

MOVIMIENTO DE CABEZA INDUCIDO (M.C.I.)

TÉCNICA MANUAL EN LA INTERVENCIÓN SOMATO-EMOCIONAL

INTRODUCCIÓN

Era primavera de 2007 viajaba en un AVE Madrid-Sevilla, el asiento que ocupe me hacía mirar de frente a los pasajeros de ese vagón, ya que estaba sentado en dirección opuesta a la que circulaba el tren. Creo que me quede dormido como casi todos los compañeros de viaje, ya que salimos de Madrid a las siete de la mañana, recuerdo que abrí los ojos y pude presenciar como varios viajeros continuaban dormidos y tenían su cabeza suspendida, lo impresionante es que según el tren tomaba las curvas, sus cabezas al unísono iban de un lado para el otro. Sé que fue en ese momento donde nació M.C.I. ya que al ver este gracioso espectáculo me pregunte:

1. ¿Qué parte de nuestro cerebro es la responsable de relajar los músculos del cuello y la nuca cuando dormimos?
2. ¿Podría incidir en esta zona sin necesidad de química?

La respuesta fue sencilla ya que aunque no es una zona demasiada investigada, es muy conocida y mencionada en cualquier tratado de neuroanatomía. La zona a la que me refiero es la denominada S.A.R.A. (Sistema Activador Reticular Ascendente).

Este hallazgo en el viaje coincidió con dos proyectos que traía entre manos:

1. En aquellos momentos comenzaba a diseñar, a petición de Inmaculada Fernandez responsable del CerNep (Centro de Evaluación y Rehabilitación Neuropsicológica) en la Universidad de Almería, una intervención neuropsicológica con pacientes que sufren de traumatismo craneoencefálico (T.C.E.) y que por sus daños cerebrales, muchos de ellos no pueden tener como canal de comunicación la palabra.
2. Ya para entonces tenía mucha experiencia en el trabajo con tecnología F.D.S. (Focalización por Disociación Selectiva) con la que había conseguido llegar a las memorias emocionales traumáticas grabadas en los almacenes más alejados de la consciencia, sobre todo aquellas memorias que están ancladas en el hipocampo, sede de la memoria a largo plazo, así como de la capacidad de tener una orientación en el tiempo de lo vivido, por esto las memorias que están almacenadas en esta región del cerebro se las ha denominado “memoria del lugar” yo prefiero llamarlas “memorias de estar allí”. Trabajar con estas memorias ha resultado muy efectivo para aquellas personas que han vivido situaciones de peligro vital real, por lo que los pacientes que han sufrido un traumatismo craneoencefálico severo (escala de Glasgow más de seis horas con pérdida de conciencia y una puntuación en esta escala al resucitar entre 3 y 8 puntos) se podían beneficiar de esta tecnología con F.D.S. ya que nadie como ellos han estado en una situación de peligro vital.

Conseguir una técnica que lograra este estado mental de F.D.S. sin necesidad de emplear la palabra, y para ello incidiera en el S.A.R.A. culminó con el diseño de las técnicas M.C.I.

Al día de hoy hemos avanzado muchísimo en su desarrollo, teniendo la certeza que a través de las técnicas M.C.I. conseguimos un estado mental de F.D.S. y además influimos en la neurotransmisión cerebral del momento, así como en el aprendizaje, y por ello, en la desensibilización de la memoria emocional traumática, ya que somos capaces de conseguir que el paciente puede vincularse con memorias que hasta la fecha estaban reprimidas por los mecanismos de amnesia naturales, y sobre todo que pueda vivir desde un nuevo plano emocional esas memorias, pasando del sufrimiento a la satisfacción.

En este capítulo de este fascinante libro de Francisco Fajardo voy a intentar de explicarte cómo se consigue la F.D.S. así como la manera de conseguirla con técnicas M.C.I. y sus aplicaciones en la clínica Osteopatía.

FOCALIZACIÓN POR DISOCIACIÓN SELECTIVA (F.D.S.)

(© Aguado, R. 2005)

En mis cerca de 30 años de profesión como psicólogo clínico, y en unos 9000 pacientes, he tenido como objetivo de tratamiento, conseguir instalarme en el cerebro no consciente de mi paciente. Hoy no denominamos a este cerebro como inconsciente, preferimos hablar de cerebro subcortical, ya que en realidad son las estructuras subcorticales las que contienen las memorias que están impidiendo a nuestro paciente poder vivir en el estado de satisfacción que denominamos salud.

Son muchos los motivos por los que nuestro cerebro intenta esconder ciertos recuerdos y vivencias en almacenes alejados de la consciencia, pero hoy sabemos que no es tanto por reprimir esta información, como porque nuestra zona consciente no puede metabolizar o asimilar estas vivencias, habitualmente por que estas memorias están adheridas a estados emocionales de alta intensidad que producen mucho sufrimiento cuando se vuelven a manifestar, sucediendo una gran paradoja, y es que cuanto más se alejan de la consciencia más acuden de manera enfermiza manifestaciones de esta incapacidad, las formas más frecuentes son la ansiedad, la depresión y el dolor crónico. Otro motivo por lo que estas memorias no las hacemos conscientes, es porque se grabaron en momentos de nuestra biografía en la que no teníamos maduras, mielinizadas, estructuras corticales (lóbulo orbito frontal) y por ello no pueden recordarse, siendo memorias puramente emocionales o tisuales sin contenido racional.

Durante muchos años, para conseguir instalarme en este tipo de memorias alejadas de la voluntad o la consciencia del paciente, trabajé con tecnología que en esos momentos denominábamos hipnosis, o estado hipnótico, solo que muy pronto apareció una contradicción ya que el vocablo hipnosis deriva del griego *υπνω* (Hipnos), que significa “sueño”. Fue James Braid en 1843 quien acuña este término. Y como hoy todos sabemos, el sujeto hipnotizado no está dormido, ni tiene una actividad onírica como la que ocurre en el sueño natural. Otro concepto contradictorio o que puede llevarnos a errores desde el propio lenguaje será el de los sinónimos que se aceptan como voces del término “hipnosis”. De esta forma en el diccionario general de sinónimos y antónimos de la lengua española de José Manuel Blecua, encontramos como sinónimos de hipnotizar: magnetizar, fascinar, hechizar, seducir, cautivar y asombrar. Muy lejos está todavía, hoy, el significado de estas palabras o expresiones de comprender y, por lo tanto, definir las verdaderas sensaciones que tiene un sujeto hipnotizado.

Quizás todos estos sinónimos serían capaces de explicar mejor la sensación, emoción u opinión que podrían tener los espectadores en una sesión de hipnosis, y no lo que siente o le ocurre al sujeto hipnotizado. Todas estas contradicciones son explicable al analizar la historia de la hipnosis. De esta forma nos daremos cuenta de cómo los procedimientos y rituales empleados al comienzo del suceso hipnótico fueron entendidos como poderes del hipnotizador (Mesmer) o influenciados por estados mentales patológicos (Charcot).

Por todo ello y después de mucha investigación para descubrir cómo se comporta el cerebro hipnotizado y que diferencia tiene del cerebro que no lo está, encontramos que el hecho fundamental era la posibilidad de “**disociación**”, capacidad de operar mentalmente en más de un nivel al mismo tiempo, siendo la pieza central del estado mental que teníamos que conseguir para que el paciente pudiera conectarse con las “memorias de estar allí” y desde ahí rescatarle del secuestro emocional en el que se encontraba, ya que su cerebro no permitía que esas memorias fueran conscientes. Sin embargo esas memorias emergen hiperactivando estructuras subcorticales dedicadas a determinar los estados de alerta y alarma, creando grandes dosis de emergencia y sobresalto, y que al llegar a la clínica el paciente, manifiesta en forma de ansiedad o angustia, depresión o dolor crónico.

