro de ella no dentro del cuerpo, métete dentro del movimiento de la respiración torácica, métete dentro.

Y tal vez mueve tus manos hacia arriba o hacia abajo y observa las diferentes costillas en funcionamiento. Sólo deja que tu respiración se calme, si puedes, un poco, y mira si puedes respirar dentro de la facilidad. Mira si puedes simplemente dejarte relajar lo suficiente mentalmente. Si tus manos están en ti mismo vas a sentir que tu respiración se hace más fácil mientras esperamos este neutral. Puede que incluso consigamos una respiración torácica neutra, incluso puede que encontremos que nuestra respiración se vuelve bastante libre a medida que nos adentramos en la facilidad de la respiración, no en la presión y las tensiones cambiantes de las costillas, sino en la facilidad. Algo empezará a suceder y entonces, por supuesto, podremos ir a la quietud sobre la que se equilibra la respiración torácica y a lo que ocurre con la resistencia, las tensiones y el esfuerzo de la misma. Recuerda que estamos estudiando la cuestión del movimiento mecánico y la desconexión, y vamos a comparar esto con la Respiración Primaria aquí en un minuto, para tener realmente la sensación de lo que está ocurriendo, porque la Respiración Primaria es drásticamente diferente.

Estamos sintiendo las tensiones cambiantes de las fuerzas mecánicas, visceral y somáticas de la respiración torácica. Estamos aquí para estudiar la dinámica, no para resistirnos al proceso, así que tenemos este tipo de percepción de la respiración torácica y su movimiento, que es notable y, por supuesto, también se percibirá en un paciente que tenga dificultades para respirar o una enfermedad pulmonar o cualquier otra cosa. Parte de nuestra formación osteopática consistiría en utilizar diferentes tipos de principios de tratamiento, dependiendo de cómo se quiera tratar, y de hecho intentaríamos liberar la tensión en las costillas, el diafragma y las vísceras y ayudar a los pacientes a respirar con facilidad. Así es como la osteopatía se hizo famosa, en realidad no fue por el tratamiento de los huesos, sino por el tratamiento de las enfermedades respiratorias graves, como la neumonía.

Si no estás familiarizado con el trabajo con todo el mecanismo funcional de la respiración torácica en relación al trabajo con pacientes realmente enfermos, es algo a lo que hay que prestar atención, es muy, muy, muy importante, igual que aprender a tratar utilizando el movimiento fácil que ya existe.

Mucha gente se queda con esas costillas y sólo quieren seguir empujando y tirando de las cosas hasta que se liberen. Eso puede no ser el mejor tratamiento para el conjunto de la

función de la respiración torácica en un paciente que está enfermo, así que sigamos adelante.

Sentimos la respiración torácica, sentimos la interfaz de estas fuerzas y subimos a la cabeza, tendremos al paciente tumbado en posición supina. Vamos a utilizar la toma de Becker, lo que significa que vamos a dejar que la cabeza del paciente descansa en nuestras manos como si fuera un cuenco de agua, no vamos a tener ningún contacto palpatorio, vamos a dejar que la cabeza se asiente en nuestras manos, no vamos a agarrarla, no vamos a buscar puntos de referencia, vamos a dejar que la cabeza descansa cómodamente en nuestras manos como si estuviéramos sosteniendo un gran cuenco de agua, el cuenco craneal.

Y este cuenco de agua está lleno absolutamente hasta el borde. Es un cuenco de cristal transparente a la marea. El cuenco está respirando y el fluido está respirando, y está equilibrado en su movimiento sobre su quietud. Nos hacemos una idea del movimiento en el eje transversal a través del cuenco, porque no miramos la línea media, sino el eje transversal, y lo sincronizamos con el movimiento presente en el eje transversal durante la fase de inhalación de la Respiración Primaria.

Tratamos de hacernos una idea de si el paciente está o no en neutro, lo que significa que está homogeneizado, pero también que tiene un ritmo regular, que en la mayoría de los casos será de dos a tres ciclos por minuto. Si sientes que el sistema es un poco caótico y no se ha asentado realmente, entonces haz un poco de reequilibrio de la manera que hemos hablado en otros textos, mira la fluctuación del fluido por encima y por debajo de la base y del foramen magno. Deja que esas fluctuaciones de fluido encuentren una quietud sobre la que puedan equilibrarse como una única expresión de la marea de la Respiración Primaria, de modo que no hacemos nada más que encontrar la quietud sobre la que puede llegar a equilibrarse, lo que reequilibrará ese campo de fluido para que consigamos un cambio suave y agradable que se asiente.

