

Berit Ianssen (ed)

Tom Andersen Ingeborg Hanssen Ingar Kvebæk

Alette Ottesen Eli Rongved Gudrun Øvreberg

Movimiento, Vida y Cambio

Descripciones Prácticas de
la Fisioterapia Psicomotora

Berit Ianssen (ed),
Gudrun Øvreberg, Tom Andersen,
Ingeborg Hanssen, Ingar Kvebæk,
Alette Ottesen, Eli Rongved

Movimiento, Vida y Cambio

Descripciones Prácticas de
la Fisioterapia Psicomotora

Traducido por Tone Øverlie y Gerard Tuite

© Berit Ianssen (ed) 2026

ISBN 978-82-998911-9-6

www.movephysiotherapy.no

Contacto: berit.ianssen@ntebb.no

Print: BK Trondheim, www.bk.no

Este libro está dedicado a la memoria de
Aadel Bülow-Hansen y Tom Andersen, a quienes
les estamos eternamente agradecidos

Siguiendo los pasos de la fisioterapeuta Aadel Bülow-Hansen



Estas palabras nos relatan cómo se sentía una persona al ser tratada por Aadel Bülow-Hansen, de 87 años, en 1992:

Ella me demostró cómo trabajaba con las manos y cómo prestaba atención constante a mi respiración. Me escuchaba con las manos, con la mirada atenta. Estaba totalmente presente, pero siempre sabía cuándo hacerse a un lado para que yo pudiera encontrar mi propio camino y ella contemplara hacia dónde me dirigía yo misma. La naturaleza de su respuesta durante la terapia me infundió fe y valentía para tomar mis propias decisiones. Sin embargo, ella fue la responsable del “entorno” que me rodeaba, y eso me hizo sentir segura y confiada.

Índice

<i>Berit Ianssen</i>	
Prólogo	9
<i>Berit Ianssen</i>	
Introducción.....	11
<i>Alette Ottesen</i>	
Una sesión de tratamiento	23
<i>Berit Ianssen</i>	
Diálogo corporal	41
<i>Ingeborg Hanssen</i>	
Sin palabras – expresión perdida.....	69
<i>Ingar Kvebæk</i>	
Tristeza en solitario	89
<i>Eli Rongved</i>	
Interacción	111
<i>Gudrun Øvreberg</i>	
Reunión con Mai, enero de 1996	127
<i>Tom Andersen</i>	
Conociendo a Mai, enero 1996	147
<i>Gudrun Øvreberg</i>	
Fisioterapia psicomotora infantil noruega	157

Tom Andersen

Sobre la práctica participativa y el ser-en-el-mundo	169
Los autores	201
Referencias	205

Berit Ianssen

Prólogo

La versión original en noruego de este libro se publicó en 1997. Con motivo del congreso de la IOPTMH en Edimburgo en 2012, se tradujo al inglés con el título «Movements of Life». Poco a poco, se iniciaron los contactos con Colombia, y en 2023, dos fisioterapeutas fuimos invitados al ECR (Escuela Colombiana de Rehabilitación) en Bogotá para impartir docencia sobre el tema. Posteriormente, en 2024, durante el congreso de la IOPTMH en Barranquilla, Colombia, varios fisioterapeutas participaron en el intercambio de conocimientos profesionales entre Noruega y Colombia. Este trabajo continúa y se expande. Así surgió la idea de traducir bibliografía sobre este tema al español.

Agradecemos a Tone Øverlie, experta en fisioterapia psicomotora (FPMN) y con conocimientos del idioma español, por asumir este trabajo, y a Gerard Tuite por guiarla incansablemente en el complejo proceso de traducción. El esfuerzo de ambos ha sido invaluable.

Albergábamos ciertas dudas sobre si seríamos capaces de publicar un libro escrito hace 30 años. Desde aquellos años, el curso se ha desarrollado hasta alcanzar el nivel de maestría, y esta disciplina cuenta con numerosos doctorados.

Sin embargo, hemos llegado a la conclusión de que sería valioso publicarlo. El libro transmite experiencias prácticas, y por lo tanto tiene algo de atemporal. Explicamos aquí la forma en que abordamos los hallazgos en la investigación y nuestras reflexiones sobre las conexiones entre el cuerpo y la experiencia en los procesos individuales de cada paciente. Llevamos a cabo el examen y el tratamiento con objeto de que

el paciente pueda beneficiarse de lo que le es doloroso y difícil, sin que exista una conclusión definitiva en el tratamiento. El tratamiento es una colaboración, y una herramienta para la autoayuda.

El lector interesado puede además encontrar información en español sobre la FPMN en el siguiente Website: www.movephysiotherapy.no

¡Esperamos, lector, que disfrutes del libro!

El verdadero viaje de descubrimiento
no consiste en buscar nuevos paisajes, sino en
mirar con ojos nuevos.

Marcel Proust

Berit Ianssen

Introducción

Hemos de remontarnos a 60 años para llegar al origen de la tradición de la Fisioterapia Psicomotora Noruega (FPMN/fisioterapia psicomotora).

La fisioterapeuta Aadel Bülow-Hansen se formó a principios del siglo XX. Su carrera comenzó dando masajes nocturnos en sus casas a mujeres insomnes. Desde el año 1927 trabajó en Sophies Minde, Oslo, un hospital especializado en ortopedia. Su padre era cirujano en ese mismo hospital. Entre sus pacientes había niños con polio. Estos niños eran derivados al Sophies Minde para recibir tratamiento por las secuelas de esta enfermedad, y provenían de toda Noruega. La mayoría de los menores llegaban sin sus padres, sintiéndose, por supuesto, muy solos. Muchas fueron las lágrimas de estos niños que se derramaron en las salas del hospital, y muchos se quejaban de dolor, pero no, como cabría suponer, en la zona de la operación, sino en el vientre. Aadel Bülow-Hansen preguntó a su padre por el motivo. Sin dudarlo, respondió que el miedo se arraiga en el vientre. Aunque era ortopedista, su respuesta nos muestra que era realmente capaz de reflexionar más allá de los límites de la ortopedia. A partir de entonces, la comprensión de Aadel Bülow-Hansen sobre la tensión muscular y el dolor corporal se enmarcó en un contexto más amplio.

Más tarde, ella abrió su propia clínica privada. Creía que debía existir algún tipo de correlación entre la tensión muscular, la respiración y las emociones.

En 1946, impartió una conferencia en la Asociación Neurológica Noruega. Al finalizar, el neurólogo y psiquiatra Trygve Braatøy se levantó de su asiento y proclamó que era la primera vez que conocía a una

fisioterapeuta que incluía el tema de la respiración en su tratamiento. Fue allí donde empezó todo.

Trygve Braatøy quedó tan intrigado por Aadel Bülow-Hansen que la invitó a trabajar con él en el Hospital Ullevaal de Oslo, en el pabellón psiquiátrico que él mismo dirigía. Este fue el comienzo de su estrecha relación profesional que perduró hasta el prematuro fallecimiento de Braatøy en octubre de 1954, con tan solo 49 años. Esta colaboración dio lugar a lo que hoy llamamos fisioterapia psicomotora noruega.

Trygve Braatøy estaba interesado en diversos campos. Como estudiante de medicina, había estudiado neurología en la Clínica Charcot de París, y siendo un joven médico, estudió psicoanálisis con Otto Fenichel en Berlín. A los veintinueve años realizó su doctorado en medicina que versaba sobre jóvenes con esquizofrenia. Expresó su interés por el concepto de tensión muscular por primera vez en 1937. En aquel momento, le interesaba la obra de Pavlov, especialmente en lo relacionado con la represión de los reflejos primitivos. Braatøy consideraba la tensión muscular como parte de este proceso de represión y afirmaba además que esta represión a menudo coincidía con la tensión de varios músculos, como los de la mandíbula, los músculos respiratorios y los abdominales. Cuando conoció a Aadel Bülow-Hansen, ya estaba bien familiarizado con la idea de que podría existir alguna conexión entre una respiración alterada y el aumento de la tensión muscular, y que esto podría entenderse como parte de un estado nervioso.

Gudrun Øvreberg, reconocida profesora de FPMN, conoció a Aadel Bülow-Hansen a principios de la década de los 60 del siglo XX. En su primer encuentro, Bülow-Hansen reveló a Gudrun Øvreberg que la única manera de aprender era someterse ella misma al tratamiento y experimentar las reacciones de su propio cuerpo: “Luego veremos qué tipo de preguntas deseas hacer”. De esta manera, Bülow-Hansen demostró claramente que se ha de otorgarse prioridad al cuerpo, las palabras vienen en segundo lugar y, más adelante, hay espacio para la reflexión y la reconsideración. Durante las primeras semanas, trató a Gudrun Øvreberg transmitiéndole poca información verbal. Poco a poco, se abrió

a sus preguntas. ¿Cómo podía entender Gudrun todo aquello? Aadel Bülow-Hansen decía:

Usa tu intuición y tu imaginación. Estudia tu anatomía y ten consciencia de lo que sucede en tu propio cuerpo cuando aumenta la tensión, cuando se frena tu respiración y pierdes la fluidez de los movimientos. ¿Cómo vas a salir de este estado? Si puedes experimentarlo tú mismo, te será más fácil ayudar a tus pacientes.

Apropiadamente inusual

Otra persona importante en el desarrollo del FPMN fue el profesor Tom Andersen, un reconocido psiquiatra noruego. Tom Andersen trabajaba de médico general antes de especializarse en psiquiatría. Tenía muchas cuestiones que quería discutir con Gudrun Øvreberg, y entre ellas, acerca de la correlación entre los problemas mentales y corporales. Juntos, en 1986, escribieron un libro basado en las observaciones de las sesiones de tratamiento de Aadel Bülow-Hansen y sus posteriores discusiones. Tres temas fueron de particular interés: Los conceptos de “apropiadamente inusual”, “actividad corporal” y el fenómeno de “escucharse y expresarse”.

El profesor Andersen observó que la fisioterapeuta ocasionalmente masajeaba un músculo tenso específico de manera dolorosa. Esto se hacía con la intención de liberar tensiones en otras zonas. El movimiento respiratorio aumentaba en respuesta a este estímulo doloroso y, a su vez, ello parecía resultar en una reducción de la tensión muscular. Notó que, si este masaje causaba muy poco dolor, la respiración no se veía afectada. Si causaba demasiado dolor o se mantenía demasiado tiempo, el paciente respondía conteniendo la respiración. Pero cuando el masaje se administraba con la presión perfectamente apropiada, de hecho inducía un cambio en la respiración y, posteriormente, en la tensión: demasiado suave, demasiado fuerte, o en la justa medida. El profesor Andersen

apreció cómo esto se correspondía con elementos del diálogo en psicoterapia. Si lo que hablaban era demasiado habitual o demasiado inusual, los pacientes perdían interés. Expresó estas experiencias por escrito en “Directrices para la Psicoterapia”, influyendo así en el diálogo verbal en psicoterapia hacia lo “apropiadamente inusual”. Se volvió más sensible, más consciente de los movimientos en el diálogo, y de la comodidad o incomodidad del paciente.

Las palabras: una actividad corporal

El profesor Andersen aprendió de Aadel Bülow-Hansen cómo nos expresamos verbal y emocionalmente al exhalar. Dicho de otro modo: al inspirar, acumulamos tensión corporal. Al exhalar (como en un suspiro), esta tensión acumulada se libera, devolviéndonos, por así decirlo, a la esencia. Esto significa que el acto de hablar representa un cambio continuo entre la acumulación y la liberación de tensión. El movimiento de la lengua, las cuerdas vocales y el flujo de aire que acompaña a la respiración son los elementos que dan a nuestras palabras su plena sustancia. Esto explica cómo la expresión verbal puede entenderse como actividad corporal, y que la palabra hablada, las emociones y los movimientos corporales nunca pueden separarse.

Escucharse y expresarse

Cuando Aadel Bülow-Hansen trabajaba, su lengua hablaba y sus oídos escuchaban, como todos nosotros lo hacemos. Pero, además, escuchaba y hablaba con las manos y los ojos. La mano trabajadora, la que daba el masaje, le hablaba al paciente, mientras que la otra mano descansaba en otra parte, escuchando atentamente sus reacciones. Sus ojos escuchaban todas las señales sutiles de la otra persona y hablaban expresando su presencia, compasión y calidez.

Quizás podríamos comprender más, comprender otras cosas, si fuéramos más conscientes del potencial de nuestros propios ojos y manos, si captáramos mejor lo que significa escuchar y expresar algo. Quizás

deberíamos dejarnos tocar aún más por otras personas; un toque tan sutil que apenas puede verse, oírse o sentirse, o un toque que pasa tan silenciosa o tan rápidamente que resulta desapercibido para nuestra conciencia. Si escucháramos de otra manera, ¿hablaríamos de otra manera?

El profesor Tom Andersen nos enseñó mucho sobre el diálogo. Nos ayudó a creer en un diálogo natural, en contraposición a un diálogo técnico. Esto nos daba “permiso” para hacer lo que considerábamos correcto en cada sesión. Es decir, podríamos permitirnos hablar con el paciente durante toda una sesión, mientras que otra sesión podría transcurrir sin apenas mediar una palabra.

“Aprendemos de nuestros pacientes”

Esta era la doctrina principal de Aadel Bülow-Hansen. Si queremos que esto sea más que un cliché, los sentimientos y experiencias de nuestros pacientes deben tomarse en serio. El terapeuta debe intentar comprender a los pacientes desde la propia perspectiva de los pacientes, más que desde su propia teoría. Nuestra comprensión se basa en la suma total de la información recopilada: aquello que vemos en la actitud, los movimientos y la respiración del cuerpo, la información que obtenemos de la piel y los músculos del paciente a través de nuestras manos, y lo que escuchamos en sus palabras.

Diálogos y movimientos

En nuestro diálogo con el paciente, no siempre necesitamos buscar el significado de lo que hay detrás de las palabras expresadas. En cambio, intentamos escuchar atentamente lo que este dice y, ante todo, tratar de comprender solamente esto. No necesitamos que el paciente revele o comprenda toda la historia de su vida. El objetivo del diálogo es poner en marcha lo que se ha estancado o paralizado. La persona que acude a nosotros en busca de ayuda trae consigo el conocimiento propio del cuerpo, su propia información, su propia historia. Sabemos algo sobre el cuerpo y la vida en general; el paciente tiene conocimiento específico sobre su propia vida.

El ambiente

Sin embargo, una sesión implica más de lo que se ha descrito hasta ahora, es algo difícil de expresar con palabras. ¿Es que podríamos llamarlo el ambiente de la sesión? ¿Qué caracteriza entonces a este ambiente? El profesor Tom Andersen trató este aspecto en una carta que me dirigió:

Creo que tiene algo que ver con que el paciente se sienta visto, oído y tocado. He reflexionado acerca de cómo ustedes, los fisioterapeutas psicomotores, “hacen uso” de ustedes mismos: sus oídos reciben; su lengua, y todo lo que está unido a ella, incluida la respiración, es puramente dar, mientras que sus ojos y manos dan y reciben. Creo que el paciente percibe todo esto; experimenta el genuino intento del fisioterapeuta por comprender.

Quizás el elemento más importante durante la sesión fue su capacidad para crear el tipo de atmósfera que he mencionado aquí. A través de las manos, los ojos y los oídos, algo se inició desde el “exterior”, y luego este “algo” se trasladó al interior, permitiendo al paciente acceso a sus propios pensamientos y sentimientos espontáneos. Un ambiente como este permite superar los problemas del pasado, participar plenamente en el presente y estar preparado para lo que (uno crea que) le depare el futuro. Para mí, las palabras y sus correspondientes sentimientos, respiración y movimientos es todo de lo que realmente se trata.

Es “¿físico”, “psicológico” o “psicosomático”?

¿Cómo debemos entender los conceptos de “cuerpo y alma”, “tratamiento holístico”, “enfermedad psicosomática”, “problemas psicológicos manifestados en el cuerpo”? ¿Qué es el cuerpo humano, qué es el alma y qué tipo de conexión existe entre uno y otro?

El filósofo René Descartes creía que el cuerpo y el alma coexisten en el ser humano, sin que uno tenga influencia sobre el otro. Creía que el

alma es superior e inmortal, y que el cuerpo simplemente funciona como su residencia.

El filósofo griego Aristóteles tenía una visión completamente diferente al respecto. Según él, el alma representa las capacidades del ser humano, su naturaleza, su vitalidad. El cuerpo humano consiste en todos sus órganos: boca, estómago, intestinos, ojos, oídos, piel, músculos, etc. Es solo mediante el pensamiento cuando podemos separar el alma del cuerpo. Podríamos considerar esta idea de la siguiente manera: el ojo con su lente representa el cuerpo, y la vista el alma. Asimismo, podemos considerar los músculos como el cuerpo, mientras sus movimientos son el alma. De esta manera, la vista y los movimientos son elementos del alma humana. Esta es una percepción orgánica del alma: la función y la capacidad de vivir, ligada a los órganos humanos. De la misma manera se puede seguir entendiendo el concepto de alma según el pensamiento de Aristóteles: los intestinos pertenecen al cuerpo, la digestión al alma; los pulmones pertenecen al cuerpo, la respiración al alma. El cerebro pertenece al cuerpo, la función del cerebro al alma.

Aristóteles se preguntaba si el acto de pensar o imaginar era posible mediante el uso de algo aparte de los órganos del cuerpo. En otras palabras, ¿es posible pensar sin usar los sentidos? Su respuesta es negativa, con lo que quería significar que dependemos completamente de nuestros sentidos para poder realizar el acto de pensar. Percibimos a través de nuestros sentidos, lo percibido se convierte en recuerdos y, gradualmente, en experiencias. En última instancia, nuestra inteligencia, razonamiento e intuición, entran en juego.

La respiración y la vida misma

Deberíamos usar principalmente verbos al hablar de la vida. Los sustantivos son estáticos, mientras que los verbos se mueven; se mueven, como lo hace el ser humano, como lo hace nuestra respiración. Inhalamos y exhalamos, o, en palabras de Aadel Bülow-Hansen: dejamos entrar el aire, dejamos salir el aire. El componente crucial de la respiración, o

incluso de la vida en general, parece estar contenido en la palabra “dejar”. Dejar entrar y dejar salir, o dejar ir (soltar). Un elemento vital de la fisioterapia psicomotora noruega es apoyar a los pacientes en su proceso de inhalar, exhalar o soltar, e inculcarles la importancia de abrirse para dar a su respiración el espacio necesario. Al dejar salir el aire, o soltarlo, el estado de tensión corporal también puede reducirse a un estado más relajado. Ello explica el por qué decimos que la respiración puede liberar la tensión.

Estirar, abrir y liberar lo que ha estado agarrotado en el interior puede ser una tarea difícil, y también puede ser aterrador. Este proceso requiere una progresión lenta, requiere dar a la persona el tiempo necesario para reajustarse y acostumbrarse a una nueva forma de respirar, una nueva forma de moverse. Cuando el cuerpo comienza a moverse, la expresión que se ha perdido o reprimido se revitaliza en movimientos, emociones y palabras. Además, en correspondencia, la persona puede percibir que las nuevas formas de moverse influyen en una nueva forma de hablar.

Si el paciente sufre problemas emocionales graves, podría ser necesario consultar a un psicólogo o psiquiatra. La combinación de FPMN y psicoterapia suele ser fructífera.

La vida discurre en un cambio constante; vivimos acontecimientos difíciles, tensiones mentales, problemas, aflicción y ansiedad; nadie puede evitar las tensiones de la vida. Los sufrimientos mentales y corporales a menudo están entrelazados, así que ¿qué podemos hacer los fisioterapeutas psicomotores para ayudar a nuestros pacientes? Debemos buscar lo que se ha detenido, lo que se está reprimiendo: ¿es que se trata de los movimientos, las reacciones, las palabras o la respiración del paciente? Intentamos facilitar una forma diferente de moverse; ayudamos al paciente a redescubrir su respiración, movimientos y expresiones reprimidas. Quizás sea entonces cuando sus palabras y pensamientos se modifiquen un poco. Este cambio puede, a su vez, desencadenar nuevas respuestas no solo de la propia persona, sino también, a menudo, de su entorno.

Resumen

Es importante no forzar nunca un cambio radical a nuestros pacientes. La tensión es nuestra forma de protegernos. Cuando el paciente padece dolor y tensión intensos, debemos encontrar la posibilidad de inducir un cambio sutil; un cambio que marque una *diferencia apropiada*, es decir, un cambio manejable para el paciente. Con el tiempo, lo que realmente cuenta es la suma de todos los pequeños cambios sutiles: una ligera reducción de la tensión de los músculos flexores, un pequeño aumento de la extensión de la cadera, una ligera relajación de la tensión en el tórax, una mayor dependencia de la propia estructura esquelética, el abandonarse un poco más a la gravedad, una breve reflexión antes de hablar. Todos estos son cambios sutiles que, con el tiempo, pueden aliviar el dolor. También pueden ajustar la tensión corporal adecuadamente, cambios que permiten afrontar los desafíos de la vida cotidiana.

En la FPMN no comenzamos reduciendo simplemente el estado de tensión del paciente. Primeramente, trabajamos a menudo los pies y las piernas, realizamos movimientos y ayudamos al paciente a tomar conciencia de su tensión. Al mismo tiempo, trabajamos los músculos posturales en posiciones como estar de pie, caminar, sentarse o acostarse. Aadel Bülow-Hansen afirmaba: “Cuando los pacientes liberan una tensión excesiva, deben suplirlo con algo para compensar esta pérdida”. Esto puede llevar a un mayor estiramiento, a una mayor necesidad de estabilización y, quizás, a acceder a nuevos movimientos. Cuando los músculos flexores se relajan, se dará lugar a que se activen naturalmente los extensores correspondientes; estos extensores se fortalecerán simplemente con nuestras actividades diarias. A su vez, esto puede conducir a una forma de moverse y respirar que, con el tiempo, pueda aliviar tanto el dolor como la tensión.

La FPMN consiste en explorar nuestras propias reacciones y aprender a valorarlas y apreciarlas; consiste en despertar la conciencia de nuestros propios límites escuchando lo que nos dice el cuerpo. La persona puede sentirse gradualmente más segura y competente, siendo una consecuencia deseada un mayor respeto por sí misma y autoestima.

Acerca de los capítulos

Hemos ordenado los capítulos de este libro intencionadamente. De todos modos, cada capítulo se ha tratado de redactar para que pueda leerse en el orden que prefiera el lector.

El primer capítulo fue escrito por Alette Ottesen. Es el relato de una sesión de terapia psicomotora noruega, observando a un compañero de trabajo. Relata lo que ve y oye, sus pensamientos y reflexiones durante el proceso. El paciente es un joven con dolor de rodilla.