A este tipo de disociación provocada por el profesional de la salud, la hemos denominado **disociación terapéutica**.

Como ya sabemos, los cuadros psicóticos, el consumo mantenido de tóxicos y algunos trastornos graves de la personalidad tienen como uno de sus síntomas más negativos la disociación de la realidad a través de alucinaciones y discursos delirantes. Por ello emplear la disociación terapéutica no es adecuada con sujetos con historia de crisis psicóticas, consumo de tóxicos o con un trastorno de la personalidad grave, ya que se les puede provocar una crisis o brote, por lo que no es aconsejable. Otro grupo de sujetos en los que no es recomendable la disociación terapéutica, es aquel que ha tenido crisis epilépticas, sobre todo aquellas que se producen por suceder en cambios de contraste de luz, tal como las crisis epilépticas ligadas a la lectura, mirar la televisión o entrar en un lugar como una discoteca o sala de fiesta donde hay bruscos cambios de iluminación.

El tratamiento de niños y ancianos con disociación terapéutica tiene unos resultados muy positivos. He podido oír, no tanto leer, opiniones negativas sobre el uso de la disociación terapéutica en estas poblaciones. Personalmente creo que son opiniones infundadas por la confusión y la ignorancia. No hay ninguna razón, que no sea la anteriormente mencionada, para no provocar este tipo de estado mental en estos grupos de edad. Es más, tanto niños como ancianos, están muy habituados a este estado mental, solo tendremos la prohibición cuando no por ser niños o ancianos, hagan un cuadro psicótico, hayan consumido tóxicos o tengan un trastorno de la personalidad grave, aunque en estos momentos este diagnóstico no sea posible en niños.

Por lo tanto recomiendo que solo deberíamos realizar disociación terapéutica en aquellas situaciones en las que sabríamos que hacer y estamos preparados para ello por nuestra formación académica y experiencial.

Teniendo en cuenta lo dicho hasta el momento hoy sabemos que conseguir un estado de disociación terapéutica en el paciente es fundamental ya que no implica problema alguno para ninguna otra persona salvo en las poblaciones antes mencionadas, al contrario, en este estado mental podemos manejar las estructuras neurológicas que están incidiendo negativamente en los trastornos de ansiedad, afectivos, psicosomáticos, dolor, intervención en quirófano, tabaquismo, así como podemos mejorar las capacidades de concentración, atención y memoria, y elevar los talentos y las competencias en actividades como el deporte, la resolución de problemas o la actividad del estudiante. En la actualidad son numerosos los trabajos que han resaltado el valor de la disociación terapéutica dentro del uso clínico, y se han encontrado mejores resultados al utilizarlo en cualquier técnica terapéutica ya conocida. **Irving Kirsch** en 2004 observó una mejoría del 80% cuando sumaba la disociación terapéutica en la aplicación de cualquier modelo de intervención clínica, es decir somos más eficaces cuando eso que vamos a realizar con el paciente lo ejecutamos estando el paciente en estado de disociación. Es en esta línea en la que quiero proponer la intervención con M.C.I. dentro de la Osteopatía, sea cual sea el marco de trabajo que se utilice: fascial, funcional, somato-emocional y energética... (Fajardo, F. 2012) tal como ya hemos hecho en los últimos veinte años, en el campo de la psicoterapia y la psicología clínica para psicólogos y médicos.

Como consecuencia de la investigación realizada en el CerNep de la Universidad de Almería, hemos acuñado como expresión más exacta para definir el estado mental que se produce en disociación terapéutica con el término **F.D.S. (Focalización por Disociación Selectiva)**. El cerebro que antes denominábamos hipnotizado, y que posteriormente hemos resuelto que es más exacto hablar de disociado, a partir de ahora lo denominaremos **cerebro en estado F.D.S.** ya que no es la disociación el único elemento a tener en cuenta en el estado en el que el paciente es capaz de conectar con sus memorias de estar allí.

El cerebro en F.D.S. es un cerebro muy activado, mucho más que en vigilia, por lo tanto la idea de que en este estado la persona tiene una función más inhibida que en vigilia, no se sostiene. El cerebro en F.D.S. es capaz de organizar todo su funcionamiento para conectarse con aquellos estímulos, internos o externos, que son en ese momento objeto de trabajo. Este ensimismamiento mental se produce gracias a que en este estado el cerebro puede focalizar toda su atención en los estímulos de trabajo, y lo consigue precisamente porque puede disociarse de una forma selectiva de todos los estímulos que en ese momento están compitiendo para ser atendidos. Paradójicamente el cerebro en F.D.S. suele provocar un estado de relajación muy profundo, pero no hay que confundir estado de relajación con inhibición mental o neurológica, la persona puede estar procesando muchísima información, incluso traumática, y estar en ese momento en un estado mental relajado y de seguridad.

Si incidimos en la comprensión de cada uno de los términos que están insertados en las siglas F.D.S., lo que expresamos es que el cerebro que necesitamos para intervenir con las memorias más ligadas al trauma, es aquel que puede **focalizarse** lo más posible en aquello que se está trabajando:

- situación vivida en el pasado,
- relación vivencial con la disfunción que le trae a consulta,
- canalización somática de su trauma emocional,
- expresión emobiosocial de su situación vivencial en el presente.

Y para ello debe **disociarse de forma selectiva** de:

- todos los componentes vivenciales que compiten y que nos piden que les prestemos atención,
- así de como inhibir los esfuerzos de nuestro cerebro para no hacer conscientes dichas memorias,
- o simplemente poder acceder a ellas, independientemente de lo alejado que estén almacenadas de nuestra estructura consciente.

La **Focalización** en la tarea en la que estamos interviniendo, es mucho más probable si el paciente se encuentra en este estado mental que denominamos F.D.S. y esta focalización necesita sin solución de continuidad, siempre, de la **disociación selectiva** de nuestra mente de todos los elementos que inundan en cada momento nuestra totalidad cerebral.

Para conseguir un estado mental en F.D.S. necesitamos que sucedan los siguientes cambios a nivel bioquímico y neurológico:

- Activación de la rama parasimpática sobre la simpática, lo que significa que a nivel bioquímico debe haber una activación de acetilcolina (Ach) y por ello una inhibición de Noradrenalina (NA).
- Posteriormente una activación de los núcleos de Rafhe para que las estructuras neurológicas que activan el estado de alarma o de peligro estén inhibidas (Amígdalas, Locus Coeruleus, núcleos caudados...) A nivel bioquímico esto se consigue activando Serotonina (5 HT) y por ello inhibiendo, a un segundo nivel, la actividad Noradrenergica (NA).
- Por último debe haber una proliferación de actividad neurológica en las rutas Serotoninérgicas y las rutas Dopaminérgicas, en concreto activación de las estructuras corticales ligadas con el sistema límbico tal como el Cíngulo, la región gris periacueductal o el núcleo accumbens. Es decir una mayor actividad de Dopamina (DA) y Serotonina (5 HT).