Y empezamos a obtener ese movimiento regular en el eje transversal de este cuenco craneal que, a efectos de esta pregunta que nos hacemos sobre el movimiento metabólico y la desconexión, nos gustaría ver de dos a tres ciclos por minuto. Si el paciente no es capaz de dar eso cómodamente, entonces tendremos que esperar y estudiar esto en otro momento, pero generalmente creo que la gente será capaz de establecerse en dos o tres ciclos por minuto. Podemos empezar a sentir de inmediato la diferencia entre el movimiento de la Respiración Primaria y el movimiento de la respiración torácica. Así que primero haremos nuestro reequilibrio para restablecer el orden en el sistema.

Vamos a echar un vistazo a algunas preguntas básicas sobre si el movimiento bajo nuestras manos es mecánico o mecánico-físico o hidráulico, o si es un movimiento metabólico. Y a efectos de observación vamos a dividir la fase de inhalación en tercios, de modo que me oírás referirme al primer tercio, al tercio medio y al último tercio de la fase de inhalación, y vamos a comparar el grado relativo de desconexión. Tal vez no haya desconexión durante la fase de inhalación, tal vez se trate de un sistema mecánico y las fuerzas de tracción sean estáticas, pero veamos lo que sientes, no para intentar demostrar una teoría, sino para liberar nuestras mentes y poder explorar en el futuro sin los límites de una teoría.

Así que estamos en la base craneal restableciendo el orden a través de un reequilibrio. Estamos esperando a que el paciente encuentre un buen ritmo regular, un lugar de descanso. Y sabes que, aunque el paciente tenga un ritmo regular, puede haber algunas pausas, el paciente puede cambiar de ritmo y puede haber una pequeña fluctuación de vez en cuando. En general, el paciente me da de dos a tres ciclos por minuto como ritmo, algunos periodos de cambio automático, pero en general estamos observando la dinámica fisiológica que tiene lugar en el campo craneal a dos o tres ciclos por minuto.

Lo primero que quiero que hagas es que sientas todo el movimiento, sin fijarte en procesos fisiológicos concretos, sólo si lo sientes. Luego compara eso en tu mente con las sensaciones que sentiste con la respiración torácica, el tipo de trabajo que se realiza para crear ese movimiento, ¿se siente mecánico como el movimiento de las costillas o se siente como si hubiera algún tipo de respiración que quizás no sea mecánica?

Y si no es mecánico no encontrará ninguna resistencia a su movimiento, podrá simplemente inspirar y espirar, no sentiremos ninguna resistencia. Puede ser limitado pero no tendrá esa interfaz mecánica como la que sentimos entre el movimiento visceral de la respiración torácica y el movimiento musculoesquelético de la misma.

Así que primero sentimos todo este movimiento y luego nos decimos a nosotros mismos, *“bien, de acuerdo, vamos a analizarlo un poco más”*. No necesitamos llegar a conclusiones, no necesitamos escribir las respuestas, vamos a analizarlo un poco más y vamos a analizar el movimiento de los tejidos de los huesos, las MTR, el SNC o la fluctuación de los fluidos o los campos bioeléctricos.

Así que tenemos cinco actividades fisiológicas básicas a las que podemos echar un vistazo y que nos interesan mucho desde el punto de vista del diagnóstico, pero puedes empezar en la dirección que quieras porque los principios de observación no cambian.

Primero los huesos

Si observamos los huesos, digamos que no hay presión sobre ellos, el paciente tiene un ritmo regular y está en posición neutra durante el primer tercio, el tercio medio y el último tercio de la fase de inhalación, ¿los huesos cambian de densidad de alguna forma, hay algún tipo de desenganche interno o el hueso es como una roca que se mueve pasivamente por las MTR, o los huesos tienen una respuesta primaria propia a la Respiración Primaria? Puedes sentir si el hueso respira o no, si se desconecta internamente, si cambia de forma o si es sólo un trozo de material sólido que se mueve pasivamente. Ahora bien, ésta es una pregunta muy sencilla, porque en realidad lo que nos estamos preguntando es si el tono dentro del hueso está cambiando del primer tercio al tercio medio y al último tercio de la fase de inhalación. No me importa lo que digan los libros, quiero que notes tu propia experiencia privada.