En el siguiente capítulo, escrito por Berit Ianssen, acompañamos a ella y a su paciente durante un año y medio de FPMN. Nos reencontramos con esta paciente poco después de finalizar la terapia. La paciente es una mujer derivada a FPMN por dolor de estómago.

Ingeborg Hanssen nos cuenta sus sesiones con una paciente poco comunicativa y que padece mucho dolor. Gradualmente, el dolor pudo remitir y la mujer se volvió más comunicativa.

Ingar Kvebæk nos cuenta su experiencia en una serie de tratamientos de FPMN con un niño en edad escolar con dificultades para leer y escribir. A medida que avanza la terapia, se produce un cambio, y con él, el niño comienza a recordar eventos significativos de su infancia.

Eli Rongved nos habla de una relación terapéutica que no funcionó y se interrumpió. Conoceremos la experiencia personal de Eli y sus reflexiones sobre lo sucedido y el por qué. Finalmente, atenderemos a sus nuevas reflexiones y su comprensión en retrospectiva, resultantes de las continuas conversaciones sobre el curso de los acontecimientos con los coautores de este libro.

Los dos capítulos de Gudrun Øvreberg completan la sección de casos clínicos. En el primer capítulo, conoceremos a Mai, quien padece muchas dolencias y sufre un dolor intenso. Observaremos de cerca a Mai, durante la terapia y después de ella. Øvreberg también nos ofrece algunas reflexiones generales sobre la FPMN. Tom Andersen escribe un relato posterior sobre el encuentro de los autores de este libro con Mai, algún tiempo después. El segundo capítulo de Gudrun Øvreberg trata

sobre el enfoque de la FPMN cuando los niños son los pacientes.

La segunda parte fue escrita por Tom Andersen, basándose en conversaciones y debates en el seno del grupo durante la elaboración de este libro, así como en innumerables reuniones a lo largo de los años. Reflexiona sobre el proceso continuo de la FPMN, lo que influye en el cambio, el por qué este no siempre se produce, y presenta al lector la expresión “apropiadamente inusual”. También menciona elementos significativos sobre el movimiento corporal y filosofa sobre el ser humano y la convivencia, tanto históricamente como en la práctica clínica.

Ingeborg Hanssen escribió el poema lírico *Anillos en el Agua*:

Anillos en el agua

Un suspiro bajo la mano abre una barrera

Libera y facilita la respiración

El aliento se extiende a nuevos espacios como anillos en el agua

Alette Ottesen

Una sesión de tratamiento

La fisioterapia psicomotora noruega (FPMN) normalmente se realiza en una sala con muebles sencillos. Una camilla, un taburete, algunos cojines, toallas, una colchoneta y espalderas: eso es todo lo que necesitamos. Muchos pacientes se sorprenden al ver que no tenemos aparatos eléctricos ni un estudio con un gran equipo de entrenamiento. Nuestro objetivo es restaurar la libertad y la naturalidad de los movimientos en cuerpos que generalmente carecen de elasticidad. Cuando el cuerpo ya está trabajando duro para controlar su propio peso, el entrenamiento adicional con pesas parece un poco fuera de lugar. El objetivo es que el paciente establezca o restablezca su propia libertad y facilidad de movimiento, antes de exponer su cuerpo a este tipo de tensión.

Una sesión de fisioterapia psicomotora noruega dura sesenta minutos. Cuando los pacientes acuden a su primera sesión, suelen contar el motivo de su visita, sus molestias previas, las molestias actuales, cómo se mueven, su estado muscular y su función respiratoria. La duración de esta conversación preliminar varía. Ocasionalmente, la conversación ocupa toda la primera reunión. Satisfacemos la necesidad del paciente de contar su propia historia. El examen corporal abarca todo el cuerpo; nunca se limita únicamente a las zonas con síntomas. Esta evaluación puede a veces extenderse a la segunda o tercera sesión. Le dedicamos el tiempo necesario.

Normalmente comenzamos cada sesión preguntando al paciente cómo se ha encontrado después de la sesión anterior. Queremos que sea más consciente de lo que sucede durante el tratamiento, inmediatamente

después y, sobre todo, entre una sesión y la siguiente. Esto no solo es importante para el paciente, sino también para nosotros, ya que esta información nos orienta sobre el enfoque que debemos elegir para la siguiente sesión.

Este diálogo es un elemento fundamental en la colaboración entre el paciente y el fisioterapeuta. Lo que el paciente nos exprese sobre sus experiencias entre cada sesión influirá en las decisiones que tomemos para la continuación de la terapia. En este sentido, al ser tan importantes las palabras del paciente, al mismo se le otorga mayor responsabilidad sobre su propio proceso, lo que a menudo contribuye a enriquecer la relación entre terapeuta y paciente.

Por lo tanto, cada sesión de tratamiento incluye elementos de conversación, movimientos y diversas técnicas de masaje. Elegimos nuestro enfoque según las señales que el cuerpo del paciente nos envía, aquí y ahora. Prestamos total atención a lo que sucede en el presente. Con respecto al dolor, la rigidez o la falta de flexibilidad, y la correlación entre la vida que llevamos y el cuerpo que habitamos, esperamos que el lector comprenda nuestra forma de pensar sobre estos temas a través de la lectura de este libro.

Al final de cada sesión, a los pacientes normalmente se les permite descansar en la camilla de tratamiento envueltos en una manta. El fisioterapeuta sale de la sala durante un par de minutos, permitiendo al paciente una completa tranquilidad. Tras este descanso, el paciente se pone de pie. Juntos podrán ver y sentir si la terapia de hoy ha marcado la diferencia. ¿Cómo se siente el paciente al final de la sesión? ¿Hay algún cambio en cuanto al dolor, la flexibilidad, el equilibrio y la estabilidad?

El reajuste de la musculatura y del patrón respiratorio lleva tiempo. Y debemos ser conscientes de este factor temporal. Es preciso permitir que los pacientes se tomen su tiempo para que el cambio se produzca. No es seguro que una terapia más frecuente produzca mejores resultados. No se trata de una solución rápida, sino de un proceso que lleva tiempo. Por lo tanto, la frecuencia máxima de las sesiones es de una hora a la semana. Posteriormente, los intervalos entre sesiones se prolongan a dos o más semanas, o podemos incluso hablar de meses.

No hay reglas sobre el número de sesiones de tratamiento que necesita el paciente. En algunos casos, de una a tres sesiones son suficientes para iniciar un proceso que el propio paciente puede continuar. Las sesiones pueden consistir en consejos sobre ejercicios, movimientos o posiciones que alivien el dolor, o para reajustar movimientos sobrecargados; o pueden tener como objetivo clarificar el problema y quizás recomendar la derivación del paciente a otros especialistas. En ocasiones, podemos concluir que el dolor del paciente no se origina por una musculatura tensa, o quizá que no es el momento adecuado para iniciar un proceso con el enfoque FPMN. En este último caso, esto puede deberse a diversas razones: su situación vital puede ser tan difícil que no le sea posible transformar su cuerpo en ese momento, pueden estar tan deteriorados que no estén listos para un proceso que les induzca al cambio, o simplemente quizá no estén motivados para este tipo de terapia. En estos casos, la pregunta es: ¿de quién surgió la idea de la FPMN en primer lugar?

Por otro lado, tenemos pacientes que reciben un seguimiento durante muchos años. Esto puede estar relacionado con la duración necesaria para que se produzca el cambio, o puede que se trate simplemente de un recordatorio ocasional, para “mantener el rumbo”, por así decirlo.

Observando una sesión de tratamiento

A continuación, describo la sesión en tiempo presente y ofrezco mi evaluación profesional. Mis observaciones durante la sesión servirán para reflexionar de forma más general sobre la Fisioterapia Psicomotora Noruega. También presentaré algunos ejercicios/movimientos sencillos.

No disponía de información sobre el paciente antes de esta sesión. Poco después, tuve una breve conversación con el fisioterapeuta y anoté mis propias observaciones. Posteriormente, contacté con el fisioterapeuta para conocer sus reflexiones tras la sesión.

Las diez en punto, un martes de abril

Un joven entra en la consulta. Nos damos la mano. Me siento en un taburete en la esquina más alejada de la camilla. El fisioterapeuta le pregunta

cómo se ha encontrado desde la última sesión. El paciente le comenta que después de la sesión había estado cansado y se había sentido placenteramente aletargado. Su respiración había mejorado y esta mejoría había durado dos o tres días. También le dice que ahora se despierta por la mañana y nota lo tensos que han estado sus músculos mientras dormía y lo cansado que siente su cuerpo. El paciente le comenta al fisioterapeuta que ha sido un deportista activo. Hace unos días había jugado un poco al fútbol. Después de unos tres minutos, su pulso se aceleró. “No entiendo qué me ha pasado, estoy acostumbrado a estar en buena forma”. El fisioterapeuta cree que el aumento repentino de la frecuencia cardíaca puede deberse a la rigidez de su tórax. Esta rigidez puede dificultar una ventilación satisfactoria, una condición que opone una gran resistencia a su función respiratoria. Esta condición parece ser más evidente cuando tiene frío. El paciente pregunta una vez más por qué se encuentra tan mal. El fisioterapeuta le contesta al paciente que se esfuerza demasiado. “Estás trabajando con el freno de mano puesto”.

La expresión “trabajando con el freno de mano puesto” ilustra adecuadamente una forma de entender la tensión muscular. El aumento de la tensión muscular dificulta el movimiento natural de cualquier articulación, incluyendo el pecho, el estómago y la garganta, lo que significa que hay que aplicar mucha más fuerza, “dar más energía” para crear movimiento. Sin embargo, a pesar de todo el esfuerzo, el cuerpo no “se mueve” naturalmente. Nos quedamos sin aliento, necesitamos más aire; como un coche que se queda sin gasolina. Un exceso de esfuerzo como este creará con el tiempo desgaste en el cuerpo. Incluso mientras se duerme, el “freno de mano” del cuerpo puede estar puesto. En este caso, la persona se despertará por la mañana con cansancio en el cuerpo, como si hubiera estado trabajando duro durante la noche. La tensión muscular, o en nuestra metáfora, el freno de mano, es sin duda un trabajo duro; un trabajo que a menudo se realiza sin que la persona sea consciente de ello.

El fisioterapeuta me dice que la metáfora del freno de mano transmite a la gente una sensación inmediata de desperdicio absoluto; los frenos

están desgastados, el motor está desgastado y exige cada vez más esfuerzo. Es una forma mecánica de pensar, pero nos permite comprender el simple hecho de que, independientemente de la causa, así es como funciona nuestro mecanismo. La tensión no solo causa dolor, sino que también interfiere con la capacidad de moverse con libertad y facilidad.

P: paciente. F: fisioterapeuta.

P: Cuando empiezan los problemas respiratorios, me inquieto. Me molesta tener este tipo de problema; no debería ser así.

F: ¿Cómo ves estos problemas ahora en comparación con antes de empezar con la FPMN?

P: Posiblemente hayan empeorado ahora.

F: ¿Y las piernas?

P: Las siento mejor, pero me duelen las rodillas después del entrenamiento. Me puedo sentir mareado tras el tratamiento. No estoy muy activo ahora, así que estoy ganando peso. Esto me incomoda y he empezado a apretar el estómago.

F: Tu musculatura está cambiando. Intenta conformarte con menos entrenamiento hasta que puedas moverte de forma más relajada. El movimiento te sienta bien, así que camina, ve a nadar, pero evita el entrenamiento intenso.

P: Ya no soy tan intenso en lo que hago como era antes.

Esta conversación preliminar dura unos 15 minutos. Percibo un ambiente agradable, un grato diálogo entre el fisioterapeuta y el paciente. ¿Qué es lo que veo y oigo que me dé esa sensación? El paciente puede hablar y el fisioterapeuta escucha con mucha atención, sin interrumpirlo. El paciente parece apreciar que le miren y escuchen. El paciente y el fisioterapeuta parecen estar en buena sintonía; ambos tienen aproximadamente la misma edad y son del mismo sexo. Para mí, este es un grato encuentro entre dos personas con roles diferentes.

El fisioterapeuta opina que el hecho de que él y el paciente tengan la misma edad es un factor que podría contribuir a este ambiente agrada-

ble. Permite al fisioterapeuta ponerse en el lugar del cuerpo del paciente, como si fuera el suyo; es como si el fisioterapeuta pudiera percibir su tensión y, por lo tanto, entender de alguna manera su malestar.

El paciente recibió muchas experiencias significativas y varias revelaciones durante el examen; sintió que probablemente podría beneficiarse de la FPMN. Este tipo de tratamiento le llegó a parecer lógico. Descubrió que era de gran importancia lo que sucedía durante las sesiones. Se cansaba, se le movía. Al principio, solo se centraba en su rodilla. Posteriormente, se dio cuenta de que el trabajo que realizaban afectaba a todo su cuerpo. Se le permitió hablar de la rodilla, se le dio tiempo y, después de un rato, empezó a hablar de otras cuestiones.

El fisioterapeuta me comenta posteriormente que el paciente había sido derivado a él por dolor de rodilla. Es bastante inusual que pacientes con este tipo de problema sean derivados a la FPMN. Después del primer examen, el paciente empezó a hablar de sus problemas respiratorios. Estos habían comenzado poco después de separarse de su novia, un tema del que hablaba abiertamente. El paciente presentía que podría haber algún tipo de conexión entre esto y sus problemas respiratorios.

Dado que el paciente parecía responder bien al tratamiento, el fisioterapeuta le indicó que empezara a trabajar directamente en la relajación de la respiración. El paciente liberaba fácilmente sus tensiones, era espontáneo tanto en sus comentarios como en la respuesta respiratoria, pero también experimentaba un aumento de sus problemas respiratorios. El paciente no estaba “en guardia”, como decimos, quiero decir, su respiración y musculatura respondían libremente al tratamiento aplicado. El fisioterapeuta reflexionó sobre lo siguiente: ¿debería haber trabajado más en las piernas del paciente antes de que se enfrentara tanto a su patrón respiratorio? Pero al mismo tiempo, el paciente estaba muy en contacto con el proceso que ocurría en su cuerpo; se sentía muy vivo. Por ello, el fisioterapeuta no vio motivo alguno para reajustar por entonces el tratamiento.

Acerca del entrenamiento

La FPMN puede representar una nueva y desconocida forma de pensar para pacientes acostumbrados a ejercicios de alta intensidad que requieren potencia bruta, para aquellos que funcionan con un patrón fijo de movimientos. El fisioterapeuta siempre debe individualizar su enfoque. En todos los sentidos, el fisioterapeuta debe aspirar a que el tratamiento sea adecuadamente inusual, como lo describe Tom Andersen.

Con frecuencia, observamos que quienes ya hacen mucho ejercicio suelen aumentar la cantidad de entrenamiento cuando sus cuerpos se “descarrían”, por así decirlo. Creen que hacer más de lo que ya hacen es la clave para la recuperación, ya sea que tengan problemas respiratorios, dolor de espalda o dolor de cadera. “Solo necesito entrenar más fuerte, pues entonces los problemas desaparecerán”, dicen, y en algunos casos eso ciertamente puede suceder... Sin embargo, en estados de mayor tensión, a menudo observamos que cuando continúan moviéndose con el mismo patrón tenso, e incluso cuando acentúan la intensidad del movimiento, los problemas aumentan en lugar de aliviarse. Hay que hacer algo nuevo, algo *adecuadamente diferente*, algo que se desvíe de las pautas de movimiento habituales y que se han vuelto tan problemáticas. ¿Puede ser rápida y fuerte una persona tensa? Sí, probablemente lo pueda, pero, por otro lado, puesto que sabemos que la tensión dificulta los movimientos, un entrenamiento intensivo sin duda dará peores resultados de los esperados. La tensión limita el resultado del entrenamiento; el funcionamiento de los músculos tensos nunca puede ser óptimo en cuanto a fuerza y resistencia. Al movernos como la naturaleza nos dispuso originalmente, la función muscular y el peso articular se distribuirán perfectamente por todo el cuerpo.

Tratamiento en posición vertical

El paciente está de pie en el suelo. El fisioterapeuta trabaja la tensión en los glúteos y alrededor de las rótulas de ambas piernas e indica que los músculos del paciente están tensos y que las rótulas no parecen moverse libremente.

El fisioterapeuta da instrucciones y el paciente explora los ejercicios tanto de pie como sentado en el borde de la camilla. El paciente se concentra al realizar estos movimientos. El fisioterapeuta coloca las manos sobre el paciente y guía suavemente sus movimientos; los músculos implicados en estos movimientos no están acostumbrados a este tipo de trabajo. El fisioterapeuta alterna entre las acciones de guiar estos movimientos, y masajear y palpar los músculos que necesitan relajación. Mientras el paciente está sentado en la camilla, el fisioterapeuta masajea los músculos del muslo e indica que el muslo izquierdo está más rígido que el derecho.

Intenta sentarte completamente sobre los glúteos y mantén los pies en el suelo. Le dice. Separa las rodillas y muévelas con un movimiento de vaivén. El objetivo de este ejercicio es invitarte a experimentar una sensación de relajación en las caderas. Sentarse así puede explorar lo que está sucediendo en la región de la cadera y la pelvis.

El objetivo de este ejercicio es generar una respuesta de relajación en las caderas; esto permitirá que la respiración fluya más profundamente hacia la región abdominal y se abra una circulación más libre a través de la pelvis y hacia las piernas. ¿Influye este ejercicio en mi función respiratoria? ¿Influye en la temperatura de mis piernas? ¿Hay algún movimiento en mi zona lumbar o en mi abdomen?

Para poder responder a estas preguntas, es necesario ser consciente del propio cuerpo, de sus sutiles movimientos y funciones. Es fácil sentirse cansado después de correr o de haber hecho ejercicios tradicionales para la espalda, el abdomen y los muslos. Sin embargo, dejarse influir simplemente por pequeños y ligeros movimientos o aceptar una sensación de relajación mediante movimientos “de balanceo” puede ser un desafío mayor. Puede ser difícil, pero este es un conocimiento corporal crucial, el que reconoce la famosa frase: menos es más. Se trata de escuchar a tu cuerpo y hacer lo que te dice. Nadie más que tú puede sentir tu dolor, tu cansancio, tus límites.

El paciente se pone de pie y el fisioterapeuta fija su atención en algún cambio que pueda aparecer. La tensión en los glúteos persiste y el fisioterapeuta cree que esto puede deberse a que los músculos de la pantorrilla son demasiado cortos y tensos. A continuación, se le muestra al paciente un ejercicio sencillo para estirarlos. Coloca los antepiés sobre un libro grueso y, con las rodillas rectas, empuja los talones hacia el suelo. ¡Cualquier libro grueso o un umbral alto puede funcionar perfectamente como “aparato de entrenamiento”! Se estirarán los músculos de la pantorrilla, enviando un impulso de estiramiento al resto del cuerpo. Esto, a su vez, puede inducir una respuesta respiratoria. Se anima al paciente a realizar este ejercicio en casa.

Ejercicios en casa

Los ejercicios en casa suelen ser un elemento importante de la FPMN. Al principio, el paciente solo tiene que practicar uno o dos ejercicios entre cada sesión. Con el tiempo, puede que llegue a disfrutar haciéndolos. Al liberar la tensión, el paciente puede experimentar conscientemente sus propias reacciones y sensaciones. Estos ejercicios o movimientos están diseñados para adaptarse a las situaciones de la vida cotidiana. Al practicarlos y familiarizarse con ellos, se pueden aplicar ejercicios específicos espontáneamente cuando se siente que la tensión se vuelve a acumular. En cierta medida, esto permite a la persona abordar sus propios problemas de salud. Se le permite asumir la responsabilidad de su propia vida, permitiéndole actuar cuando comienzan los problemas respiratorios o cuando las piernas empiezan a temblar. Los pacientes con tensión mandibular pueden entonces romper el patrón de tensión simplemente meneando la mandíbula y moviendo la lengua. A menudo, le sigue una respiración profunda, lo que puede desencadenar un impulso que activa una respuesta de relajación. La tensión constante en los músculos mandibulares se libera por un tiempo. Se podría decir que uno de los principios de la FPMN se expresa en las siguientes tres etapas: mover, estirar y soltar.

Tratamiento en posición sentada

Se le pide al paciente que se siente en un taburete y balancee suavemente las piernas, separándolas y juntándolas.

P: Un cuerpo de 28 años como el mío no debería estar así. Paso tanto tiempo en el sofá relajándome, y aun así...

F: Como dijiste, no te sientes descansado después de dormir. Probablemente estés trabajando a tope todo el tiempo, gastando mucha energía.

P: Balancear las piernas me da una sensación agradable, es relajante.

El paciente se sienta en un taburete mientras el fisioterapeuta masajea los músculos de los glúteos y le ayuda a balancear las piernas. El fisioterapeuta le pide que se incline hacia adelante; que baje primero la cabeza y luego que la espalda lo siga. El paciente mantiene la cabeza sujeta; si la suelta, como se le ha indicado, le genera dolor de espalda. El fisioterapeuta le dice que probablemente sujeta la cabeza inconscientemente para evitar el dolor. Luego trabajan juntos, y el paciente intenta dejar caer la cabeza sin empujar la región lumbar hacia atrás. Intenta dejar que se relaje el cuello y la parte superior del cuerpo, y que se incline hacia adelante, a la vez que tiene en cuenta la respiración. El fisioterapeuta observa que la espalda cede porque el paciente libera la tensión abdominal. El fisioterapeuta revisa de nuevo los músculos de los glúteos. Revisa repetidamente, comprobando si hay cambios, para determinar si puede continuar trabajando los mismos grupos musculares.

Tratamiento en decúbito prono

El paciente se recuesta boca abajo sobre la camilla. El fisioterapeuta balancea ligeramente las piernas, empuja los glúteos hacia abajo con una mano plana sobre el músculo glúteo mayor y la otra, también plana, sigue los movimientos del torso. Esta mano, que está sobre el torso, se mueve ligeramente.

F: ¿Cómo te sientes con lo que estoy haciendo ahora?

P: Para mí es un cambio describir cómo me siento; no estoy acostumbrado y me resulta complicado.

F: ¿Qué opinas de que te haga estas preguntas?

P: Me parece un poco raro. Los hombres no estamos acostumbrados a esto. Pero veo la conexión y entiendo por qué lo preguntas. Se trata de eso de “ser bueno contigo mismo”. El paciente se ríe.

Puede resultar difícil estimular los movimientos finos y sutiles propios, y sin duda puede complicar el asunto tener que prestar atención a la respuesta propia mientras el terapeuta te mueve y masajea. Y aún más extraño y difícil es encontrar las palabras para describir cómo se siente. El paciente usa la palabra “cambio”. De esto trata lo que el terapeuta y el paciente trabajan conjuntamente. Cuando trabajamos de esta manera, a menudo descubrimos que el cambio se produce a diferentes niveles. El reajuste corporal puede alterar la forma de hablar, de qué se habla, y cómo se expresa. Este paciente dice que no está acostumbrado, “le parece un poco raro”; esto describe con precisión cómo se siente realmente el reajuste. Cuanto más tensionados estemos, es decir, en nuestros músculos, nuestra respiración y nuestros movimientos, más torpes o incómodos nos puede hacer sentir este nuevo estado corporal.