Si traducimos este proceso en procedimiento a nivel mental lo que tenemos que lograr es el siguiente marco de actuación:

¿CÓMO CONSEGUIR UN ESTADO DE F.D.S.?



Grafico 1

En definitiva tenemos que conseguir un estado de relajación profunda en el sujeto, esto correlaciona positivamente (flecha verde) con un elevado grado de focalización, es decir cuanto más relajado este el sujeto (más elevada sea su respuesta parasimpática o acetilcolinergica) mayor será el grado en que pueda focalizar en aquello que está trabajando.

Este alto grado de focalización correlaciona negativamente (flecha morada) con la capacidad de tener un juicio crítico, poder interpretar según sus creencias o por el prejuicio sobre la actividad en la que está focalizando, es decir cuanto mayor sea el grado de focalización menos intervienen elementos de prejuicio o de poder juzgar la tarea a través del autodiálogo. Y a la vez correlaciona positivamente (flecha verde) con la capacidad para desorientarse del tiempo, del espacio y de la sensación sentida sobre sí mismo, es decir tener un alto grado de focalización mejora la capacidad de desvincular al sujeto con la noción del tiempo, el espacio y sobre su sensación sentida, ya que en ese momento las estructuras activadas son más subcorticales que corticales y por ello el cerebro está más atento a los acontecimientos que ocurren dentro de nosotros que en el exterior.

Esta desorientación temporoespacial y del sí mismo correlaciona positivamente (flecha verde) con la capacidad de disociarse de forma selectiva de todos los competidores sobre la tarea, y a la vez se correlaciona positivamente (flecha verde) con el estado de F.D.S. profundo, que a la vez correlaciona positivamente (flecha verde) con la mayor capacidad de desorientación del tiempo-espacio y del sí mismo, creando un bucle que mantiene al sujeto en F.D.S. profundo, mientras procedemos con la intervención que queremos realizar.

Todo este proceso lo podemos conseguir, sin necesidad de utilizar la palabra, a través de las técnicas **M.C.I. (Movimientos de cabeza inducidos)**. Estas técnicas tienen su canal de comunicación en nuestras manos.

MOVIMIENTOS DE CABEZA INDUCIDOS (M.C.I.)

(© Aguado, R. 2007)

Movimientos de cabeza inducidos es un protocolo de intervención diseñado para conseguir un estado de F.D.S. y por ello proceder a la intervención, sin el empleo de la palabra, empleando nuestras manos, con el paciente que tiene una dolencia de base emocional y por ello se expresa de manera psicosomática o con un sufrimiento psicológico que no puede neutralizarse a través de la reestructuración cognitiva. Este protocolo de intervención es capaz de conectar con las primeras estructuras neurológicas que inciden sobre el sufrimiento del paciente. Con esta tecnología intervenimos en la base del aprendizaje, y por ello somos capaces de incidir en los almacenes de memorias no conscientes, empleando su mismo lenguaje: químico y neuronal.

Definimos memoria como “una asociación tal entre un grupo de neuronas que, cuando se dispara una, se disparan todas, creando un **canon** específico de actividad”. Un canon determinado trae consigo la experiencia de miedo, otro canon, provocado en un área distinta, trae consigo un sabor, otro un recuerdo o una vivencia, y así sucesivamente.

De igual manera definimos Trauma como una experiencia que, en un corto lapso de tiempo, produce una sobrecarga de excitación neuronal que no puede ser disipada de la manera habitual, resultando alteraciones permanentes en el funcionamiento del organismo. Los descubrimientos científicos indican que “la decisión más cerebral no deja de ser emotiva y, por lo tanto, sin emociones o sentimientos funcionamos mal” (Damasio, A. 2005), de esta manera en 1972 Benjamín Libet había descubierto que 800 milisegundos antes de tomar nuestro cerebro una decisión inteligente y consciente, se han desencadenado potenciales eléctricos en zonas límbicas (emocionales) del cerebro. De aquí que la sentencia que realice en 2001 este hoy más vigente aún, en ella culmine que “**la emoción decide y la razón justifica**”, por lo que el trauma es gobernado por una lógica caótica y nunca racional, teniendo que diferenciar dos cerebros, el descendente (tipo I) que es capaz de poder gobernar desde la razón la decisión emocional (Aguado, R. 2002) y que es propio de la memoria de recuerdo que tiende a borrarse, y el cerebro ascendente (tipo II) que se encuentra secuestrado por la decisión emocional y que no puede cambiar esta decisión desde el cambio cognitivo o racional (Aguado, R. 2005) propio de la memoria traumática que tiende a permanecer.

El trauma está más cercano del cuerpo que del cerebro racional, ya que los circuitos neuronales representan el organismo de forma continua, y por ello tienen conciencia de la totalidad del estado como una Gestalt. Las estrategias de toma de decisiones empezaron a depender en parte de los “símbolos” de los estados somáticos mucho antes de poder simbolizarlos de la manera como lo realizamos en la actualidad con elementos basados en el lenguaje. Habitualmente no prestamos atención a los canales corporales, son inadvertidos por la conciencia, pero si sabemos contactar con ellos, encontramos no solo la puerta del trauma, sino también su salida.

El Dr. Rollin. E. Becker (1965) decía que “Solo los tejidos saben” solo el propio organismo tiene no solo todas las claves para la autocuración sino que sabe muy bien cómo hacerlo y porque no puede realizarlo ahora.

La manera por la que somos capaces de intervenir en la decisión bioquímica y neurológica del paciente con M.C.I. es por la influencia que tiene esta técnica en el S.A.R.A. (Sistema Activador Reticular Ascendente) que es sin duda el primer intermediario neuronal entre la actividad sensomotora que asciende por la médula espinal y nuestro encéfalo. El S.A.R.A. se localiza en el encapsulamiento de la médula espinal con el Paleocortex o cerebro del reptil, y recorre el bulbo raquídeo o médula oblonga, el puente o protuberancia anular, hasta ascender al cerebro del mamífero o Sistema Límbico, para después seguir elevándose por la neocorteza.