La segunda cuestión es que estamos observando el movimiento, este movimiento presente, si es o no algo estructural que se mueve mecánicamente o si este movimiento presente es una actividad metabólica altamente sofisticada que está siendo catalizada por el tiempo,

en este hueso que respira durante el primer tercio, el tercio medio. Y en el último tercio de la fase de inhalación se produce la desconexión. ¿Por qué nos molestamos en dividir la fase de inhalación en el primer tercio, el tercio medio y el último tercio?

Así que tendrás más desconexión durante el segundo tercio que durante el primero, e incluso más desconexión durante el tercer tercio que en el primero o el segundo de la fase de inhalación. Quiero que te hagas a la idea de que la actividad metabólica interna es un proceso fisiológico específico que puede mantener una respuesta in crescendo a las fuerzas que catalizan este movimiento. Creo que lo que probablemente deberías hacer en este momento si estás haciendo esta práctica es trabajar con lo que hayas elegido para trabajar, digamos que es el hueso, pero podrían haber sido las MTR, el SNC o el fluido. Mira este movimiento metabólico interno y averigüemos si hay o no una desconexión o desenganche interno o simplemente estamos viendo pequeños “robots” estáticos que se mueven por una membrana de tensión recíproca limitada. Probablemente necesites pasar 10 o 15 minutos con esto.

Segundo, las membranas de tensión recíproca

Así que pasemos a lo siguiente, a la membrana de tensión recíproca, que es un saco dural. No son realmente tres hoces. Recuerda que el modelo mecánico dice que estas MTR funcionan a través de polos de unión y la tensión permanece estática durante todo este proceso de la fase de inhalación y, por tanto, lo que están diciendo es que tenemos esta fase de inhalación de la Respiración Primaria, pero no hay ninguna desconexión interna que tenga lugar en la membrana de tensión recíproca.

Tienes que recordar que las membranas de tensión recíproca están tanto en el exterior como en el interior del hueso, porque la duramadre externa está íntimamente conectada con el crecimiento y el desarrollo de la duramadre meníngea, que no está directamente unida al hueso, de modo que cuando empieces a buscar y a percibir las MTR no quieras ir sólo al interior y empezar a buscar tres ciclos, porque pasarás por alto el 80% de la MTR, que en realidad es una media dural.

No queremos fijarnos sólo en las duplicaciones durales de la hoz y las dos tiendas, sino en todo el saco dural que abraza el cerebro y abraza los huesos. Miramos este saco y nos hacemos la misma pregunta: esto no es el hueso, esto es la duramadre durante el primer tercio, el tercio medio y el último tercio de la fase de inhalación. Hay un cambio en la tensión interna de las membranas de tensión recíproca.

Y si lo notas ahí en el primer tercio, en el segundo tercio y en el último tercio es que hay una desconexión interna. Ahora, si no lo hay, tienes que decidir si es porque el paciente tiene una lesión o es porque de hecho las MTR no se desconectan normalmente. Eso lo puedes determinar mirando estos otros compartimentos, y si encuentras desconexión y todas las otras funciones pero no en las MTR, puedes suponer que hay algún tipo de problema o de limitación en la duramadre. Podría haber sido meningitis o muchas cosas de las que hablaremos en otro momento y puede que no sea capaz de desconectarse internamente durante la fase de inhalación.

Así que vamos a mirar las MTR y vamos a tomarnos un tiempo para observar el primer tercio, el tercio medio y el último tercio de la fase de inhalación y ver realmente si tenemos o no una desconexión o desenganche interno y, de nuevo, trabajar con eso y poner el botón de pausa.

Luego el sistema nervioso central

Y pasaremos a la siguiente pregunta que es si podemos encontrar o no algún desenganche o desconexión interna en el movimiento del renacuajo del sistema nervioso central y de la médula espinal. Esto es difícil. Si fuese un principiante o sólo llevase unos años en esto o no tratase a un par de miles de pacientes al año, probablemente no trabajaría con el sistema nervioso central a menos que hubiese sido entrenado para trabajar con él, a menos que realmente lo entendiese.