F: Veo que la tensión en los músculos de tu espalda ha cambiado.

P: Fue genial, la primera vez, cuando me dijiste que eran unos de los músculos de la espalda más fuertes que habías visto jamás.

F: Y ahora los estamos soltando...

El paciente se vuelve locuaz. Se dirige hacia mí; me invita, al observador, a la conversación. Respondo a sus preguntas sobre mi lugar de origen. Mientras hablamos, el fisioterapeuta deja de trabajar con las manos y se hace a un lado. El paciente deja de hablar cuando yo termino de responder. Con esta acción, el fisioterapeuta me deja claro que no quiere distraer al paciente. Retira las manos y se hace a un lado, y creo que es este gesto el que hace que el paciente deje de hablarme. El fisioterapeuta

continúa tocando la espalda del paciente con calma, trabajando los omóplatos para impulsarle a abrir la respiración. La fisioterapia psicomotora requiere concentración. Se requieren salas cerradas sin música, sin teléfonos ni distracciones.

Tratamiento: Sentado en la camilla y en decúbito supino

El paciente se sienta en la camilla, con las piernas lo más estiradas posible. Sigue las instrucciones del fisioterapeuta: deja caer la cabeza hacia adelante, luego la parte superior del cuerpo y, al mismo tiempo, mantiene las rodillas extendidas. En esta posición inclinada hacia adelante, se estira la musculatura de toda la parte posterior del cuerpo.

Luego el paciente se gira hacia atrás hasta quedar tendido boca arriba. El fisioterapeuta dobla las piernas del paciente hacia el estómago y presiona firmemente la región lumbar sobre la camilla. Ahora, el paciente bosteza profundamente. Recuerda que solía sentir molestias en la garganta cuando estaba boca arriba en esa posición. Ahora se siente mejor.

La región lumbar de la espalda descansa sobre la camilla, con una toalla doblada debajo para crear una mayor superficie de apoyo; esto es fundamental y se explicará a continuación. Al estar de pie, la planta de los pies representa la superficie de apoyo, al igual que el glúteo mayor al sentarse y, al acostarse boca arriba, el apoyo lo proporcionan el torso, la espalda, el glúteo mayor, los brazos y las piernas. Se podría decir que lo contrario de una buena superficie de apoyo es similar a “sentarse o acostarse sobre la punta de una aguja”, es decir, tocar la superficie solo en algunos puntos. Esta reducida superficie de apoyo puede afectar nuestra capacidad para ceder completamente a la fuerza de la gravedad y dificultar la relajación óptima de los músculos y la respiración libre.

El fisioterapeuta masajea los músculos de la pantorrilla.

P: Ya no me duele tanto. Los músculos de mis pantorrillas están completamente sobredimensionados, probablemente debido a todos los diferentes deportes que he practicado a lo largo de los años: gimnasia, fútbol, tenis y balonmano.

Ahora se le indica al paciente un nuevo ejercicio. Se le pide que contraiga la musculatura del muslo; al hacerlo, la rótula se eleva hacia arriba, en dirección a la cadera. Debe prestar atención a lo que sucede al hacerlo.

Mece suavemente la pierna estirada y siente con los dedos la posición de la rótula. Al contraer los músculos del muslo, la rodilla se estira y la rótula se eleva. ¿Sientes la diferencia entre sujetar y soltar? ¿Se tuerce la pierna hacia adentro? ¿Se aprietan los glúteos? ¿Se levantan los dedos de los pies? De esta manera, se pueden percibir pequeños pero significativos matices. Trabajar solo la musculatura del muslo requiere poco esfuerzo.

Este ejercicio puede ser útil, especialmente para quienes sienten las piernas débiles y temblorosas, o para quienes sufren de dolor de rodilla. El ejercicio se puede realizar en varias posiciones, pero la más fácil es en una posición con apoyo, por ejemplo, sentado en el suelo con una pierna flexionada y la otra estirada. Ahora el fisioterapeuta sujeta una pierna del paciente, flexionándola por la cadera y la rodilla. El paciente intenta permanecer pasivo; pasivo significa transferir todo el peso de la pierna al fisioterapeuta.

P: Siento que me suelto, recuerdo cómo lo hice la primera vez. El paciente lo muestra.

El fisioterapeuta repite el ejercicio con la otra pierna.

F: Parece que ahora sueltas más la pierna.

P: Yo mismo lo noto. Las piernas están como de gelatina.

F: ¿Estás ahora cómodamente acostado?

P: Estoy cómodo. Siento un poco de opresión en la garganta.

F: Entonces puedes girarte hacia un lado.

El paciente se coloca de lado, acerca las piernas al pecho, adoptando una posición similar a la fetal, y se balancea ligeramente.

P: No, estaba mejor boca arriba.

F: Bien, vuélvete de nuevo.

La dinámica de la FPMN

La dinámica de la FPMN implica que el paciente cambia con frecuencia de posición: se pone de pie, se sienta en un taburete, se sienta en el borde de la camilla, se sienta sobre la camilla, se tumba boca abajo y se tumba boca arriba. El fisioterapeuta cambia de un grupo muscular a otro, pero a menudo vuelve al grupo anterior antes de pasar al siguiente. Alterna entre movimientos activos y pasivos. Alterna entre observar, sentir y percibir al paciente mientras este se concentra en cómo le afecta, y el paciente observa y siente los movimientos del terapeuta. Se alterna entre el silencio y la conversación natural.

La forma en que se producen estas alternancias varía de una sesión a otra, de un paciente a otro y, por supuesto, de un fisioterapeuta a otro. El factor tiempo es un elemento importante en la dinámica de la FPMN. El paciente puede realizar un movimiento a diferentes ritmos: un movimiento puede realizarse rápidamente, otro lentamente. El número de repeticiones también varía: una, varias veces. ¿Debe el fisioterapeuta masajear ahora o esperar, decir algo ahora o esperar? Hay una reflexión constante sobre cuál ha de ser el siguiente paso.

La FPMN no es un método estandarizado

La FPMN requiere que la terapia aplicada se reajuste continuamente, prestando siempre atención a las reacciones que surjan. No es un método estandarizado y no existe una única forma de realizar una sesión. La respiración del paciente y sus respuestas/reacciones a lo dicho y hecho son las que sientan las bases para el siguiente paso. Muchos son los enfoques que pueden influir en el cambio.

Una condición previa para el diálogo es animar a los pacientes a prestar atención a lo que sucede en su cuerpo, y que puedan expresar con palabras su nuevo estado de consciencia y reflexiones. Estos elementos pueden ser de gran importancia para el progreso de la terapia; también

servirán como guías que influirán en cómo decide continuar el fisioterapeuta. En consecuencia, los pacientes pueden experimentar que sus propios sentimientos son importantes, que lo que dicen es importante, y que tiene importancia tanto para ellos mismos como para su entorno. En otras palabras, aprenden a confiar en sí mismos y en sus propios sentimientos. Esto ilustra la dinámica y el sentido de mutualidad entre paciente y terapeuta, y cómo influye en la calidad de su “trabajo en equipo”. Se anima a los pacientes a hablar cuando algo les resulta demasiado incómodo, doloroso o inusual. Se trata de aprender a establecer sus propios límites y, no menos importante, a expresarlos a los demás. Muchos pacientes relatan que este es un conocimiento que les resulta inestimable, y que aprenderlo a menudo les conduce a un cambio positivo en su vida cotidiana.

Descansando

Han transcurrido cincuenta minutos de la sesión de una hora. El fisioterapeuta cubre al paciente con una manta, se atenúan las luces y el fisioterapeuta y yo salimos de la habitación. El paciente descansa unos cinco minutos y volvemos a entrar.

Finalización de la sesión

El paciente se da un buen estiramiento.

P: Qué buen descanso.

F: ¿Cómo respiras?

P: Siento como si algo me estuviera pasando en el estómago. Al principio, nunca habría conseguido acostarme así.

El paciente se incorpora fácilmente para sentarse en la camilla.

P: Ahora noto cómo aguanto la respiración en muchas situaciones.

F: Qué bien. Todos aguantamos la respiración cuando las situaciones de la vida son amenazantes. Cuando notes esto, recuerda soltarla cuando estés “fuera de peligro”. Quizás puedas usar esto en otras situaciones.

La sesión está llegando a su fin y el paciente se pone de pie. El fisioterapeuta comenta que se pone de pie con más facilidad y más relajado, y al revisar las rótulas, dice que ahora puede moverlas con más libertad que antes. El paciente estira los músculos de las pantorrillas y el fisioterapeuta insiste en la importancia de realizar este ejercicio en casa con regularidad.

El paciente se viste. Se programa una nueva cita para dentro de dos semanas.

Palabras finales

El paciente fue derivado a FPMN por dolor de rodilla. Durante la sesión, se mencionaron otras molestias: un aumento incómodo de la frecuencia cardíaca, problemas respiratorios y cansancio incluso después de una buena noche de sueño. Además, relató molestias relacionadas directamente con el tratamiento. En este paciente, la tensión muscular no se limitaba solo a la zona dolorida de la rodilla; el equilibrio de todo el cuerpo estaba alterado. Otro principio de la FPMN consiste en comprender la interacción total del cuerpo, entre sus puntos específicos y el cuerpo en su conjunto; incluyendo cada componente y cada dimensión que existe dentro del cuerpo, así como la existencia del cuerpo en el mundo.

Un concepto central en la fisioterapia psicomotora es cómo el dolor y la tensión muscular afectan y restringen la respiración, y cómo esto aumenta el estado de tensión en grupos musculares enteros, mientras que otros quedan poco estimulados. El alcance del movimiento se ve restringido, al igual que la capacidad de moverse libremente. Esto influye y se ve influido por nuestro estado general de salud, en todas las dimensiones, emocionales y físicas.

El tratamiento FPMN no ofrece una solución fácil de ningún problema. Reajustar el cuerpo es un proceso exigente y constituye un desafío.

No obstante, muchos son los que encuentran que esta terapia es apasionante y provechosa, que amplía su repertorio de movimientos, reabre sus sentidos y les ayuda a buscar otras formas de estar presentes y vivos en el mundo. Si el movimiento, la respiración y las palabras se bloquean o paralizan, a menudo surgen el dolor y otras molestias como consecuencia de este estado. Un paciente observó: “Siento como si hubiera emprendido un viaje en mi propio cuerpo”.

Durante el tratamiento, pueden despertarse recuerdos corporales. El paciente experimenta ahora algo que está conectado con situaciones del pasado. Se concentra en la calidad de los diversos movimientos y en cómo se sienten ahora en comparación al pasado. Deja espacio a recuerdos, emociones y nuevas imágenes. Los recuerdos corporales de dolor y de experiencias como consecuencia del cambio corporal pueden resultar importantes para el proceso y el progreso de la terapia. Al paciente se le permite estar más familiarizado con su propio cuerpo y sus reacciones corporales mediante la reflexión y las conversaciones con el fisioterapeuta. Los recuerdos y el dolor a menudo se conectan con ciertas partes del cuerpo, y pueden resurgir al trabajar en ellas.

Nuestra tarea como profesionales es descubrir aquello que se ha paralizado o bloqueado, y luego buscar su ubicación. Intentamos inducir un cambio en estrecha colaboración con el paciente. No podemos meramente eliminar el malestar, ni podemos tomar el control del paciente, ni mucho menos asignarle todo el peso de la responsabilidad. Trabajamos juntos hacia un reajuste, un cambio corporal. Y a medida que el cuerpo se transforma, también lo hará la persona, como una consecuencia natural e inexorable.

Berit Ianssen

Diálogo corporal

Comencé a escribir esta historia sobre Eva poco después de nuestro primer encuentro. Su médico me la había derivado para que realizara fisioterapia psicomotora, y no tuvo que esperar mucho tiempo para su primera cita en mi clínica. Ella misma hizo la primera llamada; fue idea suya porque había oído hablar de este tipo de terapia a través de amigos y estaba interesada. Yo estaba buscando a alguien sobre quien escribir para este libro; mi mente estaba totalmente abierta respecto a la persona y el tema del que trataría. Aunque no conocía a Eva, había varios elementos en sus síntomas que me llamaron la atención, pero ni su historia ni sus síntomas eran abrumadores. No sufría dolores musculares, solamente gastritis, así que esto fue inusual e interesante. Después de nuestro primer encuentro, tuve la sensación de que lograríamos algo juntas, y esto me motivó mucho a escribir sobre Eva en el presente libro.

Nunca le insté a que tomara notas personales sobre su propio proceso durante la terapia, aunque ciertamente desearía haberlo hecho, pero me temía que esto pudiera arruinar el proceso, y que ella se sintiera presionada por lograr ese objetivo, así que esta consideración me impidió pedírselo. Afortunadamente, ella sí que escribía un diario; me lo contó hacia la mitad del tratamiento. Tiempo después, antes de las vacaciones de verano, le expuse la idea de este libro y le pregunté si consideraría contribuir con material de su diario. Unos meses después, me trajo un extracto de su diario, que se ha incorporado al texto como “Diario de la paciente”. Posteriormente nos reunimos para ajustar y aclarar lo que habíamos escrito juntas. Extractos de esta conversación posterior a la terapia se presentan en cursiva a lo largo del capítulo.

Cuando dos personas se conocen, surgen conversaciones. Lo que sucede entre dos personas a veces es difícil de expresar con palabras. Cada encuentro es un diálogo entre cuerpos. Cuando dos seres humanos se encuentran, como en el caso de esta historia, surge una riqueza de signos y símbolos en esa interacción. Esta interacción entre dos seres humanos, entre dos cuerpos, puede ser demasiado compleja para expresarla con palabras. El siguiente relato intenta comprender lo sucedido; se trata de mis pensamientos y reflexiones según lo que vi, oí y sentí; Eva comparte sus propias experiencias.

Primera sesión – enero

Eva está casada con Hans, tienen hijos adolescentes y trabaja en una escuela. Su médico la derivó a fisioterapia psicomotora debido a molestias estomacales inducidas por el estrés. De todas formas, tuvo algunos problemas de cuello y hombros cuando sus hijos eran pequeños. Después de quedarse en casa durante varios años mientras sus hijos crecían, Eva volvió a su trabajo en el colegio. Fue entonces cuando comenzaron sus problemas de gastritis. Estas dolencias aparecían y desaparecían a lo largo de los últimos diez años, resultando siempre más graves durante las vacaciones. Llegaron a su punto máximo la primavera pasada, y fue hospitalizada. Se sospechó que tenía una úlcera estomacal, lo cual se confirmó cuando los médicos descubrieron una pequeña úlcera en la parte superior del estómago. La región alrededor del diafragma parece ser la principal fuente de dolor, y sufre de hiperacidez. Nunca se siente cansada, al menos hasta que está completamente agotada. Desea aprender a detenerse antes de llegar a ese extremo.

La historia sobre el funcionamiento y las dolencias de su cuerpo

Sus pies suelen estar fríos y sudan mucho. Sus piernas están inquietas; tiene que moverlas constantemente. La menstruación, la digestión y la

vejiga funcionan con regularidad y aparentemente no se ven afectadas por el estrés. Nunca ha tenido ningún tipo de dolor de espalda. Sus axilas suelen sudar, sobre todo desde la mañana hasta el mediodía, y esto no cambia, esté o no estresada. Últimamente se ha quejado de una ligera sensación de opresión en el pecho. Hace muchos años a veces padecía de dolor de cabeza, pero no en los últimos diez años. Duerme bien y se lleva perfectamente bien con su familia. Le dan energía.

Lo que veo y mis reflexiones tras nuestra primera reunión

Observo que Eva se mueve con facilidad al entrar en mi habitación y se acomoda en el taburete mientras hablamos al principio de la sesión. Mantiene un contacto visual firme, es abierta y se explica con claridad. En resumen, parece sentirse perfectamente cómoda. Se desviste y observo cómo se mantiene de pie erguida. Su peso se distribuye uniformemente por la línea media del cuerpo. Me agacho y compruebo la movilidad de sus rótulas. La izquierda se mueve libremente, la derecha está un poco atascada. Le pido que contraiga y afloje las rótulas (utilizando los cuádriceps) y lo hace sin dificultad. También observo que su respiración es regular y abdominal. Esta sencilla evaluación me revela algunas cosas sobre la función corporal de Eva y que su cuerpo parece proporcionar una buena base para el inicio de la fisioterapia psicomotora.

Luego, sentada en el taburete, la dejo caer hacia adelante, primero la cabeza, luego el pecho y el resto de la espalda. Su cuello se relaja con facilidad, al igual que la parte superior del tórax. Idealmente, en esta posición, debería haber una curva uniforme desde el cuello hasta la columna lumbar. En la espalda de Eva noto una ligera ondulación en la zona inferior del tórax, justo detrás de donde le afecta la gastritis. Su columna lumbar está casi recta, lo que indica cierta rigidez allí. Eva se tumba en la camilla en decúbito prono. Le cubro las piernas con una manta para que conserve el calor y no se sienta tan desnuda. Me parece que descansa cómodamente en esta posición. Durante un rato,

simplemente permanezco a su lado, tocándole suavemente la espalda y la parte superior de los glúteos. Esto es para sentirla, para tenerla “en mis manos”, por así decirlo, e igualmente importante: para que se familiarice con mis manos. De esta sencilla manera, nos conocemos. Este es un momento importante en nuestro primer encuentro; mis manos y su piel se encuentran por primera vez. No busco nada en particular, ni músculos tensos ni flácidos. Lo único que hago es tocarle la espalda con las manos abiertas, con calma y a un ritmo constante, en un diálogo sensible con su piel, músculos, movimientos y respiración. Ella y yo intentamos entablar un diálogo adecuado para ambas; debemos encontrar nuestro ritmo mutuo.

Ahora empiezo a examinar los músculos que le cubren el tórax y subo hacia la cintura escapular. Los músculos de la parte inferior del tórax están un poco firmes, pero por lo demás están en buen estado y suaves. Intento levantarle el omóplato, separándolo un poco del tórax. Idealmente, esto se puede hacer con facilidad, pero Eva siente como si el tórax le hubiera succionado el omóplato. Le pido que se incorpore para sentarse con las piernas apoyadas en la camilla. Esto nos permite una pequeña pausa; voy a buscar un par de toallas. Hago dos rollos con ellas: uno para apoyar la columna lumbar y otro para el cuello.

Dejo que Eva se acomode un poco, y se fija en cómo se siente después de que le haya trabajado la espalda. No hablamos mucho; ambas estamos absortas en nuestro encuentro, nuestro primer diálogo corporal. Se tumba en la camilla en decúbito supino y le coloco las toallas enrolladas bajo el cuello y la columna lumbar para que descansa cómodamente. Primero, examino mediante palpación los músculos de la pantorrilla y el cuádriceps. Se ven fuertes, elásticos y suaves. Le muevo las piernas y le pido que no participe, que me deje moverlas pasivamente. Ofrece un poco de resistencia; no me transfiere todo el peso de sus piernas. Es perfectamente normal, al ser la primera exploración. Sin embargo, lo anoto mentalmente, ya que hasta el momento hay pocos hallazgos. Me siento en un taburete a la cabecera de la camilla para evaluarle la cabeza, cuello y cara.

Durante esta evaluación preliminar, observo atentamente el movi-

miento y el ritmo de su respiración. Observo la respiración y escucho sus sonidos. Mis manos lo perciben cuando coloco una mano abierta sobre su espalda, su pecho o sus glúteos. Apenas soy consciente de ello, simplemente siento y observo con mis manos, sin vincular mis pensamientos con las observaciones, fruto de muchos años de experiencia en este campo. Todo lo que veo, oigo y siento durante una sesión es mi guía, y a través de ella recibo orientación sobre cómo proceder. Necesito estar alerta y, al mismo tiempo, relajada en este tipo de diálogo. Así es como se permite el cambio.

Estoy a la altura de su cabeza, ella está boca arriba con una sábana cubriéndola justo por encima del pecho. Si una paciente se relaja durante una sesión, puede enfriarse, lo que automáticamente aumenta la tensión muscular. Intuyo que Eva todavía podría tener algo de frío, así que la arropo con una manta de lana. Las luces se atenúan para que sus ojos descansen. Apoyo su cabeza en una de mis manos y, con la otra, examino los músculos de su cuello y garganta. Son suaves, lisos y resistentes. Me dirijo a los músculos de la cara, responsables de su expresión facial, y le pido que mueva la mandíbula mientras le toco suavemente la frente. Hasta ahora, todo ha estado perfectamente bien. Mi mirada se posa en su vientre y su pecho. Es importante no ser intrusivo; no debe tener la sensación de ser observada. Por eso es perfecto sentarse cerca de la cabeza; esto me da una visión completa, pero discreta, de su respiración mientras está tumbada en esta posición relajada. Observo atentamente sus movimientos respiratorios. Idealmente, la respiración debería comenzar en la zona abdominal, con un ritmo lento y uniforme, y luego extenderse hacia arriba, llenando el pecho en mayor o menor cuantía según esté bostezando, estirándose o reaccionando a alguna incitación desagradable. La respiración de Eva permanece en su abdomen; no va más allá de la zona de su dolor de gastritis.

La evaluación de hoy ha terminado. Eva parece estar cómoda tumbada, así que le doy unos minutos más mientras le proporciono un breve resumen de lo que he observado y sentido con las manos. Se levanta, se viste, programamos una nueva cita para una semana después y sale de

la consulta. Le digo que intente anotar cómo se siente inmediatamente después de la sesión, durante el resto del día y en los dos días siguientes. Nuestra primera sesión duró 60 minutos.

Resumen

Eva se mueve con facilidad, mantiene un contacto visual firme y se expresa con claridad. Sus molestias son: dolor en la zona del diafragma y una sensación de opresión y constricción en el pecho. Se muestra un poco reacia a que la muevan pasivamente. Su respiración se detiene a la altura del diafragma y sus omóplatos están tensos contra la caja torácica. Tiene la espalda baja un poco rígida y los músculos de la zona inferior del tórax están tensos. Esta zona corresponde al lugar donde siente dolor por la gastritis. Su sudoración (en pies y axilas) indica algún tipo de desequilibrio en su sistema nervioso autónomo. Aparte de esto, hay pocos hallazgos, y parece estar sana tanto en músculos como en movimientos. En mi opinión, la FPMN debería venirle perfectamente.

Extracto de su diario, la semana siguiente a nuestra primera reunión:

Diario de la paciente:

Inmediatamente me sentí cómoda y segura con Berit. Su trato fue agradable. Me sentí bastante preparada para aceptar lo que me ofrecía, y no me importaba permanecer parcialmente pasiva. Mi cuerpo se sentía cómodo y relajado, y esta sensación duró varios días. Me sentía bien y somnolienta, en cierto modo lenta.