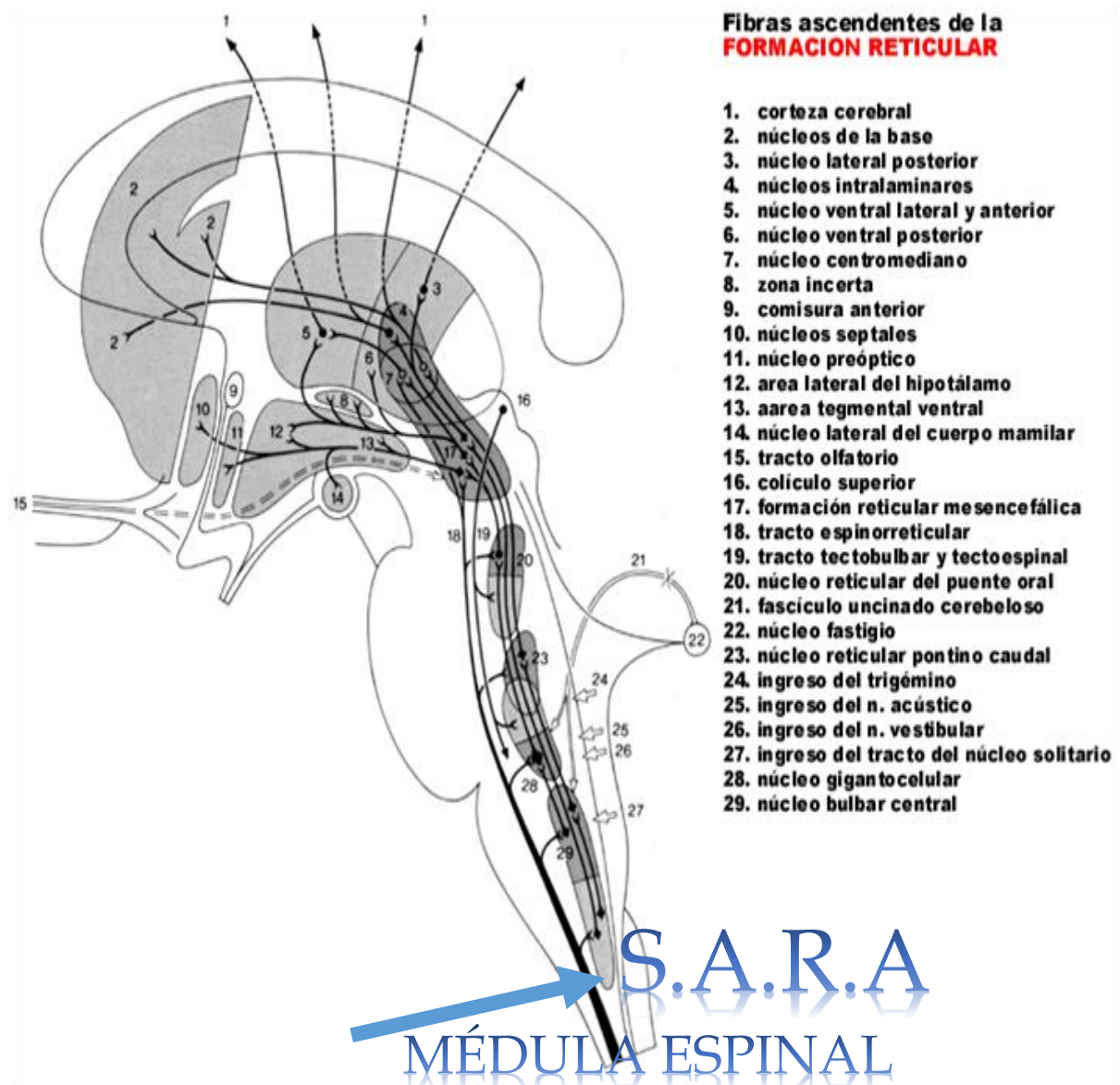


Figura 1

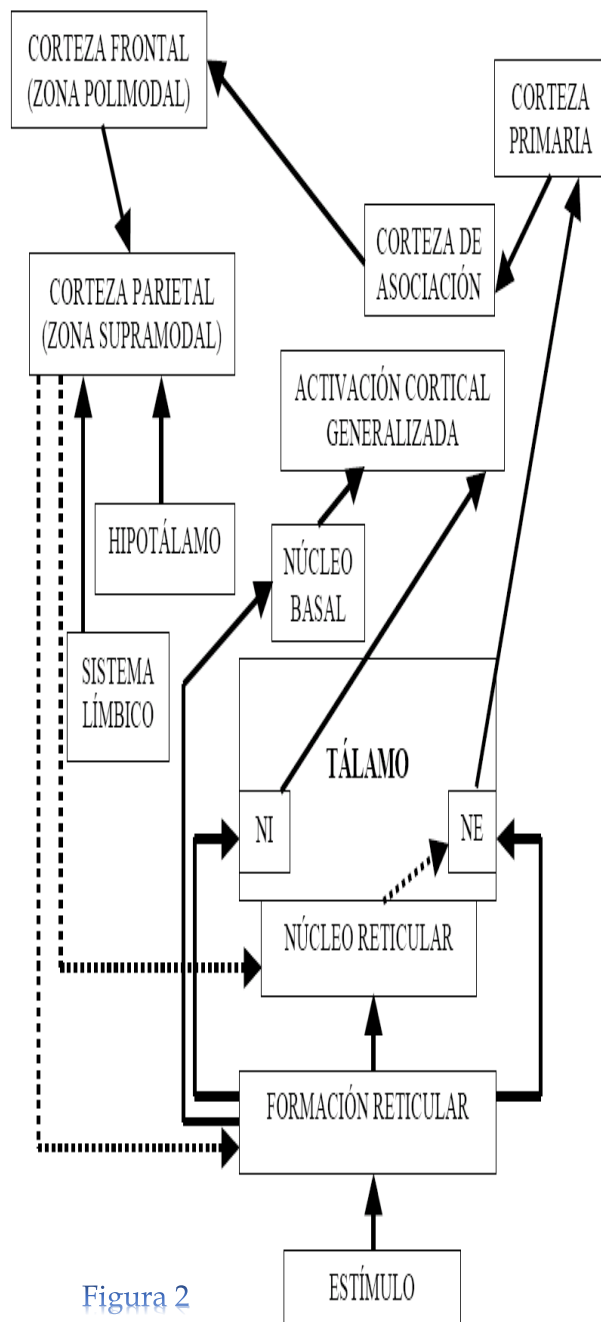


Figura 2

Por ello el S.A.R.A. está formado por una amplia red de núcleos y fibras nerviosas exquisitamente interconectadas que se encuentra a lo largo de todo el neuroeje, formando un entretelado sobre el cual reposa y se construye la conciencia y el aprendizaje.

Podemos decir que el S.A.R.A. es un fabricante de la realidad, siendo responsable de la interpretación de la información percibida mediante los órganos de los sentidos, así como de todos aquellos procesos sensoriales que se trasformen en percepciones y que tengan información que potencialmente se puedan convertir en emociones. Toda esta información es filtrada y analizada por esta formación reticular.

El S.A.R.A. es tejedor del comportamiento ya que ejerce dos efectos contrarios sobre la actividad motora:

1. Por un lado facilita o estimula tal actividad.
2. Y por el otro la deprime.

Numerosos estudios llevados a cabo en el laboratorio muestran que el S.A.R.A. desde el tallo cerebral y sus estructuras adyacentes determinan el inicio y mantenimiento del estado de vigilia y conciencia. Cuando aumenta la actividad del S.A.R.A. la persona se pone más en alerta, porque desde éste se comienza a bombardear estímulos inespecíficos sobre la corteza cerebral y cuando disminuye la actividad del S.A.R.A. sobreviene la somnolencia.

El S.A.R.A. tiene conexión directa con el tálamo y el sistema límbico (vida instinto-emocional) repercutiendo en el tipo de emoción que siente el sujeto, debido a su incidencia sobre la química cerebral de cada momento, incidiendo directamente sobre estados que denominamos de estrés-relajación y con ello en todos los elementos que se manifiestan posteriormente dentro de los denominados trastornos psicósomáticos.