Pide consejo a tus mentores, porque estos textos están realmente diseñados para personas que han tenido mucha experiencia clínica y están en la práctica diaria, y no es mi intención que nadie trabaje con este material si no tiene una buena base sólida. Así que si tienes alguna duda sobre el SNC en tu propia mente, si eres un poco tímido al respecto, relájate y pasa a la siguiente sección.

Pero también creo que si trabajas con el SNC, después de trabajar con él es importante reequilibrar al paciente, dejar que vuelva a su estado neutro, restablecer un ritmo regular y darle un descanso antes de pasar a las dos siguientes partes de esta sesión práctica. Lo que esperaríamos con el sistema nervioso central es que durante la fase de inhalación de la Respiración Primaria, desde el primer tercio hasta el último tercio de la fase de inhalación, haya un cambio en las tensiones internas del sistema nervioso central. Queremos saber sobre el impulso de ese cambio interno en las tensiones y si hay o no un crescendo, o si todo el movimiento tiene lugar durante el primer tercio o el tercio medio, o está como repartida y el impulso es algo homogéneo, de modo que desde el primer tercio de la fase de inhalación hasta el final de la fase de inhalación sientas realmente una especie de movimiento constante de desconexión interna, como una brisa que no tiene ningún remolino, sólo una brisa constante. Así que vamos a echar un vistazo al sistema nervioso central y a reequilibrar al paciente, dándole un respiro.

El fluido

Luego quiero que pases al fluido; ahora es muy importante que entiendas que el fluido del que estamos hablando no es un fluido, no estamos hablando de un líquido, estamos hablando de un movimiento protoplásmico, estamos hablando de un fluido vivo, estamos hablando de sangre, linfa, etc. Estamos hablando de algo que es pegajoso y que tiene propiedades elásticas y que puede gelificarse, coagularse y licuarse.

Así que estamos hablando de fluido, no estamos hablando de un líquido y queremos sentir no los huesos, no las MTR, no el SNC, sino que el fluido siente la amplitud, de modo que durante la fase de inhalación de la Respiración Primaria, ¿sentimos la desconexión interna en el campo del fluido?

Nos asentamos, dejamos que el paciente respire, ponemos las manos en la base craneal y esperamos. No buscamos una fluctuación en el eje largo u horizontal, no buscamos un flujo longitudinal lateral, buscamos la respiración del fluido, es un movimiento de todo el cuerpo del fluido, no es una fluctuación axial, lo cual es muy importante de entender.

Todo este campo de fluidos está respirando y lo que le ocurre es que está cambiando su condición hidráulica, está siendo forzado de un lugar a otro, o está respondiendo a algún soplo misterioso, a alguna Gran Marea, a alguna fuerza transmutativa que está cambiando su naturaleza. Y así sentimos que el fluido puede realmente cobrar vida, abrirse, relajarse y dirigirse hacia una condición más licuada o vaporosa que simplemente se metaboliza dentro y fuera.

Realmente quiero que dediques algo de tiempo a esta cuestión de si el movimiento de los fluidos es metabólico o hidráulico. Es muy importante para tus pacientes, porque la forma en que lo trates, la forma en que lo respetes, la forma en que te metas dentro de él y no lo rodees, marca toda la diferencia, marca la forma de respeto que también te prestará el observador que está dentro de esta Respiración Primaria. Estás viendo una función que tiene millones y millones de años, no es sólo la edad del paciente, son millones de años. Somos tan estúpidos que resulta increíble, y a menos que comprendamos que nuestras limitaciones son severas, no podremos sentarnos y observarlo como un niño y decirnos a nosotros mismos qué es lo que realmente está ocurriendo aquí. Quizás nunca responderemos a esa pregunta.

Pero no tratemos al fluido como si fuera una fuerza hidráulica, de hecho descubrirás seguramente que no es hidráulico, que su Respiración Primaria es una respuesta metabólica interna a las fuerzas catalizadoras de la Marea Larga, que es misteriosamente traído a la existencia por el Aliento de Vida, de una manera que está más allá de nuestra capacidad de conocer y, con suerte, más allá de nuestro deseo de conocer.