F: ¿Qué fue lo que te hizo sentir tan cómoda la primera vez que nos vimos? ¿Tuvo algo que ver con mis manos, o fue el ritmo lento?

P: Sobre todo, fue por ti, la forma en que me conociste, tu voz, la forma en que me pusiste las manos encima; todo esto me sentó muy bien. Enseguida me gustó estar en la misma habitación que tú. Me sentí muy relajada.

Segunda sesión

Eva había disfrutado de una sensación corporal muy agradable durante las dos primeras horas posteriores a nuestra primera sesión. Incluso los días siguientes se sintió “bien y somnolienta”. Esto suele ser una buena señal; significa que responde a la terapia, y que le proporciona una sensación de bienestar. Es como si su cuerpo le indicara que está siguiendo el camino correcto. En esta segunda sesión, la trabajé en la camilla y recorrí todo su cuerpo. Observé que su respiración llenaba aún más su abdomen, y esta vez me dejó moverla pasivamente, sin oponer resistencia ni ayudarla. En resumen, logró que yo “hiciera el trabajo”. Descansó bien al final de la sesión.

Descansar al final de la sesión es algo que dejamos que hagan los pacientes, siempre y cuando no hayan tenido ninguna reacción específica. Atenuo las luces, me aseguro de que estén cómodamente tumbados y abrigados. Los dejo solos unos minutos, asegurándoles que pueden hacer lo que les apetezca: darse la vuelta, moverse solos o simplemente quedarse completamente quietos. Poco a poco, los pacientes suelen sumergirse en un estado de relajación más profundo e incluso más intenso, y cuando vuelvo a entrar en la sala, empiezan a estirarse y muchos bostezan. Esto les permite que lo que hemos hecho durante la sesión pueda penetrar en sus cuerpos.

Diario de la paciente:

Esperaba con ilusión la segunda sesión. Sin duda, me pareció bastante similar a la primera. Después me sentí completamente exhausta. Es agradable poder ir a casa y relajarme sola. Me costó respirar después. Era como si mi respiración necesitara encontrar un nuevo ritmo, una nueva dirección, por así decirlo. Fue aterrador; pensé que así debía de sentirse uno al tener una exacerbación del asma.

F: Me dices que se sentiste exhausta después de la última sesión. ¿Significa esto que te sentiste cansada, vacía, o como “liberada”?

P: Fue más bien una especie de descarga. Mi cuerpo había disminuido el estado de tensión y me sentía sin ninguna energía. No tenía ningún deseo de llenarlo con nada nuevo. Era una especie de vacío agradable. Me sentí abierta, de alguna manera limpia. Disfruté de esa sensación.

Tercera sesión

Sus hombros se habían vuelto rígidos tras la última sesión. Diez o quince minutos después de salir de la habitación, experimentó una sensación muy desagradable en el pecho. No podía respirar bien; era como si se le hubiera quedado atrapada la respiración. Luego, esta sensación desapareció, dejándola tranquila y cómoda, y se sintió relajada el resto del tiempo. Sin embargo, siente que su cuerpo ya no la obedece como antes. Es como si no tuviera la energía para hacer lo que ella quiere.

Trabajamos todo su cuerpo una vez más. Noto que está cambiando. Lo noto en sus músculos. Ya estaban bastante bien la primera vez, pero ahora siento que empiezan a llenarse un poco más, a volverse más suaves y elásticos. Me deja mover la pierna con facilidad; parece que ha descubierto que soltarse es bueno para ella y puedo cargar con todo el peso de su pierna. Su respiración también está cambiando; fluye con más libertad, aunque todavía no le llega del todo al pecho. Nada de esto es muy evidente, pero son pequeños cambios que percibo. Esta vez no habla mucho; al contrario, se muestra tranquila e introvertida. Parece estar profundamente concentrada, lo que me lleva a callarme también porque siento que las palabras la perturbarían. Si este silencio se convierte en un patrón en las próximas sesiones, en algún momento tendré que considerar “introducirme”, pero por ahora, está bien así y parece necesario para ella. Espero que las palabras fluyan con naturalidad cuando estén listas para ser expresadas.

F: ¿Cómo experimentaste la tranquilidad en la sala?

P: En ese momento, me sentí como en casa. No necesitaba hablar. Recuerdo apreciar esa sensación de paz. La paz y la tranquilidad me relaja-

ron y pude concentrarme por completo en lo que sucedía en mi cuerpo. Normalmente uso mucho el lenguaje hablado. Hablar tan poco durante esa sesión me resultó un poco extraño, pero sin duda fue agradable que fuera así.

Como terapeuta, tengo la responsabilidad de crear un ambiente adecuado en la sala. Creo que la quietud es esencial para permitirnos sumergirnos profundamente en nosotros mismos. Sentir y experimentar lo que sucede dentro del propio cuerpo es un prerequisite para descubrir y generar cambios. Poco a poco, la palabra hablada surgirá con naturalidad.

Diario del P:

Esta semana siento que mi cuerpo no me obedece. Tengo dificultad para coordinar los brazos y las piernas. Cuando quiero levantar el brazo, parece que no sigue la orden; incluso tropiezo con mis propios pies. ¡Y me ha salido un brote de acné!

F: Acné, ¿es un problema frecuente?

P: Sí, me ocurre periódicamente. Pero esta vez fue excesivo.

F: Esto significa que los cambios que has experimentado te han provocado una reacción hormonal.

Cuarta sesión

Después de la última sesión, ha dormido mucho. Se ha sentido cansada y somnolienta. Sin embargo, en sus actividades diarias funciona bastante bien. Ha sentido las extremidades muy pesadas y se ha mantenido menos ocupada de lo habitual durante el día. Después de cualquier actividad, se cansa de forma agradable. Ya no tiene esa sensación de opresión en el pecho.

Hoy estuvo la mayor parte del tiempo boca abajo en la camilla mientras trabajaba su espalda y sus omóplatos con diligencia para relajar su posición hacia la caja torácica. También trabajé los músculos de la zona lumbar para relajar esta parte y permitir una respiración basal profun-

da. Después, se incorporó, con las piernas apoyadas en la camilla. Uno a uno, y sin esfuerzo, fue moviendo los brazos hacia adelante, permitiendo que los omóplatos se deslizaran libremente por la caja torácica. Su respiración progresa de forma constante.

Diario de la paciente:

Camino más lento. No puedo acelerar el paso, aunque quisiera. Siento que el cuerpo no obedece a la cabeza. Me molesta no poder caminar más rápido. Casi me siento pegada a la silla cuando quiero levantarme. Mi cuerpo está lleno de tensión; siento que estoy constantemente en estado premenstrual.

F: ¿Puedes hablarme un poco más sobre esto? ¿Qué tipo de tensión? ¿Inquieta, creativa?

P: Definitivamente no es del tipo creativo. Más bien del tipo intranquilo. Mi cuerpo estaba inquieto; sentía la necesidad de encontrar el equilibrio. La forma en que me sentí se describe con mucha precisión si lo equiparamos al estado premenstrual.

Quinta sesión

Después de la sesión anterior, no se había sentido tan cansada como antes. Ahora se siente más normal y estable. Aun así, definitivamente hay algo en su cuerpo, algo que la hace sentir premenstrual, aunque se sienta bastante equilibrada emocionalmente. Sueña más y por la mañana está más cansada. Se siente un poco mareada al levantarse de la cama.

Hoy tiene las pantorrillas más sensibles y con cosquilleo. Practica estirar la pierna, tanto en decúbito supino como sentada en la camilla con las piernas extendidas. Trabajo los flexores de la cadera, los situados profundamente en la zona baja del abdomen. Están bastante tensos, y pueden resistir la respiración basal inferior. La zona medial de los muslos también está más sensible que antes, especialmente la zona inferior de la articulación de la rodilla. Durante la sesión de hoy, le suenan las tripas.

Esta vez hemos trabajado principalmente las caderas y las piernas.

Están más tensas de lo habitual, lo que me indica que algo está sucediendo, algo está cambiando el funcionamiento de su cuerpo. Sus piernas han de trabajar de una manera muy diferente a la habitual. Durante un tiempo, esto podría resultarle un poco incómodo. Quizás este hecho explique su mareo, pues sus piernas no la llevan como está acostumbrada.

Cuando se levanta de la camilla y vuelve a ponerse de pie tras el tratamiento y el descanso, noto que su cintura se encoge. Se ajusta el cinturón más de lo habitual porque le gusta esa sensación de tirantez. Evalúo continuamente cada cambio que se produce. ¿Percibo alguna resistencia al cambio por su parte, o es parte del proceso en curso? ¿Significa que su cintura se encoge porque contiene la respiración o porque sus piernas y caderas soportan más peso corporal, lo que provoca que los músculos de su abdomen se contraigan por un tiempo? En resumen: ¿está resistiendo, o forma esto parte del cambio que está ocurriendo en su cuerpo? Normalmente, una situación como esta contiene ambos elementos. Estoy realizando algo que induce un cambio en su cuerpo y ella lo distribuye según sus necesidades para que el cambio que se produce le sea beneficioso. Ni demasiado rápido ni demasiado lento.

Diario de la paciente:

Noto que arrastro en cierta medida las palabras al hablar. Siento que mi lengua y mis labios no me obedecen. También me siento letárgica; todo, incluso mi capacidad de pensar, es lento. Las sesiones de tratamiento me siguen dejando agotada, y puedo dormir horas y horas al llegar a casa.

Cada vez que leo estas líneas, me pregunto: ¿Qué es el acto de pensar? ¿Qué es el lenguaje hablado? Durante estas cinco primeras sesiones, hemos trabajado en silencio; mis herramientas han sido el masaje y los movimientos. Su lengua y sus labios no la obedecen. ¿A quién y a qué no obedecen? ¿Acaso su lengua y sus labios no pueden expresar sus pensamientos, es decir, no pueden expresar físicamente las palabras necesarias para cada situación específica? También siente que sus pensamientos son lentos. ¿Qué conexión hay entre la mente y el cuerpo? ¿Cómo se puede

separar la mente del cuerpo? ¿Es esto posible? ¿Es así para que, cuando ocurre un cambio en el cuerpo, la mente y también el lenguaje hablado cambien en consecuencia?

Sexta sesión – febrero

Eva se sintió bien después de nuestra sesión anterior. Su cuerpo se siente más ágil y la parte superior del cuerpo más relajada. Sin embargo, sus brazos y piernas aún tienen poca coordinación y se siente torpe y a menudo tropieza. Ahora es capaz de reconocer sus propias emociones. Sabe inmediatamente cómo se siente y, por lo tanto, es más capaz de tomar decisiones en su vida diaria, ya sean importantes o insignificantes. Los problemas de coordinación también afectan su habla. Incluso su pronunciación parece torpe, pero esto va mejorando poco a poco. Ahora se siente la boca diferente y dice lo que piensa con más espontaneidad; lo que dice se ha vuelto más directo y claro.

Hoy comenzamos dejándola de pie con las rodillas ligeramente flexionadas, con la cabeza, el torso y los brazos inclinados hacia adelante, colgando. Se deja caer suavemente hacia adelante en esta posición. Está bastante relajada, pero hay una ligera tensión en el cuello. Con Eva tumbada boca abajo en la camilla, empiezo donde acabé en la sesión anterior, trabajando en su omóplato izquierdo, con la intención de relajar la tensión muscular entre el omóplato y la caja torácica. Todavía siento que se aferran el uno al otro. Se da la vuelta y trabajamos intensamente la zona de las rodillas. Amaso y masajeo los músculos; ella trabaja la extensión de la rodilla, alternando el lado izquierdo y el derecho. También trabajamos los músculos de la pantorrilla, alternando entre mi masaje y su extensión de la rodilla. Veo claramente que su base (la región de la cadera y las piernas) está estable y funciona bien. En la próxima sesión nos concentraremos en sus brazos.

Diario de la paciente:

Me da miedo conducir porque mis reacciones son demasiado lentas; mi capacidad

para reaccionar adecuadamente parece estar deteriorada. He tenido algunos sustos últimamente. Me falta iniciativa, y en casa y en el trabajo no hago más que lo estrictamente necesario. A Hans parece no importarle. Hace lo que sea necesario y está muy interesado en lo que me pasa.

Séptima sesión

Ha sido una buena semana y Eva se ha sentido alegre. Ha experimentado una gran felicidad en su corazón. Su pecho aún no contiene la respiración, pero definitivamente va por buen camino. Mi plan anterior era trabajar esta vez sus brazos. No se siguió ese plan. No me pareció adecuado.

Diario de la paciente:

Me siento muy centrada en mí misma. Es muy emocionante presenciar lo que me está sucediendo, física y emocionalmente. Necesito estar mucho tiempo sola ahora, pero no para pensar ni resolver problemas. Necesito “meditar”. No me siento tan involucrada con la gente ni con las actividades que me rodean. Incluso estoy bastante poco interesada en mis padres, mi marido y mis hijos.

Octava y novena semana – Vacaciones de invierno:

Me ha venido bien no estar en tratamiento ni bajo su influencia las últimas dos semanas. Pero ahora espero con ilusión nuestra próxima sesión. Siento que algunas cosas están a punto de encajar.

Octava sesión – marzo

Ninguna reacción en particular después de nuestra última sesión. Hoy se sentía un poco pesada y con falta de energía. Trabajamos todo su cuerpo, sin centrarme en ninguna parte en particular.

Diario de la paciente:

Me siento insociable y espiritual. Siento una paz interior y escribo y dibujo mu-

cho. Durante las últimas semanas, mi barriga se ha agrandado y mi respiración se ha vuelto más lenta. Me siento muy bien. Siento como si mi respiración hubiera descubierto nuevos espacios interiores en mi cuerpo. Dibujar y pintar ahora me resulta más fácil, mi expresión es más directa y mi trazo es más sensible y sincero. No tengo miedo de expresarme, he recuperado la confianza en mí misma y actualmente mis trabajos son mejores que antes. Tengo una clara sensación de que dibujar es importante para mí.

Novena sesión

Eva durmió tres horas después de nuestra última sesión. Se despertó sintiéndose muy refrescada. Los músculos alrededor de sus rodillas se sienten un poco sensibles. Su abdomen se ha agrandado y le aprietan sus pantalones. Presta atención a su cansancio y ya no está tan pendiente del reloj. Está tumbada boca abajo en la camilla y me dice que se ríe más, no porque haya más motivos para reír, sino simplemente porque siente la risa bullir en su interior. Cuando el abdomen cambia de esta forma, sé que su patrón respiratorio ha cambiado. El lugar y la forma en que respiramos moldean nuestro vientre; este cambio específico es de fundamental importancia y no ha sido controlado por ninguna de nosotras dos. Muchos se preguntarán qué tiene de bueno que su vientre haya aumentado de tamaño. A la mayoría de la gente le gusta que esté bonito y plano. A esto solo puedo decir que su abdomen ahora se comporta con total naturalidad. Nuestros vientres deberían ser suaves y estar en constante transformación según los cambios de nuestra vida. Yo pregunto al lector: imagina que eres un útero, intestino o vejiga, y que todos los tejidos a tu alrededor están quietos y estáticos. Sin duda te sentirías mejor si todo a tu alrededor se moviera con un ritmo suave y sensible, como las algas que se mecen en el océano. En nuestros órganos internos hay una actividad continua, un movimiento incesante. Sin duda, funcionan mejor cuando se mueve también su entorno.

F: Eva, ¿cómo reaccionaste al darte cuenta de que tu respiración llegaba hasta el bajo vientre?

P: Sentí como si hubiera abierto nuevas vías respiratorias, nuevos pasajes; sentí como si mi respiración llegara a lugares que hasta entonces habían estado cerrados. Cuando estos lugares cerrados se abrieron y dejaron entrar la respiración, por así decirlo, percibí una nueva sensación en esa zona.

Diario de la paciente:

Durante todo este tiempo he tenido una fuerte sensación de confianza y seguridad con Berit. Estoy profundamente agradecida por lo que ha despertado en mí. Durante la sesión anterior recuerdo haber experimentado una emoción que solo he sentido unas pocas veces de adulta: sentí que ella era una especie de redentora, aunque no en el sentido religioso de la palabra. Sentí lo mismo por la comadrona que trajo al mundo a mi primer bebé y por el pintor que me enseñó el arte del dibujo y la pintura. Un día experimenté una sensación fantástica en medio de una clase. Llegó de repente, una sensación de firmeza al estar de pie, y de seguridad. Era una fuerte consciencia de estar presente en mi propio cuerpo.

Décima sesión

Hoy le pregunto a Eva sobre los dolores relacionados con su gastritis. Me pregunto si han cambiado de naturaleza. Me responde que sí. De hecho, estos dolores han desaparecido por completo. También es consciente de que no está tan estresada como antes, y sus compañeros comentan que ya no corre por los pasillos entre clases. A veces está más cansada que antes, en varios momentos del día. Echa de menos la sensación de disponer de abundante energía. De hecho, se siente un poco perezosa. Le digo que el cambio es exigente. Además, creo que lo novedoso para ella es que ahora es consciente del cansancio, a diferencia de antes, cuando simplemente perseveraba, ignorando las señales de cansancio. Le digo que, como asiste a las sesiones con la frecuencia de una vez por semana, probablemente esté en especial atenta a lo que sucede en su interior.

Otro cambio que vale la pena mencionar es su mayor capacidad para tomar decisiones, ya sea sobre asuntos cotidianos o aquellos más importantes de la escuela. Le resulta más fácil decir sí o no, y está más segura de lo que le conviene. ¿Qué ha sucedido para que le sea más fácil tomar decisiones? ¿Es que su cuerpo habla más alto y claro? ¿Acaso esta sonoridad ahoga la voz del sentido común, normalmente tan fuerte? Quizás ahora estas dos voces estén más equilibradas.

Trabajamos suavemente su cuerpo; todavía está un poco rígida en el pecho, con los músculos pectorales ligeramente tensos. Sin embargo, la zona del diafragma y la parte superior del abdomen están blanda. Sigo pensando en voz alta sobre lo que hablamos al principio de la sesión de hoy. Cuando empezó esta serie de tratamientos, no le dolían los músculos, no tenía molestias ni dolores, solo esta gastritis. Entonces, ¿cómo podemos explicarnos todo lo que le ha pasado durante estos meses? Ella siente una fluidez. Su respiración fluye suavemente hacia el pecho, y también hacia el abdomen, incluso hacia las partes bajas. Cambia de ruta, se adapta a mis estímulos. Descansa plácidamente al final de la sesión.

Diario de la paciente:

Las últimas dos semanas me ha resultado más fácil tomar decisiones. Parece que sé, sin demora, qué es lo mejor. Además, le he dejado a Hans gran parte del control y la responsabilidad; cosas para las que no tengo tiempo ni energía.

Decimotercera semana:

Me siento más tranquila, relajada y segura en situaciones sociales. Estoy más presente en el “aquí y ahora”. A la hora de preparar el equipaje para las vacaciones de Semana Santa, todo transcurrió con mucha tranquilidad. Me fue fácil abandonar todo lo que no podía hacer. “No puedo estar en todas partes”, me dije. Estaba perfectamente relajada en el coche, incluso como pasajera. Normalmente, en este rol, estoy mucho más estresada; por eso me gusta conducir. También he notado que estoy más conectada y concentrada en la lectura. He podido sentarme en el salón con mucha gente alrededor y sumergirme en mi libro.

Undécima sesión

Eva se sintió bastante cansada después de la sesión anterior; no en ninguna parte en particular, sino en todo el cuerpo. Después, se sintió en perfecta forma. La energía fluye. Se siente fuerte, más fuerte que antes; es como una fuente de poder que surge de su interior; su propio poder. Se siente tranquila, relajada y en equilibrio en cuerpo y alma. Esta sensación la experimentan a menudo las personas que perciben cambios positivos en su cuerpo. Se fortalecen y se relajan al mismo tiempo.

Hoy Eva comienza sentada en un taburete. Está perfectamente cómoda, y la dejo caer hacia adelante mientras está sentada. Observo la misma sección rígida y recta desde la parte inferior de la vértebra torácica hasta el sacro, pero el vientre está en buen estado y suave. A veces, la rigidez de la espalda puede deberse a una alta tensión en los músculos abdominales. Este no es el caso. Eva nunca ha sufrido ningún tipo de dolor de espalda, así que simplemente dejamos que la rigidez siga así, por el momento. De todos modos, masajeo los músculos de esta zona; están tensos y duelen al masajearlos. Supongo que han sido parte del estado de tensión en el que se encontraban el diafragma y el pecho. Mientras está acostada boca arriba, trabajo un poco en la musculatura de la pantorrilla derecha. Alternamos esta labor con que ella extienda la pierna con impulso, dejando que la rodilla caiga hacia un lado y permita que la pierna se deslice completamente hacia abajo. Mientras trabajamos en esto, hablamos de la Pascua, del clima y de los libros que estamos leyendo. Está leyendo acerca de arquetipos femeninos, y yo sobre mujeres en China. Al final, trabajo sus músculos faciales, y alternamos mi masaje, por un lado, y luego ella estira la mandíbula hacia adelante y abre la boca. Descansa cómodamente boca arriba. Finalmente, los músculos de la pantorrilla están suaves y uniformes.

En la sesión anterior le pregunté si le gustaría empezar a asistir a sesiones quincenales en vez de semanales. Hoy ella me comenta que le ha resultado agradable tener dos semanas más hasta hoy, ya que así evitaba agotarse demasiado. Sin embargo, al mismo tiempo, tenía miedo de que

todo volviera a ser como antes si reducía la intensidad. Como terapeuta que soy, uno también puede posponer esta reducción, porque no se sabe con certeza lo que puede suceder. Al mismo tiempo, resulta exigente estar en tratamiento constantemente y ser arrancado de su equilibrio para encontrar uno nuevo. Comprobar si el cambio se ha establecido es sin duda importante, tanto para el paciente como para el terapeuta. Deseamos que el cambio continúe incluso cuando la terapia sea menos frecuente, porque también es una forma de aprender que el cambio lleva tiempo. Acordamos que viniera a las sesiones cada dos semanas, y le digo que creo que saldrá bien; si no, podemos volver fácilmente a las sesiones semanales.

Diario de la paciente:

Siento que todo lo nuevo en mi cuerpo ha encontrado su lugar, y estoy dudando entre querer parar o continuar. Estoy tranquila, en armonía conmigo misma y con mi entorno. Últimamente he sentido mis emociones, sin filtrarlas, y esto es bueno, pero a la vez doloroso. Me sorprende que esta terapia haya despertado tantas sensaciones positivas y agradables. Pensé que habría más sensaciones dolorosas.