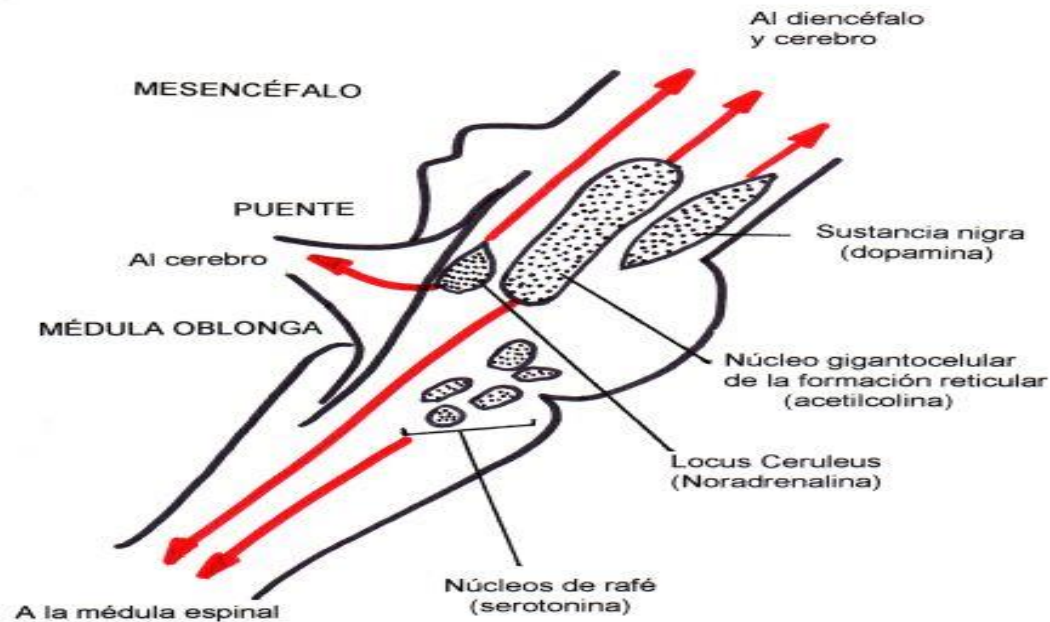


Figura 3

Resumiendo, el funcionamiento del S.A.R.A. podemos concluir que cuando aparece un estímulo por la médula espinal el S.A.R.A. decide la química cerebral con la que vamos a interaccionar con dicho estímulo, así, si este estímulo no ha sido metabolizado o asimilado por la corteza cerebral en algún otro momento, será repelido la siguiente vez que se presente por el S.A.R.A. teniendo una función de protección o defensa global, ya que este estímulo que ya tiene una carga emotiva no admitida por nuestro sistema global no pasa al encéfalo canalizándose en un órgano diana que será donde canalicemos el estado emotivo reprimido mediante un signo o un síndrome psicósomático.

Cuando el estímulo ha sido admitido por el S.A.R.A. y pasa a nuestro encéfalo, se produce una primera traducción en bioquímica, ya que el S.A.R.A. activa la zona neurológica donde se sintetiza uno u otro neurotransmisor (Figura 3):

- Locus Ceruleus (Noradrenalina NA)
- Núcleos del Raphe (Serotonina 5-HT)
- Núcleos gigantocelular (Acetilcolina Ach)
- Sustancia Nigra (Dopamina DA)

Antes de sintetizarse estas químicas puede haberse producido una activación de una hormona que se sintetiza en las glándulas suprarrenales y que tiene la función de neurotransmisor, la Adrenalina (A).

Si el estímulo no ha tenido contacto anteriormente con nuestro cerebro, el S.A.R.A. comunica un esquema de este estímulo al hipocampo que le trasmite si algún estímulo tiene parecidos y si es así lo califica como el estímulo ya grabado, creándose todo un estado de economía neuronal pero a la vez una dificultad para desensibilizar la generalización de las nuevas vivencias ya que quedan condicionadas con las atribuciones de las experiencias previas. Por esto si estamos traumatizados, nuestra angustia se generaliza a más situaciones.

Una vez el estímulo o la vivencia esté ligada a un set bioquímico, se activarán las estructuras neurológicas en el cerebro del mamífero (Sistema Límbico) que dan lugar a la respuesta psicofisiológica previa a la emoción que el sujeto sentirá, bastante tiempo después podemos ser consciente de la vivencia, viviéndola desde la emoción activada y por ello el pensamiento termina simplemente justificando por qué respondemos.

Por lo tanto si tenemos en cuenta que el aprendizaje es la unión de un estímulo a un estado emocional con el que lo vivimos, siempre que el estado emocional este desajustado en intensidad o sea displacentero, tiene todas las posibilidades de culminar en una memoria traumática, en numerosas ocasiones sin poder tener conocimiento consciente, y por ello cognitivo, del porqué de su vigencia en nuestro cerebro.

Por todo esto y gracias a lo acontecido en ese AVE Madrid-Sevilla hoy tenemos tecnología a través de las técnicas M.C.I. con la que podemos intervenir en el S.A.R.A. consiguiendo un estado mental de F.D.S. teniendo en nuestras manos, sin emplear la palabra, la estructura neurológica que decide:

- El estado de conciencia de ese momento (hipervigilancia, vigilia, somnolencia, sueño, estupor, coma ...)
- El aprendizaje, que como ya he mencionado, no es otra cosa que la asociación emoción con cada una de las vivencias registradas (almacenadas) en cualquiera de los almacenes de memoria. Solo aprendemos aquello que nos emociona, si algo no nos emociona pasa desapercibida para nuestro cerebro. La emoción es la que consigue que algo sea relevante, se ponga en relieve, sobre todo lo que está ocurriendo. La manera como discrimina nuestro cerebro lo importante de lo superficial, es con la intensidad de la emoción que ocurre ante los acontecimientos.
- el estado de estrés o relajación en el que nos encontramos en forma de estado de alerta, incertidumbre, tranquilidad ...
- Vivencia de la realidad, ya que una vivencia varía según el estado emocional en el que nos encontremos en ese momento.
- Comportamiento, ya que éste depende totalmente, una vez más, de nuestro estado emocional.
- Comprensión de la canalización psicosomática.
- Justificación racional de todo lo acontecido.

En definitiva podemos desde la base estructural de nuestra memoria, manipular la manera como se canaliza la vivencia, bien sea en el recuerdo como en la actualidad, y efectuar si es necesario un nuevo aprendizaje, que desensibilice o desaprenda el anterior si era nocivo, neutralizando la canalización psicosomática y por todo ello conseguir que el paciente pueda pasar del sufrimiento a la satisfacción, sin necesidad de trabajar con palabras e incidiendo directamente sobre las sedes de las memorias subcorticales. ¿No te parece fantástico? Pues todo esto podemos hacerlo gracias a las técnicas M.C.I. ya que incidimos directamente en el S.A.R.A.

Miguel Angel Legardon (2009) ilustre Osteopata que tuve el honor de tener como alumno durante los años 2006 a 2009, nos indica que el tejido puede hablar sin palabras, y esto lo hace a través de micro o macromovimientos, estos movimientos se producen espontáneamente en el transcurso de la sesión con M.C.I., como una especie de desenrollamiento tisular que expresa en la propia simbología del movimiento el contenido del conflicto. El campo sensorial que cada paciente elige para desenrollar la memoria contenida ya sea auditivo, visual, cenestésico o mixto y la expresión emocional contenida, ya sea durante la misma sesión u horas o días después, le hace contactar con su identidad.

Es habitual que el miedo que la gente muy sensible tiene a expresar o sentir sus emociones más asentadas, pasa a ser mayor que el miedo al dolor físico. El dolor emocional es tan grande, que estas personas inconscientemente eligen cualquier dolor físico antes que ese grado de dolor emocional (Fajardo, F. (2012) pag 49 “La osteopatía somato-emocional” Dilema). Con M.C.I. podemos trabajar no solo la memoria que produce el dolor físico, también su correlato emocional y como no, su miedo a sentir una u otra experiencia. La M.C.I. a través de un código energético, prácticamente sin tocar, puede manipular el estado del S.A.R.A. consiguiendo un estado de conciencia de F.D.S. y desde ahí cambiar tanto los códigos bioquímicos, neurológicos, emocionales y tisulares que hacen sufrir al paciente.