Todo este trabajo con el fluido, sólo para ver esta cuestión de la desvinculación interna, podría durar 25 o 30 minutos. Así que puede que quieras hacer una pausa, puede que quieras hacer esto otro día. En esta práctica no intento apresurarme, sino que voy a darte la información de forma condensada. Quiero que lo trabajes lentamente. Esto no es un ejercicio que se hace diciendo "sí, sí, sí" y luego se pasa a otra cosa. Esto es muy importante. Se trata de la respuesta que vas a obtener del mundo natural.

Después de hacer el trabajo de fluidos vuelve y reequilibra antes de hacer más observaciones. Haz el reequilibrio por encima y por debajo del foramen magno.

Última cuestión, el campo bioeléctrico

Y luego vuelve a la siguiente pregunta sobre si el campo bioeléctrico de la fuerza vital baila o no en respuesta a la actividad de la Respiración Primaria.

Para poder apreciar realmente tanto la fluctuación de los fluidos como el movimiento de la fuerza vital, o la pequeña potencia dentro del paciente, tienes que ser realmente consciente

de la Zona "B". La Zona "A" es el cuerpo físico del paciente, pero la Zona "B" es un espacio alrededor del cuerpo. La gente está muy interesada en hacerle cosas, pero no se trata de eso, sino de un espacio con forma que tiene unos 45 cm de ancho alrededor del cuerpo, tal vez más, tal vez menos, pero esta fuerza vital que sale de la línea media y pasa a través de la piel, en una persona sana, llena este espacio a su alrededor y le da una cierta sensación de calidez, tanto a su personalidad como a su sentido de lo divino dentro de sí misma.

Cuando empiezas a buscar el fluido dentro del fluido y el campo de fuerza vital, tienes que estar realmente presente no solo hasta el borde de la piel del paciente, sino que tienes que abrirte a un espacio totalmente diferente al del cuerpo físico. Sólo quiero decir esto para que a medida que vayas avanzando y llegues a algunos puntos en los que te resulte difícil sepas cuáles son las cosas que tienes que estudiar.

Puedes hablar con tus profesores y obtener algo de ayuda. Lo que te estoy dando aquí es lo mínimo en términos de dar un buen apoyo diagnóstico a tu paciente y entender dónde la marea está intentando hacer su mayor aportación terapéutica. Esta práctica que estamos haciendo ahora es sobre el estudio de la desconexión interna y sobre observar si tenemos o no movimiento metabólico o mecánico detrás del Impulso Rítmico Craneal. Es algo realmente importante, es enorme. Recuerda que si estamos tratando con fuerzas hidráulicas no son compresibles, no cambian drásticamente porque estamos observando las propiedades físicas de un líquido. Lo que estamos diciendo aquí es que tenemos una sustancia protoplásmica viva en todo el cuerpo.

No sólo estamos recibiendo una fluctuación de fluido a nivel central que se transmite a nivel periférico, sino que estamos recibiendo movimiento por todas partes. Así que quiero que hagas este ejercicio una vez y luego quiero que vayas a los pies y quiero que lo hagas de nuevo. Quiero que eches un vistazo a los huesos del tobillo o a la tibia, tal vez sentarte al lado de la mesa con un paciente en posición supina y poner tus manos en la tibia y hacer las mismas preguntas ¿está cambiando ese hueso su densidad interna durante la inhalación y exhalación de la Respiración Primaria? ¿Y la membrana interósea entre la tibia y el peroné hace lo mismo? y ¿qué pasa con el movimiento del nervio ciático, qué pasa con las fluctuaciones de fluidos, qué pasa con la fuerza vital? y, lo que es más importante, si estos movimientos que sientes en las extremidades inferiores se transmiten desde el occipucio al sacro a tus manos o sientes un movimiento directo no mecánico que es una respuesta primaria en cada célula, cada gota de protoplasma, cada átomo, cada electrón del cuerpo, una respuesta primaria a la Respiración Primaria, no nuestro sistema mecánico entrelazado con la llamada del sacro y del occipital que está creando este movimiento, sino ¿dónde se crea este movimiento? ¿justo debajo de tus manos? Esa es la cuestión, y es una cuestión sobre la que nunca vale la pena discutir. La vida es sagrada, nuestras opiniones son siempre bastante limitadas.