Duodécima sesión – abril

Una vez más, Eva se sintió perfectamente bien después de nuestra sesión anterior. Se encuentra bien y no se cansa tras la terapia tanto como antes. Desde la última vez que nos vimos, he asistido a un curso de fisioterapia psicomotora, y hoy me siento muy inspirada y con ganas de trabajar específicamente en ciertas zonas. Dedico bastante tiempo a masajear las zonas sensibles alrededor de su tórax inferior y sus omóplatos. Soy bastante persistente; le duelen mis presiones firmes. Al principio se zafa de mi presión, pero al cabo de un rato reacciona suspirando, gimiendo y moviéndose. La trabajo en diferentes posiciones: primero sentada en el borde de la camilla, luego de pie con las rodillas flexionadas y el torso colgando hacia adelante. Sus movimientos son buenos y los músculos de la espalda y frontales están bastante relajados. El resto de la sesión trabajamos en la camilla en decúbito prono y supino.

Al terminar la sesión, le pregunto si ha experimentado algo diferente esta vez. Sí, ha opinado de mí que he actuado de manera más técnica, a diferencia de sesiones anteriores, donde se le ha permitido participar más. Mi propia reflexión sobre esta sesión es que he sido más precisa y exigente. Me pregunto cómo reaccionará esta vez; ¿sentirá más rabia o más tristeza? Después de descansar, me dice que no entró en un estado de relajación tan profundo como antes. Cuando se baja de la camilla y se pone de pie en el suelo, siente las piernas ligeras y cómodas. Ella menciona que se siente mucho más conectada al suelo cuando lee en voz alta en clase o canta en el coro, y que ha recuperado mucho más el aliento. Su voz ya no se cansa al leer o cantar.

¿Qué pasó durante esta sesión? ¿Quién sigue a quién? Probablemente fui bastante entusiasta y persistente. Quizás estoy un poco fuera de equilibrio porque estoy muy concentrada en mi propia agenda: mi propia actualización profesional. Quizás esto me hace perder la noción de nuestro ritmo mutuo, del suyo y el mío.

Diario de la paciente:

Siento que se ha alterado algún tipo de equilibrio. Ahora mismo me siento exactamente igual que después de las primeras sesiones: premenstrual, intranquila, con acné, etc.

Decimoséptima semana:

No estoy segura de que haya sido lo correcto continuar con esta terapia. Recuerdo que Berit mencionó que muchas se alargaban demasiado. ¿Qué quería decir? ¿Se ha roto todo lo que se había construido durante el invierno? No sé qué pensar, pero ahora mismo no sé si será prudente continuar.

Decimotercera sesión

Eva siente que todo se complicó la última vez. Todo lo que iba tan bien se ha convertido en un desastre. Siente que ha perdido el equilibrio una vez más. Le molesta; tropieza y se tambalea más, se ha vuelto más inquieta

y ha perdido la paz interior. Esta inquietud le recuerda los síntomas del principio, y definitivamente no está motivada para revivir esta fase. En aquel momento estuvo bien, pero ahora se pregunta si vamos por mal camino. Le pregunto si está emocionalmente desequilibrada. Responde que no, pero admite que pierde los estribos con facilidad cuando tropieza con algo. Le comenté algo sobre el motivo de que la sesión anterior resultara así. Le expliqué lo inspirada que me había sentido después de asistir al curso y cómo la consideraba lo suficientemente estable como para tolerar nuevos impulsos. Lo suficientemente estable como para seguir adelante.

El programa de hoy consiste en revisar qué ha sucedido en la zona tratada desde la sesión anterior, y luego trabajar su cuerpo de forma más general, como hicimos antes, con la esperanza de recuperar su equilibrio. Los músculos que trabajé específicamente la última vez se sienten bien. Sin embargo, tiene más control de la respiración; su respiración no cambia espontáneamente en respuesta a mis estímulos. Me cuenta que ha tenido diarrea y náuseas las últimas dos semanas. Hay mucha diarrea en la zona ahora, y pensaba que podría haberse infectado con algo contagioso, pero por otro lado, ha durado demasiado tiempo para que lo sea. Suda más de lo habitual, pero ahora está un poco mejor. Le pregunto más sobre su estado. Dice que siente frío cuando se acuesta por la noche. Aunque normalmente duerme con las ventanas abiertas, ahora las mantiene cerradas. Algunas mañanas se despierta empapada en sudor; probablemente han pasado 10 o 15 años desde la última vez que le pasó. Ahora vuelve a sentirse agobiada por el cansancio. Se va a dormir por una hora después de la escuela, alrededor de la una, y duerme como un tronco por la noche y no sueña mucho. Le pregunto por sus dibujos. Me dice que dibuja mucho porque es fácil recurrir al dibujo cuando está así. Su expresión artística es accesible, espontánea, y ve que sus dibujos han mejorado, son menos cliché, más expresión personal.

Esa misma tarde necesito sentarme y reflexionar sobre lo que está sucediendo. Mi paciente está experimentando reacciones considerables en su sistema nervioso autónomo; reacciones tales como sudor, escalofríos,

náuseas y diarrea. Esto puede indicar cierta resistencia subconsciente al cambio que está experimentando; por otro lado, podría ser necesario que pase por esto. Hoy controlaba mejor la respiración; lo que significa que podríamos estar yendo por mal camino. Sin embargo, duerme mucho, la calidad de su sueño parece ser buena, su expresión artística es más abierta y los músculos que trabajé la última vez no han recuperado su estado de tensión. Basándome en estos hechos, deduzco que seguimos por buen camino.

Me di cuenta de que tenía un poco de miedo de encontrarme con Eva en nuestra próxima sesión. Me preguntaba el motivo. Lo que suceda como resultado de la terapia es, sin duda, mi responsabilidad, aunque no siempre sé con precisión por qué hago más de esto o aquello. Si hago muy poco, no habrá progreso; si hago demasiado, las reacciones podrían ser demasiado fuertes; encontrar el equilibrio entre “muy poco” y “demasiado” es parte del arte de esta profesión. Es exigente, y yo soy responsable.

Diario de la paciente:

Lamento la decisión de continuar. La agradable y segura sensación que tenía hace unas semanas ha desaparecido por completo. También siento que Berit no está segura de cómo debe proceder.

Decimonovena semana:

Todavía siento esta inquietud por dentro. Estoy muy indecisa. Ahora sufro una profunda ansiedad porque pueda perder a Hans. Siento celos.

Decimocuarta sesión

Los primeros días tras nuestra sesión anterior, Eva se sintió mejor, pero luego todo volvió a complicarse. Ya no tropieza ni se tambalea tanto, pero su pronunciación ha empeorado. Tiene dificultad para encontrar las palabras, tiene que concentrarse más al hablar, lo que la vuelve menos espontánea. Como antes, suda mucho por la mañana y come con prisa. Me dice que apenas tiene energía y que siente los brazos tan pesa-

dos que Hans dijo, medio en broma, que o bien yo tendría que darle un tratamiento revitalizante o tendrían que contratar a una empleada doméstica. Le pregunto por su estado emocional y me responde que espera poder cumplir en su trabajo hasta las vacaciones de verano.

Sin embargo, desde el cuatrimestre de otoño ha decidido considerar reducir la jornada. Anteriormente, esto nunca se había considerado. No le gusta sentirse tan perezosa. El fin de semana pasado, ella y su marido visitaron a unos viejos amigos. Habían hablado de lo poco que se habían enfadado o molestado en los últimos años. No creían que se tratara de reprimir sus sentimientos, sino que sentían que la razón era simplemente que habían perdido la chispa y el compromiso.

Primero trabajamos un poco de pie y observo cierta rigidez en su pecho. Sé que ya ha estado así antes, pero no lo había notado tan claramente como ahora. Se tumba en la camilla boca abajo mientras trabajo su espalda un buen rato. Con calma y facilidad, movimientos largos y lentos desde los glúteos hasta el cuello, de lado a lado, abarcando toda la espalda, a lo largo y ancho. Su respiración fluye por toda la espalda, y la dejo descansar un rato a mitad de la sesión. Disfruta sintiendo que tiene una espalda tan “grande”, con tanto espacio para respirar.

Diario de la paciente:

Reconozco emociones de cuando tenía 20 años. Me siento gorda y quiero ponerme a dieta. Tengo celos y miedo de hablar en público. Siento que he sufrido un gran revés, ¿o estos sentimientos siempre han estado ahí, solo de forma subconsciente?

Decimoquinta sesión

Desde nuestra última sesión, Eva se ha sentido bien. Su energía está aumentando, pero todavía siente que se tambalea sobre una capa de hielo muy delgada, así que este es nuestro tema de hoy, por pura necesidad para ambas. Es necesario aclarar toda la situación.

Le explico cómo he vivido esta serie de tratamientos hasta ahora. Hablo de cómo ha progresado, poco a poco, y luego de cómo cambió

la situación tras la sesión en la que fui más persistente. Le explico que siento que se encuentra más reservada y dubitativa respecto a su proceso en curso. Eva dice que es así exactamente como se siente ahora. Me dice que no sabe muy bien adónde la llevo y que no sabe si quiere acompañarme. Además, ha escuchado historias horribles sobre pacientes que han recibido este tipo de terapia; algunos han enfermado gravemente y nunca se han recuperado. Hablamos seriamente sobre este asunto y le digo que creo que hemos avanzado bastante. Ha experimentado un cambio físico, está más equilibrada y el dolor de su gastritis ha desaparecido por completo. En este momento, me planteo actuar para asegurar este estado de equilibrio, para que todo vuelva a su lugar tras la reciente angustia que experimentó, y luego para terminar el proceso cuando nos veamos por última vez después de las vacaciones de verano. Eso le permitirá pasar el verano sin mi intervención. Esta charla aclaratoria nos llevó unos 20 minutos. Completamos la sesión trabajando en todo su cuerpo y al final descansó bien.

Las tres sesiones siguientes hasta las vacaciones de verano

Eva tuvo un episodio durante este periodo en el que repentinamente le volvieron los antiguos dolores de gastritis, pero mucho más intensos que antes. Simplemente los dejó estar, confiando en que pasarían con el tiempo. Su experiencia tras la fisioterapia psicomotora era que el dolor podía aparecer y desaparecer. Esto resultó ser cierto una vez más.

Trabajé bastante en esa zona que tanto le dolía: en la parte superior del abdomen, justo debajo de la caja torácica. Los músculos de esa zona estaban bastante “gruesos”, es decir, densos y tensos. El masaje en esa zona le produjo una buena sensación, porque después se sintió libre y feliz de librarse de algo tan doloroso. Su sudoración se mantuvo inalterada; le aparecía a la misma hora por la mañana todos los días.

Hicimos un breve resumen de la última sesión antes de las vacaciones. Entre otras cosas, me cuenta que, gracias a que le he estado pre-

guntando constantemente por sus experiencias y cambios corporales, se ha vuelto más consciente de lo que ocurre en su interior. Me pregunto si he inquirido demasiado poco sobre cómo ha vivido todo lo que le ha sucedido. Dice que mis preguntas influyen en lo que me cuenta. Hay algunos temas y reacciones emocionales que no ha mencionado, pero no ha tenido la necesidad de contármelos.

Diario de la paciente:

Últimamente, el tratamiento de Berit ha sido cómodo y relajante. Le estoy sinceramente agradecida por lo que ha hecho por mí y por ayudarme una vez más. Siento una sensación agradable y cálida cuando me trabaja la cara.

Semana veinticuatro:

Ahora estoy más presente en todo lo que hago. Realmente no me importa lo que hago, lo que importa es cómo lo hago. Para mí es importante que lo que hago me brinde una buena experiencia. Disfruto haciendo cosas que antes no me parecían nada importantes. Está bien parar ahora. He recuperado la paz y puedo seguir adelante con mi vida sin Berit.

Trigésima tercera semana:

He disfrutado estando sola, sin estar constantemente bajo la influencia de la fisioterapia psicomotora. La situación se ha calmado. Las emociones fuertes me provocan dolor en el diafragma. Sin embargo, el dolor es diferente, más intenso, comparado con ese bulto constante que tenía antes. Un bulto que mayormente mantenía a raya y que ocasionalmente soltaba, según las circunstancias.

Todavía no he recuperado esa sensación de paz y calma que experimenté en un periodo durante la serie de tratamientos. ¿Es que quizás no sea necesario? Hasta hace muy poco, mi lengua no llegó a volver a su sitio. Ahora mi pronunciación es tan clara y nítida como siempre.

Decimonovena y última sesión

Hemos tenido dos meses y medio de descanso por las vacaciones de verano. Hemos quedado en reunirnos una vez más para comprobar si podemos detener las sesiones ahora o para ver si ha habido algún contra-tiempo. Eva ha pasado un verano agradable y siente que su cuerpo está en constante cambio. Observo que está en equilibrio y que su respiración fluye libremente, tanto en el pecho como en el vientre. Todavía sufre un poco de rigidez en la zona lumbar, pero si con el tiempo esta rigidez cede, podría sentirse un poco vulnerable mientras la columna lumbar “investiga” su recién adquirida libertad. Acordamos detenernos por ahora, pero también que se sienta libre de llamarme en cualquier momento si necesita mi ayuda más adelante.

El primer invierno posterior

Durante el otoño e invierno, Eva asistió a uno de mis grupos de movimiento, en un gimnasio de nuestra ciudad. Sufrió un episodio de dolor de espalda, del que se recuperó rápidamente. También tuvo una gripe, algo que no había tenido en muchos años. Disfrutó participar en el grupo. Sin duda, estaba en equilibrio. Nos volvimos a encontrar en enero para esta charla que se les ha permitido atender. Para terminar este capítulo, ella misma resumirá el cambio que ha experimentado:

F: ¿Podrías contarme más sobre cómo te fue con este cambio en el patrón respiratorio y la liberación del dolor de tu gastritis?

P: Yo normalmente impedía que las impresiones desagradables u ofensivas o el estrés pasaran de la zona superior del abdomen. El dejar que mi respiración pasara por esta zona y también descendiera más profundamente significaba permitir que sintiera el dolor. Hasta ahora, solo dejaba que mi respiración descendiera a esta zona periódicamente. Podía hacerlo cuando me convenía, cuando tenía tiempo después de un período ajetreado. Cuando mi respiración descendía, me seguían el dolor y las

náuseas, y esto era aterrador. Ahora ya no tengo otra opción. Mi respiración pasa por donde hasta ahora la había detenido, y lo hace de forma totalmente automática. De esta manera, experimento lo que me sucede en ese momento. Antes podía mantenerlo alejado de la experiencia consciente. Una consecuencia de esto es que sé inmediatamente si estoy comiendo algo que no me sienta bien.

Epílogo

Un año y medio después de terminar nuestra serie de tratamientos, Eva ha leído lo que el lector acaba de leer. Lo considera, y reflexiona cómo le ha ido desde entonces y cómo se encuentra ahora:

F: ¿Qué hay de tus dolores gástricos?

P: Al año siguiente, tras nuestra última sesión, los dolores de estómago fueron intermitentes. Sin embargo, nunca duraban mucho. Un desencadenante del dolor podría ser, por ejemplo, las comidas irregulares o el consumo de alimentos con demasiada grasa u otros tipos de alimentos a los que soy intolerante. Este tipo de dolor era más directo, más intenso que mis episodios de gastritis habituales. Era como un puñetazo, no el típico dolor sordo y angustioso. Antes podía detener el dolor en la parte alta del estómago, controlarlo, no dejarlo bajar. En cierto modo, lo guardaba, pensando que podría “enfrentarme” a él más tarde, cuando tuviera tiempo y energía.

Al principio de nuestras sesiones de fisioterapia psicomotora FPMN, perdí este control y el dolor llegó hasta la parte baja del estómago. Esto me facilitó descubrir con qué se relacionaban los dolores y de dónde provenían, y comprendí mejor la relación entre el comportamiento, las emociones y el dolor. Hasta ahora, me resultaba ser bastante vago, probablemente porque siempre guardaba el dolor.

Mi cuerpo es más flexible, mi espalda está más “suave”. Ahora hago las cosas de forma diferente, elijo otras posturas, necesito estar más atenta a las señales de mi

cuerpo porque noto que ahora fuerzo la espalda de forma diferente. Estoy más en armonía conmigo misma, tomo decisiones con mayor facilidad y me recupero más rápido del cansancio. En resumen, estoy en buena forma y mi confianza en mí misma ha aumentado a medida que mi salud mejora.

Ingeborg Hanssen

Sin palabras – sin expresión

Soy fisioterapeuta psicomotora y trabajo en una policlínica psiquiátrica para adultos. Hace unos meses, un psicólogo me pidió que examinara a una paciente suya. Él había estado viendo a esta paciente una vez por semana durante el último mes, sin resultados hasta entonces. Es una mujer de 45 años; su médico dice que su ansiedad la invalida. Recientemente, esta mujer le comentó a su psicólogo que padecía tensión corporal y dolores musculares. Concerté una cita con ella, sin saber nada de su historia.

En nuestra primera cita, noté que su apretón de manos era débil y que apenas había contacto visual. Se sentaba en el borde de la silla con las piernas cruzadas. Le pregunté si podía hablar un poco antes de examinarla. Me ayudaría a aclarar las cosas si pudiera expresar su ansiedad con palabras y decirme cómo la sentía en su cuerpo. No se comunica con facilidad y responde a mis preguntas muy brevemente. Parece esforzarse mucho en expresar sus respuestas, respirando profundamente antes de pronunciar las palabras. Sigue sentada encorvada y con las piernas cruzadas. Tiene la espalda encorvada, el tronco delantero recortado y tenso. Sus hombros están encogidos, sus mandíbulas apenas se mueven y su rostro solo muestra una leve mímica. Me parece que incluso hablar le requiere un gran esfuerzo.

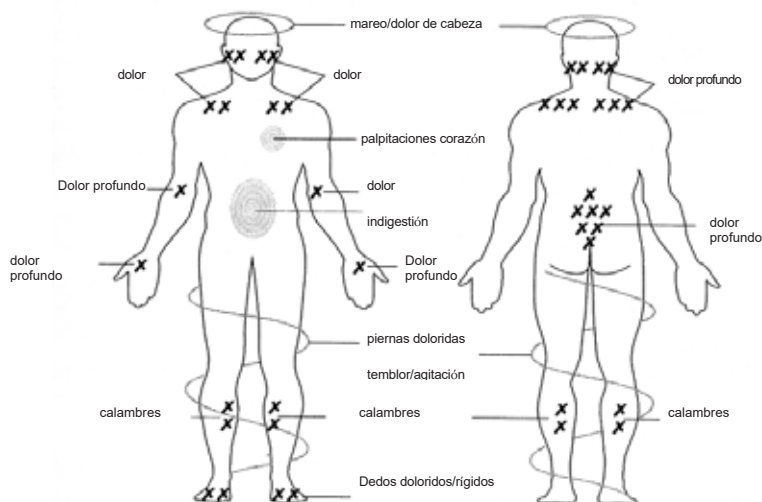
Hemos terminado la conversación preliminar y logro aclarar algunas cosas, viendo con mayor claridad el orden en que han sucedido las cosas. Hace tres años, experimentó inquietud y ansiedad por primera vez. Fue como si surgiera de repente y fue extremadamente aterrador. Esta ansiedad la ha acompañado desde entonces.

Durante el último año, han prevalecido el miedo y la inquietud, lo que le ha obligado a estar de baja por enfermedad durante seis meses. Tiene miedo de salir sola; incluso las tareas domésticas más sencillas le suponen un gran reto y a menudo necesita descansar. Sus síntomas se manifiestan como temblores al principio, seguidos de una sensación de inquietud, antes de que la abrumen la agitación y el desasosiego, y su corazón comience a latir con fuerza. Sin embargo, lo peor aún está por llegar: las vías respiratorias se estrechan, dificultando la respiración. Estos episodios la agotan por completo, y después permanece en cama durante un largo tiempo. Recuperar sus actividades cotidianas le exige un gran esfuerzo. Desde hace aproximadamente un año siente cada vez más dolor en el cuerpo, y actualmente el dolor en la espalda es constante, tiene puntos dolorosos específicos por todo el cuerpo, le duelen las piernas y sufre calambres frecuentes en los músculos de las pantorrillas.

Ha probado una tanda de fisioterapia hace tres meses, con compresas calientes y masajes, pero después sintió mareos y bastante malestar estomacal. Además, los síntomas de malestar y dificultad para respirar aumentaron gradualmente. Tras un período de vómitos después de cada sesión, decidió suspender la terapia. Le pregunté si le había contado al fisioterapeuta cómo había reaccionado al tratamiento. Respondió que no, porque para ella, no tolerar el masaje cervical significaba que algo andaba mal con ella, no con el tratamiento.

Tiempo después, su médico decidió derivarla a nuestra policlínica psiquiátrica. Mientras tanto, mientras esperaba la cita, tomó unos medicamentos que la ayudaron a calmarse cuando los ataques eran demasiado intensos. Me contó que el que se la derivara a nosotros fue idea de su médico; él creía que este enfoque podría ayudarla. En su opinión, los síntomas de temblores y dolor muscular probablemente se debían a factores psicológicos. Le pregunté su opinión al respecto. No sabía qué pensar. Hubo un breve instante en que no habló ninguna de nosotras. De repente, contuvo la respiración y luego, con gran esfuerzo, dijo que había leído sobre algo llamado fibromialgia, y que reconocía sus propios síntomas en la descripción de esta enfermedad.

Más tarde, durante la misma sesión, le di un dibujo del cuerpo humano, mostrando tanto la espalda como el frente, y le pedí que marcara sus propias zonas dolorosas:



Ella mira el dibujo durante bastante tiempo sin decir palabra. Le informo un poco sobre la fisioterapia psicomotora y brevemente en qué consiste el tratamiento. Le propongo que venga a una revisión en unos días o, si lo desea, podemos empezar de inmediato. Quiere empezar de inmediato y me dice que quiere que le examine la espalda. Se quita el jersey y los pantalones, y empiezo evaluándola en posición erguida.

En esta posición, la línea de gravedad de su cuerpo se desplaza hacia atrás. Para mantener el equilibrio, tiene que apoyar los dedos de los pies en el suelo y mantener las rodillas ligeramente flexionadas. Tiene la espalda encorvada, los hombros inclinados hacia adelante y el pecho y el vientre parecen aplastados por delante. Tiene los codos ligeramente flexionados y la cabeza inclinada hacia adelante. Enseguida le tiemblan las piernas, así que la dejo sentarse en un taburete de madera. Mantiene la misma postura sentada, con la espalda encorvada. Solo una pequeña parte de sus glúteos tocan la superficie del taburete. Su abdomen está

tenso y contraído. Quisiera comprobar la movilidad de sus caderas balanceándole suavemente las piernas, pero el intento es inútil; veo y siento que los movimientos están bloqueados. Su cabeza se arquea cada vez más hacia adelante. De esta manera, me dice, sin palabras, que está incómoda sentada en la dura superficie del taburete. Le pido que eche la barbilla hacia adentro y deje que la parte superior de su cuerpo descienda hacia las rodillas. No avanza muy lejos, ya que tanto la cabeza como el tronco están restringidos por los músculos muy tensos de la columna vertebral. Al incorporarse, se marea, incluso si lo hace con mucha precaución. Le pido que se siente en la camilla con las rodillas rectas; sin embargo, esto no es posible debido al acortamiento de la musculatura en la parte posterior de los muslos y las pantorrillas. Observo que no hay cambios en su patrón respiratorio, ni de pie ni sentada. Apenas puedo observar su respiración, solo un discreto movimiento en la parte superior de su pecho. También noto cómo aprieta la mandíbula.