Sabemos que el S.A.R.A. está muy activado, cuando encontramos una rigidez extrema en el cuello del sujeto, esto se produce cuando su determinación es activar Adrenalina (A), Noradrenalina (NA) y Dopamina (DA). La rigidez en Adrenalina es superior a la de Noradrenalina, y ésta superior a la de la Dopamina. La segregación álgida de Adrenalina en sangre se produce siempre que el S.A.R.A. advierte una situación propia de la emoción básica sorpresa o bien cuando algún acontecimiento nos asusta, es aquí cuando nuestro cerebro frena la actividad cerebral durante un instante, parándose también nuestro ritmo cardíaco y nuestra respiración durante unas milésimas de segundo. La actividad Noradrenergica sucede cuando tenemos que dar una respuesta emocional de miedo, ansiedad, angustia, terror, pavor, pánico... mientras que la actividad Dopaminergica nos prepara para dar una respuesta emocional de alegría, euforia, enamoramiento, excitación mental... Cuando se mezcla la química cerebral Noradrenergica y Dopaminergica, según la dosis de Dopamina activaremos de menor a mayor dosis emociones como la Rabia, asco o culpa. Toda esta activación del S.A.R.A. está regulado por un aminoácido denominado GLUTAMATO, que según sea su nivel de actividad así encontramos un S.A.R.A. que dispara Adrenalina, Noradrenalina o Dopamina. Tenemos que especificar que la activación de la Adrenalina, tiene un primer DRIVE en la hiperactividad del S.A.R.A. pero su actividad no depende directamente de esta región del cerebro sino de la activación del eje HIPOTLAMO-HIPOFISIARIO-ADRENAL. Según en qué momento químico se encuentre el S.A.R.A. así tendremos un estado de conciencia de hipervigilancia, vigilia, excitación.

Cuando el S.A.R.A. esta inhibido y por lo tanto nuestro nivel del conciencia está más cercano a la relajación o reposo, es porque se apaga la actividad del GLUTAMATO y se activa el G.A.B.A. (Ácido Gamma Amino Butírico) que es un neurotransmisor que activa los receptores benzodiazepínicos y que en su menor nivel de actividad nos coloca en una actividad del neurotransmisor Serotonina (5 HT), a niveles más altos del G.A.B.A. es decir seguimos relajando el S.A.R.A. comenzaremos con una actividad del neurotransmisor Acetilcolina (Ach) que en su mayor nivel de actividad nos conducirá a la somnolencia y después al sueño.

Cuando está activada la Serotonina la emoción que sentimos es la de Seguridad, donde sucede una combinación entre el final de la actividad del Glutamato y el principio de la actividad del G.A.B.A. Cuando la actividad es tanto serotoninérgica como dopaminérgica la emoción que sucede es la curiosidad. Cuando la actividad es acetilcolinérgica la emoción que se activa es la admiración, siendo la tristeza un nivel muy alto de actividad del G.A.B.A. y por ello de la acetilcolina, en la que literalmente se bloquea la neurotransmisión, de tal manera que el cerebro de la persona que sufre una depresión, lo que la está pasando es que se ha quedado sin flujo sináptico, su cerebro está apagado.



Grafico 2

Es por ello que la M.C.I. es una herramienta muy potente, ya que podemos incidir a través de nuestra manipulación en el S.A.R.A. en el universo emocional en el que se encuentra el paciente, y de ahí en su aprendizaje, que habitualmente tiene que desaprender para luego aprender una nueva vivencia emocional ante el acontecimiento traumático, o que es causante del sufrimiento, aunque tal como ya he mencionado, en muchas ocasiones no tengamos estructura inteligente para explicar o recordar dicho acontecimiento.

Nuestra actuación con M.C.I. puede tener las siguientes posibilidades:

1. Inhibir el S.A.R.A. cuando encontremos un cuello muy rígido, ya que esto nos indica que el sujeto se encuentra en una situación de alerta excesiva, hipervigilancia, estrés, o sensación emocional desproporcionada. Solo con inhibir el S.A.R.A. conseguimos que desde ese momento el cerebro del paciente se encuentre en una actividad cerebral más cercana a la curiosidad, seguridad o admiración, elementos antidotos, tanto química como neurológica y emocional para el estado global del paciente.

2. Activar el S.A.R.A. cuando encontremos a un paciente con un cuello demasiado laxo, propio de estados vitales deprimidos, aburridos, de indefensión, o simplemente desmotivados. De tal manera que podemos provocar que el paciente sienta Alegría, Sorpresa, Rabia, Curiosidad o incluso Miedo, que aunque no sea lo adecuado para un futuro sí que puede serlo para sacarle del estado emocional en el que se encuentra en este momento.
3. Podemos inculcar una actividad del S.A.R.A. a diseño, para que se active la química cerebral que en ese momento creamos más oportuna para el estado global del paciente. De tal manera que si hacemos una manipulación concreta activaremos el S.A.R.A. para que dé lugar a una actividad serotoninérgica, o acetilcolinérgica, o todo lo contrario, en algún momento es adecuado que se active la noradrenalina, o la dopamina, consiguiéndolo con otra manipulación diferente. En laboratorio nos hemos dado cuenta que lo que somos capaces de hacer con las distintas manipulaciones que tenemos diseñadas, es activar más o menos GLUTAMATO o G.A.B.A.
4. Podemos moderar la intensidad del estado global del sujeto. Ésta forma de intervenir es adecuada para aquellas personas que están en un estado emocional y vivencial adecuado para la situación, pero la intensidad está siendo más o menos intensa de lo que se requiere, y de ahí que no esté siendo adecuada.
5. Por ultimo podemos conseguir que el sujeto viva un recuerdo o memoria remota que hasta el momento le hacía sentirse fuera de control, bajo el control de una sensación sentida mucho más ajustada. Es como si viviéramos como espectador/a aquello que en otro momento vivimos como actor/actriz. Dándonos cuenta que en este momento no está ocurriendo aquello que tanto nos perturbo, o simplemente que en este momento podemos vivir el pasado desde una sensación de control y por ello realizar el duelo, para que lo que aquello que paso, hoy, no nos siga afectando.

METODOLOGIA M.C.I.

La manipulación del S.A.R.A. se puede realizar de muchas formas diferentes, todas ellas tienen como objetivo inhibir o activar esta estructura neurológica. La activación del S.A.R.A. siempre está relacionada con la rigidez en los músculos del cuello y la nuca, al igual que la inhibición del S.A.R.A. se relaciona siempre con la relajación de estos músculos, produciéndose una caída de la cabeza hacia adelante, atrás o a los laterales. Esta manipulación nunca debe darse como consecuencia de ejercer fuerza con nuestras manos sobre la cabeza del paciente, realizamos toques y movimientos con nuestras manos pero de manera que tanto los toques como la fuerza se realiza por lo que ocurre entre nuestras manos y el paciente, nunca por nuestra presión directa. Es necesario que no se ejerza presión directa ya que en estos casos el movimiento de cabeza es muy probable que no se realice en estado F.D.S. La fuerza está en nuestro código energético nunca en nuestra fuerza muscular.