Estamos aquí para explorar, no para discutir

No vale la pena discutir con alguien si esta opción es esta o esta otra, esto es para tu propia relación privada con el mundo natural. No se trata realmente de tu relación con otro clínico o alguien que tenga una idea diferente, no estamos aquí para pelear y discutir, esta-

mos aquí para explorar. Siempre pienso en lo que el Dr. Sutherland fue famoso por decir: “*podemos discutir o podemos explorar*”. Pero no podemos hacer las dos cosas. Estamos aquí para explorar. No estoy impulsando mi teoría, esta no es mi teoría, es la forma en que fui entrenado, ha crecido de la experiencia y de tener buenos vecinos, buenos pacientes y buenos amigos osteópatas. No vale la pena luchar por ello porque eso nos sitúa en un estado de ceguera que no ayudará a ninguno de nuestros pacientes a curarse. Y lo más importante que hacemos es intentar trabajar como principiantes, es realmente muy importante, así que esta práctica que acabamos de hacer aquí es enorme, está llena de todo tipo de información y cosas que hacer.

Sabes que volverás a esto si eres un estudiante serio, vuelve a ello cada seis meses y mira cómo lo estás haciendo y cómo lo estoy haciendo, ya sabes, tal vez necesites llamarme y decirme que sume, reste, multiplique y divida, pero lo importante es que empieces a desarrollar una relación íntima y empieces a poner tus manos en el movimiento vivo que tiene internamente su propio mundo, y dar el paso hacia que la validación venga de tu relación con la naturaleza y lo divino, y no necesariamente de la opinión de nadie, porque creo que las opiniones son la mayor causa de retraso.

Y cuando termines y reequilibres al paciente, sentémonos allí con nuestras manos sobre los hombros o detrás de su escápula o en algún lugar tranquilo durante un rato, y veamos si podemos encontrar la quietud sobre la que se equilibra la inhalación y la exhalación de la Respiración Primaria.

Pero tómate el tiempo para hacerlo. Ya sabes que tengo que decir esto en un minuto y quiero que pases días enamorándote de todo esto, y cuando te pierdas y haya demasiada información y estemos trabajando demasiado didácticamente, sólo siéntate a pensar en el cuadro del Dr. Sutherland que hizo su mujer, este cuadro que tenía una imagen de la Respiración Primaria. Sutherland le pidió a su mujer Ada que hiciera un dibujo de una casa bajo el mar. Somos la casa bajo el mar tú y yo, y el mar estaba a su alrededor, y la casa estaba en el fondo del mar, y el mar estaba alrededor, era una presencia exterior pero pasaba por ella. Y la marea se dirigía a sí misma, y de la multiplicidad y diversidad de las fuerzas biológicas la marea creaba el orden y la forma del desarrollo del crecimiento y la terapéutica.

Y así, si sentimos a un paciente como si fuera una casa bajo el mar, e incluso los poros de su piel estuvieran abiertas a la marea, dirigiéndose hacia dentro y hacia fuera creando la estructura de la vida, la función, la forma y el orden a partir del caos, superando las fuerzas de la gravedad el tiempo suficiente para suspender los puntos de apoyo de la vida que se desplazan automáticamente, creando una postura de intercambio de fluidos y procesos fisiológicos, y luego exhalando dejando tras de sí una fuerza vital para sostener el organismo ... hay tanto en esta metáfora y, sin embargo, si te sientas con ella, responderá a todas las preguntas que puedas tener.

Así que creo que es suficiente sobre la desconexión natural. Lo que hemos discutido aquí es realmente si sientes o no es movimiento metabólico o mecánico y si puedes sentir tocar la palabra “desconexión”, lo que significa que cuando pones tus manos en ella estás dentro de ella, y se convierte en una definición viva, no en una forma articulada de lenguaje. Los osteópatas como he dicho antes vivimos al revés, ya sabes, sentimos algo y luego lo definimos; no lo definimos y luego vamos a buscarlo. Así que la osteopatía fue descubierta por gente que miraba y hablaba con la naturaleza, no se trataba de llegar a una idea y luego superponerla en el organismo.

Y lo que me viene a la mente ahora mismo es que, por favor, no superpongas ideas a otras personas, si quieres ser amigo de alguien, si quieres amar a tu prójimo y esas cosas, por favor, no te formes opiniones sobre ellos, por favor, sólo estate presente en la marea y espera, pero no pongas ninguna etiqueta al mecanismo y no pongas ninguna etiqueta a nadie, sólo espera.

Y todo lo tomas como te llega en un momento, así que te deseo lo mejor.

Muchas gracias.