La posición boca abajo le causa problemas de cuello. Con almohadas y toallas intento darle soporte para la espalda y el cuello. Sin embargo, sigue incómoda boca abajo. Se le agarrota la garganta y enseguida la dejo incorporarse. De vuelta en pie en el suelo, hacemos juntos unos ejercicios sencillos. Estos ejercicios le proporcionan la experiencia de estar de pie, pero sintiendo la fuerza de la gravedad. Siente el peso de su propio cuerpo. Camina un poco, de un lado a otro, sacudiéndose y relajándose con cuidado. Le pregunto cómo se siente. “Bien”, responde, pero su respiración no cambia y su mandíbula sigue apretada. Le ofrezco un vaso de agua. Rechaza el ofrecimiento.

Durante esta primera parte del examen, permanece callada, dando solo respuestas breves a mis preguntas. Al hablar, su voz es seca y tensa. La sesión ha terminado y programamos una nueva cita dentro de una semana. Le informo sobre cómo vamos a proceder, que continuaré con el examen y haremos más ejercicios de los que habíamos iniciado hoy.

Reflexiones

Tras nuestra primera reunión

El cuerpo de esta mujer está muy tenso y tiene afectada su capacidad para moverse y respirar libremente. Se mueve de forma rígida, se cansa con facilidad y controla su respiración.

Acerca de la respiración restringida

Observo su postura y, al reflexionar sobre su complexión redondeada, noto que su pecho y abdomen tienen poca o ninguna capacidad de expansión durante la inspiración. Su respiración dentro de este pecho rígido está muy restringida. Hay poco espacio para el movimiento diafragmático, por lo que está afectada la función de su diafragma de contraerse libremente hacia abajo y relajarse hacia arriba. El acto de inspirar y espirar necesita espacio. Esta observación me lleva a comprender su sensación de incomodidad y explica por qué se agota con tanta facilidad. Como consecuencia, se preocupa y se vuelve ansiosa, temiendo que algo ande mal.

Acerca del dolor y los puntos sensibles

Esta mujer tiene mucho dolor y ha marcado numerosos puntos sensibles en la gráfica corporal. Al examinarla, noté sus hombros elevados, su espalda encorvada y sus caderas, que no me “dejaba” mover. Mantiene la postura frontal tensando/contrayendo los músculos del pecho y el abdomen. Si este hábito de tensión muscular se mantiene, con el tiempo, los músculos se tensan y acortan excesivamente, lo que resulta en una función muscular aún más alterada y una circulación deficiente. Los músculos con flujo sanguíneo deficiente se debilitan; duelen al tacto y pierden su función de alargarse y acortarse libremente cuando es necesario. Esta tensión constante tensiona e irrita los tendones. Esto se experimenta frecuentemente como puntos sensibles en la zona de las protuberancias óseas y un dolor muscular profundo y sordo.

Acerca de la falta de estiramiento corporal

Ella no puede estirar completamente las piernas al caminar debido al acortamiento muscular en la parte posterior de los muslos y las pantorrillas. No hay propulsión en la fase de despegue de los dedos de los pies, ni esfuerzo muscular que la impulse hacia adelante. Con las rodillas flexionadas, no puede utilizar toda su capacidad muscular, lo que significa que algunos músculos están inactivos mientras que otros grupos musculares están sobrecargados. Esto provoca un desequilibrio muscular: los músculos de un lado de la articulación son demasiado cortos y los del otro están demasiado estirados. Con el tiempo, la consecuencia puede ser una tensión articular excesiva.

No puede estirar completamente la parte superior del cuerpo, ya que el abdomen y el diafragma están bajo tensión constante. Esto resulta en una postura con la cabeza inclinada hacia adelante, el cuello muy arqueado y, como consecuencia de esta posición, tensa la mandíbula y el suelo muscular de la boca. Idealmente, la cabeza debería equilibrarse libremente en la parte superior, sin un trabajo muscular excesivo. La cabeza de esta paciente está posicionada hacia adelante, compensando el desequilibrio de su cuerpo. Ahora entiendo por qué le resultaba tan incómodo estar en decúbito prono.

Sobre su silencio

La posición desfavorable del cuello y la cabeza crea una tensión constante en la mandíbula y el suelo de la boca. Aquí es donde se ancla la lengua y me pregunto si la tensión en esta zona es lo que hace que hablar sea agotador. Hay dos puntos que debo considerar: primero, la lengua podría carecer de libertad de moverse con la facilidad deseada y, segundo, para que la voz suene, debe haber espacio para que el aire fluya a través de las cuerdas vocales. Su respiración es restringida, lo que significa que hay poco movimiento al respirar. Estos factores en conjunto podrían contribuir a que sea una mujer de pocas palabras. Al hablar, parece hacer un gran esfuerzo, como si un avión tuviera que despegar, y luego, al exhalar, presiona las palabras. Le resultaría más fácil si pudiera hablar simplemente dejando escapar el aire.

Cómo debemos proceder

Necesita ayuda para moverse con mayor eficacia; es decir, aprender a dejar que sus brazos y piernas se muevan con mayor libertad y, con el tiempo, lograr un estiramiento corporal completo y óptimo. Esto le devolverá su envergadura libre y completa. Algunos músculos necesitan fortalecerse y ablandarse; en otras palabras, necesitan recuperar su elasticidad. Esto le permitirá recuperar una postura y equilibrio flexibles. Necesita aprender a confiar en su propio cuerpo, a confiar en su capacidad para mantenerse erguida. De lo contrario, será difícil progresar. Todavía no la conozco lo suficiente como para estar segura de hasta qué punto podrá realizar este trabajo corporal. ¿Cuánto y con qué frecuencia?

Terapia en curso

Segunda sesión

Me cuenta lo cansada que se sintió después de la primera sesión y cómo se le tensaron los muslos. “Es extraño”, dijo, “parecía que no habíamos hecho nada”. Su sensación de inquietud y fatiga no ha cambiado. Comenzamos la sesión como la semana pasada: de pie. Probamos varios movimientos de cadera, simplemente balanceándola suavemente. Después, practicamos flexiones de rodillas y cadera, y se le indica que intente liberar la tensión de los glúteos. Ahora se sienta en un taburete y continuamos con los movimientos de cadera; cada ejercicio debe realizarse lentamente. Yo también estoy sentada, de frente a ella, mostrándole los ejercicios. Luego intentamos hacer la “caída del torso”, dejando caer primero la barbilla, luego la cabeza y el pecho, y así sucesivamente hasta que el torso se inclina (aún sentada), intentando ceder a la fuerza de la gravedad y al propio peso del cuerpo. Breve resumen hasta el momento: No hay movimiento alguno en las caderas, el abdomen ni la espalda de esta paciente.

Procedemos. Ahora está sentada en la camilla, con la espalda erguida y las piernas estiradas. Esta posición permite acceder a los músculos

de la pantorrilla y el muslo. Los músculos están sensibles, delgados, fibrosos y tensos, especialmente en el lado izquierdo. Todavía sentada en la camilla, ahora con las rodillas flexionadas y ligeramente inclinada hacia atrás, apoyándose en sus propios brazos, la dejo practicar la extensión de la rodilla y la flexión del tobillo contrayendo y estirando los músculos del muslo y la pantorrilla. Trabaja contrayendo el músculo grande del muslo, que está delante, para así conectar con el cuádriceps; mientras tanto, estímulo el músculo acariciándolo suave y ligeramente.

Ella observa atentamente con una sonrisa forzada y admite tener las piernas rígidas. Confirmando sus sensaciones diciéndole que puedo ver y sentir lo mismo que ella, y le comento que esto debe ser muy incómodo. Me pregunto si sufre de calambres en las piernas, y me cuenta que se despierta casi todas las noches con calambres, sobre todo en la pierna izquierda. También tiene “piernas inquietas” y siente una especie de hormigueo al dormirse.

Ahora le dejo que haga un suave balanceo con las caderas; después, puede llevar la rodilla hacia el estómago y dejar que la pierna baje suavemente a una posición relajada. Sigue sentada en la camilla. Se pone en pie en el suelo después de unos diez minutos y le pido que camine un poco, sacuda las piernas y luego se siente en el borde de la camilla. Ahora practica levantarse y sentarse, sin usar los hombros. Después de tres repeticiones, le tiemblan las piernas.

Mientras hace este ejercicio, le pido que preste atención a lo que le sucede en el diafragma y estómago cuando aprieta la mandíbula, y que compare cómo se sienten estas zonas cuando la mandíbula está relajada. De repente recuerdo cómo Aadel Bülow-Hansen solía hacer demostraciones en su propio cuerpo. Le gustaba ejemplificar sus motivos a los pacientes. Por ejemplo, les dejaba sentir la tensión en su estómago y luego la comparaba con la sensación en el suyo propio. ¡Si mi paciente pudiera experimentar solo esto, sería fantástico! Observo una ligera relajación de su mandíbula, que dura apenas un par de segundos, y noto un ligero movimiento en su estómago. Asiente, lo intenta de nuevo y sonríe levemente. “Mmm, qué sensación tan extraña”, dice.

Le pido que camine un poco por la habitación y terminamos la sesión haciendo algunos ejercicios en posición vertical. Estos sencillos ejercicios le dan la sensación de controlar los músculos de las piernas y, además, está en contacto con la superficie de los pies. Le doy una nueva cita en una semana.

Reflexiones sobre la segunda sesión

Hasta ahora, mi paciente sigue estando encerrada en sí misma, tensa e inmóvil, y me resulta difícil comprender sus pensamientos o sentimientos. Durante las sesiones, ha hablado de dolor, inquietud y fatiga, pero nunca ha mencionado cómo se siente realmente con todo ello. Sus movimientos se atascan y no puede mover las caderas sin usar también el tronco. Eleva los hombros al levantarse de una posición sentada. Cuando practica el uso de las piernas solamente, como en el ejercicio de sentadillas, estas empiezan a temblar muy pronto. Sus piernas no tienen la fuerza necesaria y no está en condiciones para asumir el reto que sería fortalecerlas. Es extremadamente desagradable para ella no poder respirar libremente, y sus frecuentes palpitaciones la asustan. La capacidad de su cuerpo para moverse, y la vida en general, es limitada.

Considerando su estado, concluyo que difícilmente tolerará un tratamiento profundo o radical. Al mismo tiempo, percibo que necesita ayuda para salir de una situación vital donde todo se ha paralizado. Creo que el mejor tratamiento sería darle algunos ejercicios suaves; el objetivo principal es que experimente el movimiento real, es decir, simplemente la sensación de moverse. Con el tiempo, se le podrían dar ejercicios que desafíen su equilibrio y la hagan más consciente del contacto con la superficie. Estos ejercicios pueden realizarse en posición vertical o sentada. Me doy cuenta de que debo proceder con cautela, lo que supone un progreso lento. Debo estar atenta a sus reacciones y siempre tener en cuenta su comportamiento ese mismo día.

Algunos días antes de la tercera sesión

Poco antes de nuestra tercera sesión, el psicólogo, a quien siempre ve entre nuestras sesiones, me hace esta pregunta inesperada: “¿Qué le has hecho?”. Había habido un cambio bastante repentino en las sesiones entre ellos. Ella habla más, incluso le cuenta sobre las dificultades de su vida actual, y sobre cómo se siente. No tengo respuesta. Me pregunto si realmente ocurrió algún cambio significativo durante nuestra última sesión. ¿Quizás algo realmente empezó a moverse después de todo? Estoy ilusionada por volver a verla.

Tercera sesión

La paciente acude a la cita. Me cuenta que sus piernas, muslos y pantorrillas se le pusieron rígidas después de nuestra sesión anterior. Se había quedado dormida esa misma tarde y durmió profundamente. Ahora le duelen los hombros constantemente y apenas puede hacer las tareas del hogar. Tiene malestar estomacal y diarrea.

Para mi sorpresa, noto que parte de su tensión se ha aflojado, su pecho parece más relajado, al igual que su estómago, y sus hombros se han relajado un poco. Empezamos a hacer los ejercicios que ya le resultan tan familiares. Mientras lo hacemos, y sin que yo le haga preguntas, me dice que ha tomado consciencia de sus hombros. Me cuenta el siguiente episodio de casa:

Está a punto de subir las escaleras y, a mitad de camino, se da cuenta de que sube con los hombros elevados. Se detiene, se da la vuelta y vuelve a bajar. Vuelve a empezar, esta vez con los hombros relajados y la mandíbula ligeramente abierta. Y luego me muestra cómo ha estado practicando levantarse de una silla sin usar los hombros. Me lo cuenta todo con una sonrisa alegre. Le apoyo a ella plenamente en este nuevo descubrimiento. Ambas nos reímos.

Seguimos practicando más la flexión de cadera y rodilla, y también el balanceo de cadera desde la posición sentada. Su cadera derecha está más suelta y se mueve con más libertad. Es más consciente de sus piernas y puede moverlas sin apretar la mandíbula ni usar los hombros. Hacemos ejercicios que involucran los arcos de los pies y balanceamos los brazos con cuidado. Sin duda, está más concentrada y alerta que antes al hacer estos ejercicios. Y sus piernas ya no empiezan a temblar tan fácilmente. Después de media hora tiene un rubor intenso, y eso es para mí una señal de que debo terminar la sesión en este momento.

Reflexiones sobre la tercera sesión

Durante esta sesión, se observa un cambio definitivo. Algo le ha ocurrido, y tengo la sensación de que este bloqueo suyo está cambiando. Tiene nuevos dolores, su digestión está alterada, pero aun así lo considero algo favorable. Está en movimiento, está respondiendo a lo que hemos estado practicando.

Creo que mucha gente negaría con la cabeza ante este tipo de razonamiento y cuestionaría el hecho de que esté empeorando cuando debería estar mejorando.

Mi respuesta es la siguiente: Sus hombros se han vuelto dolorosos debido a que los músculos de esta zona ahora trabajan alrededor de un nuevo eje mecánico. Su pecho ha descendido un poco, sus hombros le siguen de forma natural. En consecuencia, los músculos se comportan de forma diferente: algunos están más estirados, otros más relajados; en resumen, se activan desde nuevas posiciones, con una nueva longitud. Esto puede provocar la alteración e irritación en los puntos de inserción muscular. Esto es lo que le ocurre a mi paciente y el dolor se agrava. La sensación de inquietud en ella también se puede explicar. Su pecho desciende un poco, lo que permite que su diafragma se mueva con mayor libertad. El mayor movimiento de su diafragma le da a sus intestinos un pequeño empujón. Con frecuencia, esta influencia mecánica puede provocar una digestión inestable mientras se adapta a las nuevas condiciones.

Me vienen innumerables reflexiones tras esta tercera sesión. Mi razonamiento es el siguiente: su pecho se ha vuelto más flexible, más funcional, y esto le permite respirar con mayor libertad y eficacia. Esto aliviará la tensión al hablar y me pregunto si esto puede haber tenido un efecto positivo en la calidad de la comunicación con su psicólogo. ¿O se debe a que ha descubierto una nueva forma de moverse, a que sus nuevas experiencias corporales influyen en su forma de pensar? Esto, de nuevo, podría darle acceso a sus propios sentimientos, facilitándole hablar de ellos con naturalidad con los demás.

Ahora sabe quién soy y de qué tratan nuestras sesiones; esto le permite sentirse más segura en estas situaciones. ¿Quizás por eso ahora se está abriendo poco a poco, no solo a sí misma, sino también a los demás?

Cuarta y quinta sesiones

Sus hombros están cada vez peor, tanto que su médico tiene que recetarle antiinflamatorios. Se pregunta cómo es posible que le duelan tanto los hombros sin que yo los haya tratado. Le explico, mostrándoselo en mi propio cuerpo, cómo los músculos del hombro ajustan su comportamiento según la posición del pecho. Se lo muestro frente a un espejo. Le muestro la espalda encorvada, dejándole ver cómo tanto mi pecho como mi abdomen tienen un espacio de movimiento limitado, con mayor tensión en ambos. Luego cambio de posición, libero la tensión abdominal y le muestro cómo esto lleva a un pecho más “abierto”, desde donde mis hombros pueden moverse con mayor libertad. Lo prueba por sí misma y, asintiendo lentamente, admite experimentar movimientos adicionales y nuevos en la parte superior de su cuerpo.

Me cuenta un episodio de unos días atrás. Iba a dar marcha atrás con su coche y, al girarse para mirar hacia atrás, sintió sin duda que este movimiento era más libre.

Durante las siguientes sesiones, practicamos ejercicios para lograr la extensión completa de las piernas y estabilizarlas. Practicamos principalmente de pie, sentada en un taburete y sentada en la camilla. También

le masajeo las piernas, tirando suavemente de sus músculos. Sus pantorrillas aún están sensibles, pero el dolor ya no es insoportable. No se resiste a mi masaje tensándose; simplemente dice “¡ay!” y estira el grupo muscular dolorido. Sus caderas se mueven cada vez con más libertad, siendo el lado derecho el que sigue teniendo mayor movilidad.

Reflexiones sobre la cuarta y quinta sesión

La paciente parece escéptica e interesada a la vez. Entiendo sus dudas, porque después de cinco sesiones, sus hombros le duelen más que nunca. En este punto, soy consciente de la necesidad de ser completamente específica; mis explicaciones deben tener sentido para ella. Estoy seguro de que su dolor de hombro es una dolencia pasajera debido al proceso que está atravesando su cuerpo. Sin embargo, noto que no solo es escéptica, sino que también está interesada. Hace preguntas, me da su opinión sobre cómo ha reaccionado su cuerpo después de cada sesión, y esta consciencia de cómo se mueve su cuerpo es totalmente nueva para ella. Sin embargo, es fácil entender que se encuentre sinceramente desesperada por sus hombros.

Estoy muy emocionada con lo que está sucediendo. Está transformándose el patrón de movimiento tenso de la mujer; ella es consciente de ello y puede expresar sus sentimientos con palabras. En otras palabras: hay un ligero progreso en un cuerpo tenso, y estos pequeños pasos de progreso son necesarios para promover el proceso de cambio y reestructuración.

Sexta sesión

Sigue asistiendo a sesiones semanales. Su estómago está más relajado; sus hombros casi no le duelen. Sale a caminar, aunque me cuenta que son paseos cortos. Durante su último paseo, hacia el final, le temblaban las piernas, y al llegar a casa sufrió un nuevo episodio de taquicardia y respiración dificultosa. Tuvo que recurrir a medicamentos para poder

dormir. Esto ocurrió hace dos días. Sigue agotada después de este episodio y dice que siente el cuerpo pesado.

Entiendo que han sido días difíciles para ella; han sido como una recaída: la reaparición de su antigua ansiedad e inquietud, y la necesidad de volver a tomar medicamentos para superarla. En este punto, es importante que mantenga la confianza en mí y no pierda el control de lo que está a punto de lograr. Está en movimiento y titubea porque sus nuevas experiencias corporales aún pueden parecerle algo incómodas.

Durante esta sexta sesión, solo realizamos ejercicios que ya conoce. Observo atentamente sus reacciones. Sus piernas son notablemente más fuertes y puede hacer más repeticiones que antes sin el temblor habitual. Sin embargo, es evidente que su mandíbula se ha tensado y está menos habladora. Parece que ha recuperado algo de su carácter taciturno.

Después de esta sesión, me reúno con su psicólogo. El psicólogo me cuenta sobre su sesión anterior. Habían abordado temas delicados que le trajeron a la memoria la difícil época de su ruptura matrimonial. El psicólogo opina que todavía le cuesta hablar de estas cosas; prefiere olvidar los recuerdos que le duelen.

Séptima sesión

Durante esta sesión, se muestra más comunicativa. Describe cómo es más consciente del modo en que aprieta activamente la mandíbula y cómo nota que la tensión en las piernas aumenta casi al mismo tiempo que aumenta la tensión mandibular. Ha estado más inquieta y los calambres en las piernas son frecuentes, sobre todo después de haber tenido un ataque de ira en casa. Le pregunto entonces si es normal que muestre y exprese su enfado. Responde: “No, eso es lo extraño, normalmente nunca me enfado con nadie, nunca. En casa estaban atónitos, preguntándose qué demonios estaba pasando”. Más tarde, pudieron reírse del asunto, lo que les permitió hablar de cosas que nunca antes habían comentado. Eso pareció “aliviar la presión” un poco.

La dejé practicar el dar patadas y luego sacudir las piernas. Observo

que está más animada, respira con más libertad y reacciona de forma espontánea y natural a mi masaje y estiramiento muscular, en lugar de tensarse como antes. Al final de la sesión, se siente cansada. Le dije que se preparara para descansar ese mismo día y le pedí que recordara mover la mandíbula y los dedos. Le sugerí que sus piernas podrían necesitar estiramientos adicionales después de sus paseos.

Octava sesión

Llega puntual a nuestra octava sesión, con aspecto más libre y relajado. Me contó que se había echado una buena siesta después de la sesión anterior y parecía muy satisfecha.

Comenzamos haciendo primero ejercicios estando de pie, como siempre, y luego sentada. Hoy todo parece más fácil. Le comento esto y me dice que se siente más ligera, que de alguna manera se ha quitado un peso de encima. Duerme mejor, disfruta de sus paseos, se siente más tranquila que antes y menos inquieta. Hacía mucho tiempo que no se sentía tan bien. Tiene un poco de dolor en la mandíbula, ha estado bostezando mucho y tiene un poco de malestar estomacal.

Para empezar, repasamos los ejercicios habituales. Una vez hechos, le pido que se acueste boca abajo en la camilla. Hoy no tiene molestias al acostarse en esta posición. Coloco una almohada pequeña debajo de su estómago y puedo trabajarla sin causarle molestias en la garganta ni en el estómago. Masajeo y estiro con cuidado los músculos de la zona lumbar, continuando con los músculos largos de la espalda a cada lado de la columna vertebral y, finalmente, la cintura escapular. Observo que no se tensa al recibir el masaje; se queda quieta en la camilla. Suspira y dice que apenas recuerda cuánto le dolía la espalda antes. Ahora se siente bien.