Esta fuerza tiene mucho de intención, que se produce desde nuestro propio estado en F.D.S., ya que no hay mejor manera de realizar M.C.I. que cuando el que la realiza se encuentre en F.D.S.



Foto 1

Donde hemos colocado los puntos en la nuca es donde se encuentra la base del S.A.R.A. por lo tanto colocando la yema de nuestros dedos pulgar e índice en este lugar conseguimos provocar cambios en esta estructura. El cambio fundamental es como si quitáramos una especie de embrague que tiene el S.A.R.A. La metáfora es similar a pisar el embrague del coche para poder meter una u otra marcha. Cuando presionamos esta zona sin fuerza muscular, sin presión mayor de 5 gramos, y el S.A.R.A. se desembraga, en ese momento comienza la M.C.I. A partir de aquí allí donde llevemos la cabeza del sujeto tendrá un sentido u otro a nivel químico, neurológico, emocional y mental.



Foto 2

En estas imágenes observamos la posición habitual de inicio de M.C.I. como podemos observar (Foto 2) el terapeuta se coloca detrás de su paciente y coloca ambas manos como si de un collar se tratara alrededor del cuello. Como se puede apreciar no se toca realmente al paciente, dejando un espacio entre las manos y el cuello del paciente. Posteriormente (Foto 3) el terapeuta realiza un movimiento, en este caso con su mano derecha hacia la derecha, consiguiendo el movimiento del cuello hacia la derecha debido a la relajación que se produce en toda esta musculatura al conseguir que el S.A.R.A. del paciente se relaje, gracias a que con la mano izquierda a desembragado el S.A.R.A. entrando en F.D.S.



Foto 3

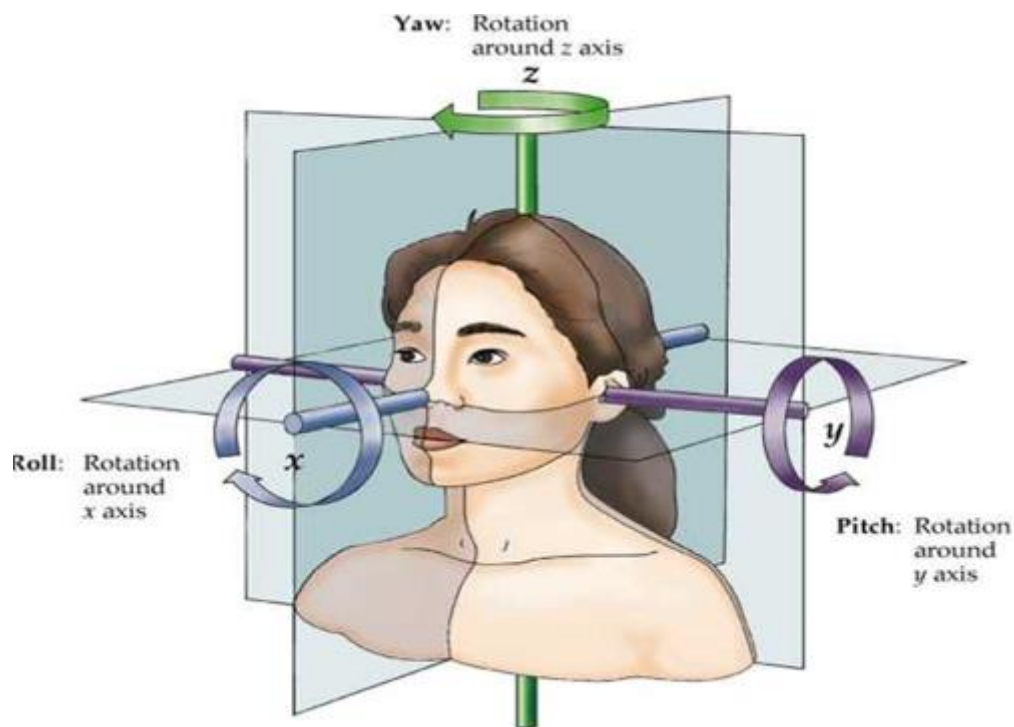


Grafico 3

M.C.I. se realiza sobre tres planos y por ello en tres ejes de rotación, tal como nos indica el Grafico 3:

- **Plano frontal** cuyo eje de rotación es el eje X.

La cabeza del paciente en el plano frontal siempre circula en dirección derecha-izquierda. Es el plano del tiempo, cuanto más se dirige la cabeza hacia la izquierda más llevamos mentalmente al paciente a conectar mentalmente con su pasado, ya que en esta posición el cerebro más activado es el cerebro vincular (anteriormente denominado hemisferio derecho en diestros), en la posición natural (cabeza álgida) el paciente se encuentra en el presente (actividad neuronal en el que el cuerpo calloso coordina y vincula ambos hemisferios), y cuanto más llevamos la cabeza hacia la derecha más conectamos al paciente mentalmente con su futuro, ya que en esta posición el cerebro más activado es el dominante (anteriormente denominado hemisferio izquierdo en diestros). Podríamos decir que si la cabeza se coloca en posición paralela al hombro izquierdo ese sería el momento del nacimiento del paciente, y cuando esta sobre el hombro derecho sería el momento de futuro más alejado que puede imaginar.



Foto 4

En la Foto 4 observamos cómo cuanto más separa la mano derecha hacia la derecha el terapeuta, el paciente mueve su cabeza hacia esta dirección, como si entre la mano del terapeuta y el paciente hubiese una conexión. Tanto el paciente como el terapeuta suelen tener los ojos cerrados para conseguir un mejor estado en F.D.S.

Los elementos horizontales representan nuestra condición terrenal, nuestras necesidades básicas, nos anclan a la vida y nos estabilizan. Es el eje de nuestro tiempo, nuestra existencia aquí, donde estamos, nuestra biografía (pasado) y nuestro destino (futuro).

- **Plano sagital** cuyo eje de rotación es el eje y .

La cabeza del paciente en el plano sagital siempre circula en dirección atrás-adelante. Es el plano sensorial, ya que cuando la cabeza está más hacia adelante (hacia el pecho) mayor es la activación de las zonas sensoriales cenestésicas. Cuando está en posición natural el paciente se encuentra con mayor frecuencia en auditivo, y cuando la cabeza va hacia atrás el sentido más influenciado es el visual.



Foto 5

En las fotos 5 y 6 tenemos una secuencia donde el terapeuta está procediendo a colocar al paciente en una posición centrada hacia atrás, donde la mayor actividad cerebral es visual-presente (Foto 5).



Foto 6

Y posteriormente lleva la cabeza del paciente hacia la derecha, encontrándose en ese momento en una posición de futuro visual, ya que como se ve en la cámara pequeña de la Foto 6, la cabeza sigue estando hacia atrás.

- **Plano transversal** cuyo eje de rotación es el eje Z .

La cabeza del paciente en el plano transversal circula en rotación y por ello tanto por los planos frontal y sagital a la vez. Este plano es como un plano en tres dimensiones, es quizás el plano más cercano a la realidad neurológica, y siempre que actuamos en él conseguimos una conexión con estados mentales globales y holísticos, aunque sin perder la conexión con la parte analítica-descriptiva de nuestro proceder mental. Los elementos verticales nos permiten elevarnos, soñar, desear, constituyen el tiempo de lo mágico. Es como un viaje desde lo más primitivo (reptil) a lo más novedoso (idea, sueños, imaginación).