Termino la sesión indicándole que haga ejercicios de pie, ejercicios que aumenten su estabilidad y le ayuden a sentirse segura sobre sus propios pies. Reconoce estos ejercicios; los hemos hecho muchas veces y los hace bien. Al salir, se siente en plena forma.

Reflexiones tras la octava sesión

Sus piernas están más fuertes. Al respirar, el pecho y la parte baja del abdomen se mueven un poco más que antes. Ha empezado a bostezar, lo cual es una buena señal, ya que su respiración y sus músculos están más equilibrados. Puede acostarse boca abajo sin ninguna molestia. La tensión constante que probablemente causaba su dolor y agotamiento se ha aliviado. Duerme mejor y ha recuperado el importante equilibrio entre tensión y relajación. En general, se ha fortalecido y tolera más estrés en su vida. Sus molestias ya no se desencadenan con tanta facilidad como antes.

Mientras escribo, hemos llegado a la decimoquinta sesión. Sigue en contacto con su psicólogo y conmigo. No se ha librado de su ansiedad, pero me dice que es tolerable. Ha podido hablar de su infancia y de su relación con sus padres. Se casó joven y su vida matrimonial no fue muy buena. Se separó de su marido después de que sus hijos se fueran de casa.

Y ahora, en esta nueva etapa de su vida, con un trabajo seguro y tranquilidad a su alrededor, el miedo y la inquietud en el cuerpo aparecieron y la paralizaron por completo. Esa inquietud sigue siendo parte de ella, pero ya no es incomprensible ni aterradora como antes.

En este punto, parece apropiado citar un libro escrito por Gudrun Øvreberg y Tom Andersen, *Aadel Bülow-Hansens fysioterapi*:

Quando uno se suelta más, deja ir más y también se abre más para recibir. Lo ideal es estirarse para salir del dolor y la angustia a los que se está expuesto, en lugar de encogerse y aferrarse a ellos. (Andersen y Øvreberg, 1996).

Para esta mujer, la vida se volvió más llevadera una vez que su cuerpo adquirió mayor movilidad, su respiración se volvió más flexible y sus piernas se fortalecieron lo suficientemente como para sostenerla. La recuperación de todas estas cualidades, la expansión de su repertorio respiratorio y de movimiento, le permite a esta mujer adquirir nuevas

experiencias. Estas nuevas experiencias le generarán nuevos pensamientos, autoconocimiento y comprensión. Para ella, esto significa dejar de temer sus propios sentimientos. Comprende su origen y ahora entiende cuánto la han estado lastimando. Es un poco más fuerte, se mueve con más libertad, se ha abierto a su propia respiración, su cuello y mandíbula están más relajados. Ha cobrado vida.

Reflexiones posteriores

Nunca dejo de preguntarme cómo el movimiento, la respiración y el sentimiento están tan estrechamente vinculados. Me gustaría contar un pequeño episodio que presencié el otro día, de camino a casa del trabajo:

Los últimos dos días había estado nevando copiosamente; una nieve maravillosa, seca y fresca. En un parque cercano vi a un grupo de niños jugar en este hermoso elemento del invierno. Sus rostros se mostraban abiertos y brillantes, sus risas eran fuertes y resonantes. Observé cada uno de sus movimientos: corriendo, dando tumbos en la nieve fresca, cayéndose, levantándose, persiguiendo sin descanso a sus compañeros. El solo hecho de estar allí, viendo jugar a estos niños, me trajo recuerdos de mi infancia; no sentía ninguna preocupación. Pensé en todos nuestros juegos al aire libre durante el invierno, en el frío, pero con el mejor calzado del mundo: calcetines de lana tejidos, convertidos en “pantuflas”. Con ellos, me convertí en la más rápida y ligera de todos. Al menos, eso es lo que sentía. Subíamos y bajábamos corriendo, en trineo o patinete. Nunca olvido cómo gritábamos y chillábamos, bajábamos corriendo en una hilera de trineos de pie, cinco de ellos enganchados. Nos revolvíamos y revolcábamos en la nieve. Sentíamos un hormigueo en el estómago y nuestros cuerpos se sentían maravillosamente vivos. Nos tumbábamos boca arriba, haciendo “ángeles en la nieve”, contemplábamos las estrellas y las auroras boreales titilando en

el cielo. Caminábamos pesadamente por los campos donde la nieve recién caída yacía intacta, y cada uno de nosotros construía su propia pequeña guarida.

De repente, una bola de nieve del parque me golpeó y me despertó de mis ensoñaciones; reí y la tensión se borró de los rostros de los niños. De camino a casa, mi mente de fisioterapeuta daba vueltas, ahora de forma más profesional: jugar en la primera infancia era todo lo que necesitábamos para asegurar nuestro desarrollo natural. Nuestros brazos y piernas estaban en constante movimiento, exigiendo cada vez más movilidad y fuerza. Jugar también significaba competir, chillar, reír, incluso llorar; todos los movimientos y emociones expresadas daban paso a una respiración tranquila. Nuestra fantasía y nuestro propio desarrollo personal y corporal se veían estimulados por todo el bullicio, la actividad, el contacto físico, al probar la fuerza de los demás.

Mis pensamientos fluyen, vuelven al punto en que dejé el trabajo ese día, a todos los pacientes con sus dolores y molestias. ¿Dónde se ha ido nuestra alegría, nuestro niño interior? ¿Ha desaparecido, reemplazado por la vida adulta, donde todas nuestras actividades están programadas? ¿Cómo es posible que el dolor y la ansiedad puedan afectar tanto nuestras vidas? ¿Cómo es que el proceso no se detiene antes de que llegue tan lejos? Creo que debe haber señales del cuerpo que se están descuidando. Cuidar o prestar atención a las propias emociones, ser consciente de los propios movimientos cuando restringimos esos movimientos, parece ser una prioridad menor. ¿Acaso la gente no se da cuenta de que ha pisado los frenos antes de estar a punto de derrumbarse, con síntomas tan numerosos y graves que su funcionamiento diario se ve gravemente afectado?

Esta cadena de pensamientos me lleva a donde todos comenzamos nuestra existencia, flotando en el vientre de nuestra madre, arrullados por sus movimientos, sintiendo los latidos de su corazón. Nacemos en este mundo, respiramos y nos movemos. Nuestro desarrollo emocional, intelectual y motor depende completamente de quienes nos rodean.

Aprendemos a través de nuestros sentidos, por la boca, por el tacto, vemos y oímos. Más adelante, el niño se muestra más decidido en sus acciones: gira la cabeza hacia el sonido para ver de dónde proviene y extiende las manos para agarrar objetos. Posteriormente, los movimientos implican gradualmente más partes del cuerpo: el niño gira, se da la vuelta, finalmente se pone a cuatro patas y empieza a gatear. Durante lo que llamamos desarrollo motor infantil, practica una variedad cada vez mayor de movimientos. El balbuceo se convierte en palabras. En esta etapa primaria, para desarrollarnos, necesitamos nuestros sentidos, necesitamos cercanía y la posibilidad de movernos. La curiosidad y la alegría de explorar nuestras nuevas habilidades nos impulsan a continuar, repitiendo lo que ya dominamos y, al mismo tiempo, a buscar nuevos retos. Me pregunto, ¿no necesitamos estos comportamientos a lo largo de toda nuestra vida? Aprender, practicar, explorar, buscar nuevos retos. Recuerdo muchos encuentros con residentes de casas de ancianos, todos enfermos y sintiéndose solos. Para estas personas, moverse no parece tener sentido, al carecer de cercanía emocional y estimulación. Moverse ya no les proporciona ningún placer. La chispa de la vida, su vitalidad, se desvanece. Veo algo de esto en el paciente abatido y en quien sufre de dolor crónico. Puede que sean más jóvenes, pero se observa el mismo patrón: respiración restringida y movimientos deficientes.

Cuando las funciones respiratorias y motrices se ven afectadas, descubrimos que esto no solo sobrecarga nuestras articulaciones y músculos, sino que también disminuye nuestra capacidad de sentir alegría y nos hace perder la curiosidad que hacía que la vida fuera tan emocionante cuando éramos jóvenes.

En ese momento, me viene a la mente con bastante claridad una imagen descrita por Gudrun Øvreberg. Ella solía comparar los movimientos con las teclas de un piano:

Los movimientos restringidos son como una nota repetida, o una escala simple. Toda la variedad de movimientos, con todos sus matices, se asemeja a tocar numerosas escalas en una varie-

dad de tonos, música en mayor y menor. Esto nos proporciona un repertorio completo a partir del cual podemos elegir tocar, o simplemente movernos.

Ingar Kvebæk

Tristeza solitaria

“Soy disléxico. Cuando escribo, me dan calambres terribles en el brazo y el hombro derechos”.

Así empezó la sesión de tratamiento, un encuentro con un chico que me cautivó desde el principio. Había algo en él que me hizo preguntarme: ¿De verdad alguien entiende a este chico?

Nuestra sesión empezó de forma muy diferente al modo en que suelo iniciar una sesión de tratamiento psicomotor. Me salté la evaluación habitual, la que aprendimos en la universidad. Sentí el impulso de mantenerme más “pasivo” de lo habitual y dejar que este chico tomara la iniciativa sobre lo que deberíamos hacer. Tras nuestro primer encuentro, me involucré por completo. Después de cada una de las cinco primeras sesiones, escribía lo sucedido con todo lujo de detalles. Esto fue importante para comprender lo que sucedía entre nosotros, entender cómo trabajábamos juntos como equipo, y explicar por qué pensaba que la calidad de este trabajo en equipo era fundamental para el resultado de nuestras sesiones. También pensé en la inspectora escolar que me lo había recomendado. Con este acto, demostró ser consciente de los problemas del chico. Ella pareció encontrar una conexión entre los dolores musculares y su dislexia. Con el tiempo, supimos que sus dolores corporales y su tensión eran resultado no solo de su dislexia, sino también de otros incidentes dolorosos en su vida, incidentes que había guardado dentro de sí y de los que nunca había hablado con nadie.

Quizás esto sorprenda al lector, pero el tratamiento también resultó beneficioso para su dislexia. La dislexia, es decir, la capacidad reducida

para aprender a leer y escribir, no es una condición permanente. Cuando empezamos a tratar y relajar sus músculos tensos, la lectura y escritura mejoran y el paciente padece menos dolor.

Nuestros cinco encuentros

Primer encuentro

Hoy viene a verme un alumno de 14 años. La inspectora escolar se puso en contacto conmigo porque este chico se quejaba de dolor de cuello y hombros. Ella sospecha que los dolores tienen algo que ver con su dislexia. Uno de mis colegas me cuenta que el padre del niño murió en un accidente de tráfico hace cuatro años.

Cuando viene a mi clínica, se equivoca de lugar y entra directamente en mi consulta en lugar de ir a la sala de espera. Lleva una enorme y pesada chaqueta de cuero negra y unas grandes botas vaqueras también negras. Es alto, delgado y tiene un flequillo larguísimo. Tiene el cuello inclinado hacia adelante, lo que dificulta el contacto visual. Me cae bien. Le pido que se siente en la sala de espera. Un rato después le llamo. Ha colgado la chaqueta y se ha quitado las botas. Nos saludamos, nos damos la mano y, mientras sacude la cabeza, establecemos contacto visual. Se mueve por la habitación y finalmente encuentra un sitio para sentarse. Se sienta en el borde de la camilla. Me siento en un taburete a unos metros de él. Me dice:

Soy disléxico. Cuando escribo, me dan calambres terribles en el brazo derecho y el hombro, a veces incluso en la cabeza, sobre todo en la clase de inglés (primera lengua extranjera). Hasta cuarto de primaria ni siquiera sabía escribir mi nombre. En algunas asignaturas me permiten hacer los exámenes oralmente. Entonces suelo sacar las mejores notas. En los exámenes escritos, las peores. Cuando tenemos inglés, me dan calambres; solo de pensarlo me pongo a sudar. Me va mejor en alemán (segunda lengua extranjera). Creo que quizá sea porque empezamos más

tarde, y para entonces ya leía y escribía mejor. No se me vino todo abajo, como en inglés. Estoy acostumbrado a trabajar duro, soy una persona activa. Lo curioso es que cuando estoy activo no me duele.

El niño baja la vista mientras habla, casi escondido tras su largo flequillo. Al rato, levanta la vista, me mira y se pregunta cuándo lo voy a examinar. Le cuento brevemente lo que voy a hacer. Se desviste y me dice que ya había ido a un fisioterapeuta, pero que solo le había trabajado el cuello. “No he mejorado nada”. Le pido que se ponga de pie en el suelo.

(F: Fisioterapeuta, P: Paciente)

De pie

F: Tienes el pie derecho un poco detrás del izquierdo. ¿Puedes ponerlos derecho?

P: ¡Pero eso me deja torcido!

F: Sí, es cierto, pero como puedes ver, ahora están perfectamente alineados.

P: Mmm... qué raro.

F: ¿Notas que tienes la rodilla derecha un poco doblada?

P: No, siempre estoy en pie así.

Le agarro la rótula e intento moverla. Está completamente atascada. Tiene los músculos del muslo y la pantorrilla extremadamente tensos. Suavemente empujo su rodilla hacia atrás para extenderla por completo, pero ofrece mucha resistencia.

P: Eso me tira de la pantorrilla.

F: ¿Notas que cuando estás de pie así, tu pelvis y tu espalda están un poco torcidas?

P: No, siempre estoy de pie así.

Reflexiones

Esta primera parte del examen fue diferente a como lo hacemos habitualmente en fisioterapia psicomotora. Normalmente yo dirigiría la sesión, pero esta vez fue él quien tomó la iniciativa. ¿Por qué sucedió?

Ya he mencionado que me cayó bien espontáneamente. Empatiqué con él y pronto comprendí que no debía ser demasiado dominante ni demasiado autoritario al realizar la evaluación inicial. Él tomó la iniciativa sobre lo que hacer y cuándo hacerlo, y le permití expresar lo que pensaba sin interrupciones.

Por el momento, he notado que tiene las piernas extremadamente tensas. Está desequilibrado, es decir, gasta mucha energía y fuerza muscular simplemente para mantenerse erguido. Él mismo no es consciente de ello, pero cuando se lo señalo, siente ligeramente esta tensión, y ciertamente se sentía doblado al estar de pie con las piernas estiradas. Su consciencia y su capacidad para expresar lo que experimenta espontáneamente sin pensar demasiado son buenas. Ahora tengo curiosidad por saber si la tensión muscular cambia de naturaleza al sentarse o acostarse.

Sentado

Al sentarse en un taburete, se endereza. Esto podría indicar un desequilibrio muscular en las piernas y la pelvis, lo que a su vez podría afectar el equilibrio muscular de la pelvis y la espalda. Su hombro derecho está elevado. Se resiste a mi intento de balancear las piernas y se da cuenta de que lo hace. Le pido que baje la cabeza, pero inmediatamente la echa hacia atrás. Dice que sintió mucha tensión en los músculos del cuello. Le pido que se deje caer hacia adelante, esta vez con más suavidad. Ahora veo que hay una curva uniforme y suave a lo largo de toda la espalda, y un estiramiento uniforme. Todavía hay algo de resistencia en alguna parte; todavía se está conteniendo. Le reviso el abdomen; está tenso, y esto podría explicar por qué no se hunde más. No deja caer los brazos mientras se inclina hacia adelante de esta manera; se mantienen en posición gracias a músculos grandes que cubren gran parte de su espalda.

Acostado

Al tumbarse boca abajo sobre la camilla, contrae los glúteos y gira las piernas hacia afuera. El omóplato derecho se retrae y el brazo se mantiene pegado al cuerpo. Los músculos de la zona lumbar están tensos. Controla la respiración, y el cambio de posición no influye en su patrón respiratorio. Su respiración no es profunda ni libre, y su pecho está rígido. No me permite empujar ni aflojar sus omóplatos; los músculos entre los omóplatos, los hombros y el cuello están activos e impiden este movimiento. Se tiende en decúbito supino y observo que la tensión permanece inalterada.

No le permito permanecer más en estas posiciones; obviamente le resultan incómodas. Observé que adoptaba una posición de “guardia” tensando los músculos y controlando la respiración. Esta es una forma de protegerse. En particular, la respiración controlada me avisa de que podría tener problemas emocionales. Al controlar la respiración y tensar los músculos, podemos controlar nuestras emociones.

Se levanta y le pregunto qué tal le fue.

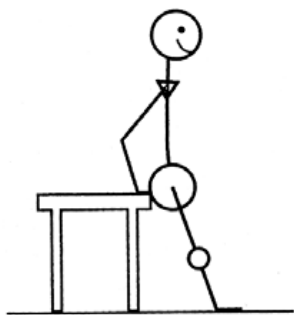
P: Sí, estuvo bien que se me examinara todo el cuerpo.

F: Por lo que he visto y sentido, al principio me voy a concentrar en tus piernas. En cierto modo, tus piernas son los cimientos de tu cuerpo. Dicho en sentido figurado: Tus cimientos están inclinados, las puertas chirrían y no entra mucho aire por la chimenea.

P: Ja, ja, sí, ya sé a qué te refieres.

Le muestro un ejercicio:

Le resulta más fácil realizar el ejercicio en esta posición, ya que los músculos que realizan la extensión de la rodilla están más relajados y no tienen que realizar trabajo postural. Su pierna izquierda sigue funcionando mejor que la derecha. Sin embargo, poco a poco prueba el mismo ejercicio sin apoyo y, al cabo de un tiempo, consigue extender completamente la rodilla derecha. Esto es, sin duda, muy alentador.



Apretando y aflojando la rótula usando los músculos del muslo

Reflexiones

Después de esta sesión, me di cuenta de que debía prestar mucha atención a lo que estaba sucediendo. ¿Es la FPMN el tratamiento adecuado para este paciente? Estaba claramente “en guardia”, especialmente en decúbito supino. Sin duda, había un desequilibrio muscular en sus piernas, y estaban constreñidas en un patrón de flexión. Sin embargo, decidí que debía intentar relajar la tensión muscular de sus piernas para que

pudiera lograr una extensión completa y libre. Cuando las rodillas se extienden, esto suele ir acompañado de un impulso que reduce el control de la respiración. Este enderezamiento o extensión de las piernas produce un estiramiento profundo de la parte superior del cuerpo. Si logra hacerlo y, al mismo tiempo, deja el control de la respiración, podría experimentar y familiarizarse con su cuerpo de una forma totalmente nueva para él. Omití preguntarle en detalle sobre su historial clínico porque creo que este tipo de enfoque le habría resultado difícil. Nos entendimos bien y quise mantenerlo así.

Segunda reunión

F: ¿Cómo te fue después de haber estado aquí la última vez?

P: Sentí las piernas más ligeras, libres y relajadas, pero poco después volví al punto de partida. He intentado ponerme de pie como me enseñaste, pero me siento un poco torcido. También he intentado hacer ese ejercicio de rótula, pero creo que no lo he hecho bien.

Se desviste y enseguida noto que está de pie exactamente igual que hace una semana. Le pido que se apoye en la camilla, como hizo la última vez, y que repita el mismo ejercicio. Sigue siendo fácil con la pierna izquierda; es decir, está en perfecto contacto con los extensores de la rodi-

lla izquierda. Cuando intenta hacer el mismo ejercicio con la rodilla derecha, activa muchos músculos, además de los propios específicos. Activa los dedos de los pies, los flexores de la rodilla, los glúteos y los aductores, encargados de juntar las piernas, así como los abdominales y la espalda. En otras palabras: se esfuerza mucho en hacer algo que debería ser fácil. No hay una contracción “pura” del músculo en cuestión. Le masajeo los músculos del muslo y la zona de la rótula. Los músculos están en alta tensión y le duelen al tacto. Reacciona al dolor girando el pie. Intenta tensar y luego relajar la rótula, primero la izquierda sin problema, luego la derecha. Alterna entre la izquierda y la derecha, intentando adquirir la habilidad en ambos lados. Con el tiempo, parece conseguir más contacto con la pierna derecha, pero la relajación sigue siendo difícil. Lo consigue, pero con esfuerzo; los músculos tiemblan al hacerlo. Dice: “Es un poco raro, pero siento que tengo el control de ese músculo. Nunca había sentido algo así. Ahora siento como un hormigueo”. Le explico un poco cómo funcionan nuestros músculos. Le sorprendió saber que se pueda controlar la acción muscular de esta manera: “Pensé que todo se hacía automáticamente”. Tras pensarlo un rato, me dice:

Siempre me duele el muslo cuando corro y cuando tenemos gimnasia en el colegio. Nunca entendí por qué. Lo mismo me pasa en el brazo y el cuello cuando jugamos al voleibol o al baloncesto. A veces me agarroto y apenas puedo mover el cuello después. ¿Quieres decir que es porque tengo los músculos muy tensos?

Cuando ha comprendido completamente la idea de este ejercicio, le pido que se mantenga de pie libremente, sin apoyo. Ahora debe doblar y estirar la rodilla. De nuevo, es fácil con la izquierda, pero para hacer el mismo movimiento con la derecha, necesita compensar aumentando el ángulo pélvico y, al mismo tiempo, moviendo la pelvis hacia atrás. “Cuando estiro la rodilla derecha, siento mucha tensión detrás de la rodilla y en los músculos de la pantorrilla”. Le pido que se recueste boca arriba en la camilla y le masajeo estos músculos para relajarlos un poco.

Le masajeo y, alternativamente, le pido que empuje el talón hacia abajo, en dirección longitudinal. Empujar el talón de esta manera, alejándolo, por así decirlo, busca provocar una contracción refleja de los músculos de la parte delantera del muslo (el cuádriceps). Sin embargo, esto no ocurrió, ya que los músculos posteriores (isquiotibiales) estaban demasiado tensos y cortos para permitir este reflejo natural. Mientras trabajo estos músculos, noto cómo su pierna se relaja. También veo que pierde un poco el “control de la respiración”. Mantiene el brazo y el hombro derechos ligeramente flexionados, pegados al cuerpo. Descansa en posición fetal. “Me sentí bastante cansado aquí tumbado. Me dolió cuando me tocaste, pero ahora me siento bien”.

Una vez más, se baja de la camilla y se pone de pie. Sin apoyo, ha estirado un poco la rodilla derecha, distribuye su peso de forma más uniforme, y él mismo lo nota. Antes de irse, se pregunta qué pasará si los músculos tensos empiezan a relajarse.

P: Supongo que se volverán a tensar, ¿por mi dislexia?

F: No estoy tan seguro. No creo que tu dislexia sea la única razón por la que tus músculos están tensos y rígidos. Por alguna razón, creo que, con el paso de los años, así es como tu cuerpo ha respondido. Tener dislexia solo empeora las cosas. Por lo tanto, no creo que vuelvas a tensarte automáticamente.

Concertamos una nueva cita. Prefiere un cambio de día para no faltar siempre a la escuela a la misma hora y a las mismas asignaturas.