Foto 7

En la Foto 7 se observa como la mano del terapeuta realiza la rotación desde el eje z y por ello la tiene separada aunque conectada, mientras la mano izquierda prácticamente no toca la nuca del paciente.



Foto 8

En la Foto 8 observamos que sin tocar la cabeza del paciente, ambas manos realizan un giro hacia la derecha. Esta forma de proceder es propia del plano transversal, actuando ambas manos como si fuera un volante.



Foto 9

En la Foto 9 se aprecia como con la mano derecha colocada en la nuca, pero sin tocarla se ejerce la presión para que la cabeza vaya hacia atrás, mientras que con la mano izquierda sin tocar la frente se empuja. Este movimiento también es singular del plano transversal



Foto 10

La levitación de la mano, muy utilizada en las técnicas de disociación clásicas (hipnosis) nos indica que el paciente se encuentra en un estado profundo F.D.S. con una posición mental hacia el futuro auditivo.

La M.C.I. por lo tanto es una manipulación mediante un código energético, que trabaja sobre los tres planos señalados, haciendo mover la cabeza en los ejes correspondientes para conseguir un estado de F.D.S. y con ello promover una activación del S.A.R.A. que capacite al sujeto para poder metabolizar y asimilar lo que hasta ese momento era una memoria traumática.

Para finalizar este pequeño resumen sobre nuestro proceder con M.C.I. para Osteópatas, quiero señalar que los movimientos del terapeuta con sus manos también tienen un significado en el cambio químico y neurológico del paciente. De esta manera cuando el terapeuta separa su mano del cuello del paciente, está consiguiendo una actividad parasimpática en éste, que se produce gracias a la actividad de la Acetilcolina. Al contrario si el terapeuta empuja (sin tocar) para mover la cabeza del paciente, consigue una activación simpática y por ello noradrenérgica.

La actividad serotoninérgica la consigue cuando en el plano visual (cabeza hacia atrás) interviene en rotación desde el plano transversal, y por ultimo puede activar o excitar (dopamina) al paciente si a través de temblores y sacudidas con las manos las sube desde el eje del cuello hasta la parte superior de la cabeza.

¿Por qué en el cráneo, desde la espalda, en silencio y con las manos?

Siguiendo de nuevo a Miguel Angel Legardon Cráneo es Kera-né-o, del griego Kerás, atos, que es el caparazón, el CAPARAZON DEL YO, ya que no es difícil colocar nuestro yo mental en el cerebro, resguardado por nuestro cráneo. Cuando trabajamos en el cráneo con técnicas M.C.I. tenemos que tener en cuenta que:

- Nuestro paciente está sentado, esperando, en posición ver-ti-cal (ver tu cal, lo más denso de ti), en vigilia, en lucha y en plena acción contra la gravedad (que puede ser tanto lo grave, como nuestra gran verdad).
- El paciente esta vigilante, consciente, sintiendo su presente, y desde ahí siente las manos del que realiza, las siente detrás, desde la sombra (no consciente) teniendo a ambos lados el pasado a su izquierda (Biografía) y el futuro a su derecha (Destino).
- Desde su periscopio cráneo-cervical para dirigir su mirada interior y exterior a sus referentes, a sus necesidades, sus contextos, sus vivencias y sus formas de vincularse.
- Solo está limitada la mirada hacia atrás, donde está lo escondido y lo olvidado, lo es-cri(p)t-o (*es lo oculto del yo*), lo sufrido, lo no digerido, ni asimilado, lo grabado para ser interpretado por otro que pueda mirarlo, pueda ver la luz en la sombra y descubrir la hebra que organiza la trama de la vida.
- El organismo utiliza diversos sistemas de comunicación de señales para mantener su homeostasis. Según el sistema que exploremos y utilicemos se nos abrirán posibilidades distintas de actuación terapéutica. Los códigos pueden ser químicos-moleculares alopáticos (fármacos tradicionales), moleculares homeopáticos, quirúrgicos, mecánicos (acupuntura, siatsu, masajes de diversas escuelas, biofísicos (fotónicos, magnéticos, electroterapias diversas, ondas sónicas), verbales (psicoterapias diversas, psicoanálisis, hipnosis), y también el silencio de gran proyección curativa, sus pilares son la capacidad de escucha y la paz interior del terapeuta. Es el más difícil de manejar.
- Campo electrodinámico, campo L (Becker) o bioplasma, son términos para designar desde una aproximación terminológica biofísica la existencia de una envoltura electromagnética alrededor de la estructura molecular de los seres vivos, denominada místicamente aura por diversos pueblos y culturas. De este modo conseguimos más precisión y rigor lingüístico para referirnos al campo aural o burbuja energética, concepto a menudo tan manoseado por personas sin conocimientos de biología, de medicina ni de física que solo ha contribuido en los últimos años a crear un océano de confusiones y de malentendidos en muchos ámbitos de la sociedad.
- Nuestras manos tienen dos componentes esenciales:
 - Es la parte del cuerpo más relacionada con la comunicación.
 - Es una zona excelente en cuanto a envoltura electromagnética.

- La interacción con nuestras manos en silencio, en el campo caótico del cráneo del paciente, consigue que emerjan memorias tisulares, que por lo tanto podrán posteriormente reestructurarse desde lo consciente, una vez que trabajamos con ellas y el cerebro racional pueda metabolizarlas, y si no es posible podremos desensibilizarlas solo en ese plano no consciente
- Actuamos sobre el S.A.R.A., primera puerta a nuestro cerebro, consiguiendo en silencio y con nuestras manos un estado de F.D.S. manipulando el trauma del paciente, consiguiendo que lo rígido termine en flexible y que lo traumático mute a vivencia asimilable. Pasar de las vivencias traumáticas a las experiencias enriquecedoras será nuestro objetivo.

Se la dificultad que tiene poder hacer comprender y reflejar la realidad de las técnicas M.C.I. en un libro. La M.C.I. nació precisamente para trabajar ese plano del ser humano que es difícil explicar o localizar a través de las palabras, y un texto como éste no es más que un canal de expresión de conceptos lingüísticos. Espero no obstante haya podido transmitir la idea y la esencia de este tipo de herramientas para el campo de actuación del osteópata. Conseguir que el Osteópata pueda realizar M.C.I. ya es cuestión de poder estar delante de él/ella, y mostrar todo lo que hoy se sabe de esta técnica en un curso de formación reglada.

Gracias a Francisco Fajardo Ruiz por darme esta oportunidad de poder transmitir en esta magnífica obra la consecuencia de muchos años de investigación y de dedicación clínica. La fusión osteopatía-psicología debe poner fin a un ridículo trocear del paciente en regiones estancas de enfermedad, intentando desde el más absoluto eclecticismo converger y fusionar, desde disciplinas con claros campos de trabajo diferentes, muchos elementos comunes que nos permite saber que el cuerpo está mucho más ligado al trauma humano que su capacidad de reflexión. Quiero con ello hacer homenaje a un teórico que supo transmitir ideas totalmente conjugadas por nuestro conocimiento con M.C.I., me refiero a John Upledger, cuando mostró que la liberación somato-emocional tiene mucho que ver con la liberación de esos <<quistes de energía>> y aunque no haya sido validada su teoría, enlace con su sentencia: "... que estos quistes de energía con ayuda de las manos, trabajando sobre los arcos formados a partir de los diferentes vacíos de energías, pueden liberarse..." y desde ahí propongo la intervención con M.C.I.

Roberto Aguado

Abril 2015