Reflexiones

Tengo claro que ahora está preparado para involucrarse en este tipo de tratamiento. Había probado algunas de los ejercicios que hicimos la primera vez y nota que le resulta difícil. Ha percibido una sensación de rigidez en el cuerpo. Durante la sesión de tratamiento, le surgen, se evocan asociaciones; por ejemplo, recuerda cómo reacciona su cuerpo en

gimnasia. De repente, cobran sentido las cosas en las que ha estado reflexionando. Y, por último, pero no menos importante, muestra señales de tener potencial para cambiar. Cuando estaba tumbado boca arriba, no estaba en guardia de forma persistente. Sus piernas se relajaron un poco, reducía el control de la respiración, aunque solo fuera un poco. Sin embargo, debo tener cuidado de no relajarle demasiado los brazos; estaban definitivamente en guardia. Al final de la sesión, su postura ha mejorado y está más equilibrado. ¡Esto sí que es un cambio!

Tercera reunión

P: Ha sido una semana horrible. Me duele mucho escribir. Una noche me desperté completamente agarrotado, con la cabeza torcida hacia la derecha. Me levanté de la cama y simplemente caminé por la habitación. Finalmente, logré relajarme y recuperar la movilidad del cuello.

F: Esto seguramente tenga algo que ver con lo que hemos estado haciendo aquí. Cuando el nivel de tensión muscular cambia, el resultado puede ser diferente al que esperabas. Me alegra que me cuentes lo que has experimentado, lo que piensas, y cómo te sientes después de cada sesión. Esto me ayuda a entender que no solo el acto de escribir aumenta la tensión muscular.

Empezamos donde acabamos en la segunda reunión. Está en su posición habitual de pie, sin apoyo, y tenemos que trabajar las piernas. Esta vez va mucho mejor. Comparado con la última vez, lo compensa contrayendo mucho menos otros músculos. Con esto quiero decir que no se esfuerza tanto en un movimiento simple como hace una semana. Ahora trabajamos en lo que llamamos transferencia de peso; es decir, balancearse de un lado a otro, dejando que la pelvis se mueva hacia adelante y hacia atrás, con las piernas estiradas y relajadas. Esto le va bien, siempre que no tenga que hacer un movimiento demasiado grande, pero aumentar el alcance de movimiento le hace tensar la pelvis y las piernas. Flexiona y estira las piernas ligera y alternativamente a la altura de las rodillas; solo pequeños movimientos, con el mínimo esfuerzo posible. Hago hincapié

en esto para que experimente lo fácil que es todo. Quiero que experimente lo que se siente al estar de pie con las rodillas extendidas, rectas y a la vez relajadas, cómo se siente estar en equilibrio, con una postura firme, sin tener que contraer ni tensar los músculos. Esta vez, al tumbarse boca abajo, no contrae los glúteos; sus piernas adoptan una posición relajada y girada hacia adentro. Me deja moverlas pasivamente.

Masajeo los músculos alrededor de la columna lumbar y la parte inferior del pecho, y poco a poco se va relajando, y su respiración se vuelve más libre y profunda, descendiendo en dirección basal. De esto puedo concluir que algo está cambiando, y que este cambio representa un paso en la dirección correcta. La tensión en sus músculos, sobre todo en las piernas, se está relajando lentamente, lo que lleva a la liberación de lo que hasta ahora había sido un patrón respiratorio restringido. Los músculos aún están claramente tensos alrededor de su cintura escapular. Esta tensión es tan pronunciada, es su estado “de guardia”, que decido dejarlo así por el momento. Se levanta, se pone en pie, hace un poco de “trabajo de piernas”, antes de volver a subirse a la camilla, esta vez en decúbito supino. Ahora suelta definitivamente las piernas y me permite moverlas pasivamente en todas direcciones. Tiro de su pelvis hacia abajo, hacia los talones, enderezando así un poco la inclinación de su columna lumbar. Su respiración responde y me concentro en masajear sus piernas. Alternativamente, dejo que empuje el talón hacia afuera, deseando activar esta contracción refleja hacia adelante, para lograr una extensión completa de la rodilla. Su pierna derecha aún no responde a este impulso; dobla la rodilla al presionar el talón hacia abajo. Noto que su hombro derecho se afloja un poco; lo muevo un poco y enseguida lo vuelve a tensar. Lo dejo estar.

Permanece en decúbito supino y salgo de la habitación. Un rato después, al volver a entrar, se ha tumbado de lado. “Estoy muy cansado”, dice. Concertamos una nueva cita y le digo que la inspectora escolar quiere reunirse conmigo.

Reflexiones

Después de este tratamiento, tuvo una reacción. Se ha sentido peor toda la semana y una noche se despertó con el hombro y el cuello completamente rígido. Se había producido un cambio físico, y me pregunto si es que resultó demasiado para él. ¿Es que este cambio lo hizo tensarse de nuevo? Y, de ser así, ¿por qué? Hasta ahora, solo hemos trabajado las piernas y ¡su cuerpo ha reaccionado con el cuello agarrotado y cada vez más dolorido!

Reflexiono sobre lo siguiente tras la tercera sesión: relajó las piernas y permanecieron relajadas, incluso después de masajearlas mientras estaba acostado en la camilla; y lo más importante, no restringió la respiración de forma activa ni refleja como resultado. Así que mi opinión es que podemos continuar.

Está claro que cuando se produce un cambio en el cuerpo de este joven, que está en un estado tan alto de tensión y desequilibrio, este cambio debe manifestarse de una forma u otra; quizás en la forma de algún tipo de reacción, ya sea muscular, emocional o autonómica. En su caso, fue el cuello el que sufrió la reacción. El hecho de que también experimentara un aumento de tensión durante la noche es interesante, así que quizás esto le permita comprender que su tensión no se debe únicamente a su problema de escritura. Su reacción muscular nocturna puede interpretarse de la siguiente manera: ha liberado algo de tensión muscular, lo que permite que su cuerpo esté aún más relajado durante el sueño. Esto provoca el impulso reflejo en su cuerpo de “reestructurar” su estado muscular, lo cual puede ser preliminar, ya que el tratamiento se encuentra en una etapa temprana. Mientras duerme, es posible que los músculos de su cuello reaccionen instintivamente aumentando la tensión para contrarrestar este impulso de cambio. Sin embargo, ciertamente logró la extensión completa de ambas rodillas y estaba más relajado en la camilla que la primera vez. Necesito fijarme constantemente en su respiración y en la forma en que se protege instintivamente, mediante el principio de estar “en guardia”. Esto me indica que no debo apresurar el progreso. La consecuencia de no prestar atención a estos factores podría

ser un aumento de su protección muscular. Una liberación demasiado repentina de su patrón respiratorio, hasta ahora restringido, puede provocar reacciones corporales desagradables.

Reunión con la inspectora

La inspectora se puso en contacto conmigo. Nos reunimos durante una hora en mi despacho. Los puntos principales que ella comenta en nuestra reunión son los siguientes:

- Él muestra un comportamiento grosero y puede actuar agresivamente con el profesor en las clases donde tiene problemas.
- No acepta ningún tipo de ayuda mientras haya compañeros en el aula.
- El Servicio de Bienestar Pediátrico (PPD) considera que su dislexia es atípica.
- Él y su familia fueron objeto de un seguimiento estrecho tras el fallecimiento de su padre.

Reflexiones tras la reunión con la inspectora

Sentí que la inspectora y yo teníamos puntos de vista diferentes sobre el motivo de su dolor y rigidez en el cuello y el brazo. Su opinión era que sus problemas musculoesqueléticos eran consecuencia directa de su dislexia, y que el objetivo de mi tratamiento era simplemente eliminar su dolor, y solamente eso.

Para la inspectora, la siguiente afirmación es cierta:

Dislexia → Dolor muscular

Él tiene dificultad para escribir; debe esforzarse mucho y, como consecuencia, le duelen los músculos. Ella propuso que se trataba de un pro-

blema estático, con una solución lineal. Mi papel aquí era eliminar los síntomas causados por su dislexia. Aun así, yo tenía la impresión de que esta condición suya era algo más que un simple problema de dislexia. Por supuesto, es evidente que tener problemas de lectura y escritura es una carga pesada. Esto puede manifestarse en un patrón de tensión muscular que afecta a todo el cuerpo, no solo al brazo con el que escribe. Mi idea de que sus problemas tienen que ver con algo más que su dislexia se basa en los hallazgos de la evaluación inicial, y esta impresión se ve reforzada por el hecho de que el servicio de bienestar pediátrico califique a su dislexia como “atípica”. Creo que, si su patrón de tensión y desequilibrio corporal cambian, esto influirá en sus habilidades de lectura y escritura. Ciertamente no quiero decir que solo veamos lo siguiente:

Dolor muscular → Dislexia

Más bien, tenemos la siguiente situación:

Dolor muscular <-> Dislexia

Cuarta reunión

Le comento que he estado en una reunión con la inspectora.

P: Sí, lo sé. Esta semana ha estado un poco mejor, pero me siento un poco tenso. Intento ajustar mi postura al estar de pie, pero me siento raro.

Esta vez le parece más fácil adoptar una buena postura de pie. No noto ninguna tensión excesiva ni en las piernas ni en la pelvis. Aun así, sigue siendo lento al realizar diferentes ejercicios (ver sesiones anteriores), especialmente los que involucran la pierna derecha. Como antes, alterno entre masajes, estiramientos y la creación de conciencia corporal desde varias posiciones iniciales, como sentado en un taburete, de pie o sentado en el borde de la camilla, con las piernas colgando. Al recostarse boca abajo, claramente libera la tensión en las piernas y los omóplatos, como la

última vez. Sin embargo, aún mantiene los brazos y hombros aferrados. Le masajeo la parte baja de la espalda y el tórax, y le doy un suave empujón pélvico hacia abajo. Su respiración se hace más profunda. “¡Uf!... ¡Qué bueno resultó ser eso!”. Notó esta apertura a su propia respiración y casi al mismo tiempo relajó los brazos. Esto me hizo preguntarme por un momento si debería seguir trabajando con sus brazos, pero luego decidí no hacerlo, sencillamente porque deseaba que se quedara ahí tumbado y notara lo que se siente al tener los brazos relajados.

P: Siento los brazos muy pesados y estoy muy cansado.

El siguiente paso fue comprobar si había puesto las piernas “en guardia”, es decir, si habría algún aumento de tensión en ellas. Se da la vuelta para ponerse boca arriba. Pruebo a ver si me deja mover las piernas pasivamente; lo hace, pero no puede extender completamente la rodilla derecha cuando empuja el talón hacia abajo y hacia afuera. Hay un fuerte tirón en la parte posterior de la articulación de la rodilla. Los músculos de la pantorrilla, de la parte posterior y la cara interna del muslo están tensos y son cortos. Ha estado de pie con la rodilla derecha flexionada durante tanto tiempo por lo que, naturalmente, le llevará tiempo relajar y estirar estos músculos. Mientras sigo trabajando en la pierna, noto que el brazo y hombro permanecen relajados, y veo que su respiración es abdominal, basal. En esta posición supina descansa bien. Esto me indica que ya no necesita tensarse para protegerse; ni las piernas ni la respiración se ven afectadas. Le dejé descansar un rato. Para cuando regresé a la sala, había encogido la pierna derecha y la había girado ligeramente hacia adentro, y su brazo derecho estaba más tenso que antes del descanso. Tenía la cabeza girada hacia la derecha, pero él mismo no había notado este cambio y se sorprendió un poco cuando se lo señalé. Me dijo que sentía el hombro rígido.

F: Durante esta sesión estuviste mucho más relajado que hasta ahora. Pero tu tensión aumentó durante tu pequeño descanso. Quizás te rela-

jamos demasiado. Esto debe tenerse en cuenta la próxima vez que nos veamos.

Reflexiones

¿Qué le hizo tensarse durante el descanso? ¿Le había relajado demasiado? ¿Cómo podría yo haber evitado esta reacción? Yo había dudado en trabajar más en el brazo al notar que se había relajado un poco. Decidí dejarle tranquilo, descansado y relajado, sin correr el riesgo de que se tensara por trabajarlo demasiado. Esto no fue necesariamente lo que era correcto hacer, o no hacer. Quizás podríamos haber establecido más contacto y consciencia de su brazo derecho estimulando la extensión del codo, ya que su brazo estaba tan relajado. Quizás debería haberle dicho que moviera y estirara el brazo si sentía que se le ponía rígido. Quizás debería haber descansado en una posición más cómoda y “segura”. Así no habría tenido que estar cada vez más en guardia como esta vez.

Quinta reunión

Lo llamé desde la sala de espera, caminando detrás de él mientras nos dirigíamos a mi consulta. Tiene las manos en los bolsillos, está encorvado y, al caminar, no mueve mucho el cuerpo. Al acercarme a la sala de terapia, bostezo, y él comenta:

P: Parece que no soy el único que está cansado... Estaba realmente agotado después de nuestra última sesión.

F: Yo no diría que me encuentre cansado. Antes de salir a llamarte, tuve un poco de tiempo libre. Me estiré. Estaba bastante cansado después de mi último paciente; en este caso, estirarse es bueno. Entonces llegaste y bostecé; este bostezo fue el resultado de estirarme un poco antes. Es así: estirarse provoca bostezos, y bostezar estimula aún más estiramientos. Imagina un gato, observa cómo bosteza y se estira. Claro que podemos reprimir un bostezo, pero luego tenemos que “recomponernos” y lo hacemos aumentando la tensión muscular.

P: ¡Caramba! Eso significa que puedo bostezar durante las clases en el

colegio, y cuando el profesor me dice que me acueste más temprano, puedo decirle que me has animado a bostezar libremente, siempre que lo necesite. Ja, ja.

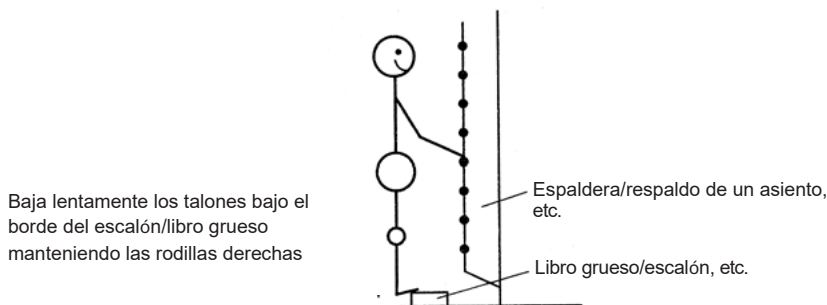
F: Sí, eso es justo lo que has de hacer.

P: En fin, cuando escribo, siento el brazo un poco más relajado, pero me duele más, y ahora me siento fatal estando de pie, como antes. ¡En realidad, todo me parece una tontería, tanto la forma antigua como la nueva! Siempre me canso de estar de pie, por eso siempre busco algo donde apoyarme o sentarme.

F: Ahí lo tienes, esa es precisamente la razón por la que tenemos que trabajar tanto las piernas. No te soportan.

Ahora, en la posición erguida, parece estar más equilibrado que antes. La rodilla derecha todavía está un poco flexionada y noto que se esfuerza menos al hacer el ejercicio de “flexión y extensión”. Esto significa que ya no activa muchos músculos al extender la rodilla. Simplemente usa los cuádriceps, pero siente el estiramiento en la parte posterior de la articulación de la rodilla. La rodilla izquierda funciona perfectamente. Le muestro un nuevo ejercicio, el “ejercicio del libro grueso”:

Debe hacer algo de ejercicio por sí mismo, como estirar los músculos de la pantorrilla y los isquiotibiales. Son tan cortos y tensos que necesitan estirarse, y no será suficiente hacerlo solo durante nuestras sesiones. Ahora le pido que se siente en la camilla y deje que sus piernas se balan-



ceen libremente. Sus piernas no “cuelgan”, y puedo sentir un músculo tenso en el muslo, muy cerca de su cadera derecha. Le dejo que lo sienta por sí mismo y lo comparo con lo que siente en el mismo lugar del lado izquierdo. Sintió que este músculo estaba mucho más relajado, lo cual le sorprendió. Le pedí que elevara y luego dejara caer el muslo, concentrándose en la “caída”, pero esto no produjo una liberación significativa de la tensión.

P: Así es como me siento al escribir: la pierna se me agarrota. Una vez me rompí el tobillo. ¿Crees que esa es la razón por la que los músculos están tan tensos?

F: No creo que esto sea la explicación completa, pero probablemente haya influido.

P: ¡Me he roto casi todos los huesos del cuerpo! Me rompí la pierna derecha dos veces, el tobillo una vez y la parte inferior de la pierna otra vez. Me rompí el antebrazo y dos costillas del lado izquierdo. Siempre he sido inquieto y torpe. Una vez me rompí el pulgar durante una pelea. Durante un tiempo fui increíblemente agresivo, pero ahora he aprendido a controlarlo.

F: Antes te preguntabas si tu tobillo roto era la causa de tus músculos tensos. Claro que es posible, pero hay otras explicaciones para tu problema muscular. Verás, una forma de controlar la ira es tensar los músculos, mantener la compostura, apretar la mandíbula. Así que, cuando me dices que has aprendido a controlar la ira, puede que lo hayas hecho contrayendo los músculos. (Él presta mucha atención a lo que digo, pero no hace ningún comentario al respecto. Sigue hablando de sus fracturas).

P: Creo que mis huesos eran bastante quebradizos en aquella época. Durante cuarto y quinto grado comía muy poco. Comer me ponía enfermo. De hecho, creo que era un poco anoréxico. En sexto grado falté a clase por completo durante casi seis meses.

F: ¿Por qué?

P: Sufría de náuseas y tenía muchos dolores de cabeza. Probablemente había algo psicológico/emocional en esto. Me encerré en casa después

de que mi padre muriera en un accidente de tráfico. (Me cuenta el accidente). Durante bastante tiempo después del accidente, me quedaba en mi habitación viendo vídeos. Me volví agresivo, cualquier nimiedad me hacía enfadar. Una vez casi estrangulé a un chico de mi clase, pero vino una profesora; si no, nunca lo habría soltado. Nadie entendía lo que pasaba. Mi madre estaba demasiado ocupada cuidándose a sí misma. Casi me convertí en parte del mobiliario de la consulta del médico. Siempre me pasaba algo, pero a pesar de todas las revisiones, el médico nunca averiguó nada.

F: ¿Nadie mencionó nunca pedir ayuda a los Servicios de Bienestar Pediátrico?

P: No. Mi profesora era amable. De hecho, era demasiado amable y comprensiva, y empecé a aprovecharme de ello. Poco a poco me di cuenta de que había llegado a un punto muerto; ya no mostraba mis sentimientos. Las cosas mejoraron cuando empecé la secundaria, en nuevos entornos sociales, con alumnos que eran mayores. Los alumnos de primaria eran increíblemente infantiles. Tengo un mejor amigo. Es mayor que yo.

F: Bueno, creo que la historia que me acabas de contar es fundamental para comprender por qué tu cuerpo se comporta de la manera en que lo hace. Y parece que tú mismo has comprendido un poco la conexión entre tu historia y tus dolencias. Todo lo que me has contado: tus fracturas, tus náuseas, todas las visitas al médico, la trágica historia del accidente de tu padre; todo esto en conjunto cobra sentido cuando intentamos comprender por qué tu cuerpo ha reaccionado de esta manera.

Reflexiones

Al principio de nuestras sesiones, comencé trabajando en lo que me resultaba obvio. Intenté no ser demasiado provocador, porque noté que él automáticamente protegía sus tensiones cuando yo intentaba relajarlas. Poco a poco, el patrón de tensión de su cuerpo cambiaba, y me contó esta historia durante nuestra quinta sesión. Surgió con bastante naturalidad; surgió cuando la historia estaba lista para ser contada.

Durante nuestras sesiones, se le permitió ser completamente franco.

Yo no le conocía ni sabía de su historia. Aquí él podía estar completamente a gusto, podía ser él mismo, al contrario de cómo se comportaba en la escuela. Allí se había creado una imagen, una imagen con la que debía estar a la altura. Nunca critiqué su comportamiento; probablemente esto lo tranquilizó y le dio la oportunidad de que le aparecieran otras cualidades. Este descubrimiento le permitió verse a sí mismo bajo una nueva luz, y fue posible gracias a que se le dio el tiempo necesario y a que yo creí en él. Esta relación ha sido importante para él, ya que le ha dado la oportunidad de evocar recuerdos en su cuerpo entumecido. Se ha tensado para reprimir el dolor y los recuerdos. Esta actitud suya de: “Lo superaré. Mamá estaba demasiado ocupada cuidándose como para fijarse en mí” se ha vuelto poco a poco una carga. Me dijo que se sentía bastante optimista con respecto a este tipo de terapia.

Terapia en curso

Quiero relatar los cambios corporales más pronunciados, los que él mismo ha experimentado y los que observé a medida que avanzábamos. En primer lugar, se notaba que le dolía menos al tocarlo. Cada vez era más consciente de cuándo y dónde aumentaba la tensión muscular. Al llegar las vacaciones de verano, ya habíamos tenido 12 sesiones. Durante las últimas dos, experimentó una relajación considerable, su respiración respondía libre y adecuadamente, la tensión de sus músculos abdominales se normalizó y se sentía cansado de una forma agradable. Durante las vacaciones de verano, tuvo un ataque severo de asma. Me contó que esto también le había ocurrido durante un tiempo después del accidente de su padre, pero que rara vez había vuelto a ocurrir desde entonces. Los ataques de asma pueden ser provocados por la ansiedad.

Reanudamos la terapia después de las vacaciones y, desde luego, no había recaído en su antiguo patrón de tensión. Durante el semestre de otoño, el cambio más interesante fue la mejora en su lectura y escritura. Me contó que su escritura se había vuelto más nítida y que otras personas podían entender lo que había escrito. Había leído en voz alta en

una clase de inglés, por primera vez. ¡Fue genial! Cuando empezó a leer, notó un nudo en el estómago y que su brazo derecho se tensaba cada vez más, pero ambas sensaciones pasaron rápidamente. La escuela le pidió que participara en clases de temas sociales para alumnos más pequeños. Otros cambios dignos de mención fueron la mejora de su equilibrio: “Ya no me caigo tan a menudo como antes”, “Estoy en mucho mejor forma”, “Tengo más energía”, “No he tenido ningún ataque de ira este otoño”.

Al terminar la terapia, me puse en contacto con la inspectora. Quería preguntarle si habían notado algún cambio en el chico durante este periodo. Me refirió a la profesora de noruego, quien le conocía mejor. Esta profesora me contó lo siguiente:

Siempre ha sido un alumno muy implicado. Sin embargo, durante un tiempo tuvo dificultad para aprender. Creo que se debía a sus problemas físicos. Todo esto cambió después de que empezara a ir a fisioterapia psicomotora. Incluso su escritura mejoró. Siempre ha tenido grandes expectativas sobre sí mismo, y ahora parece tener más confianza en sí mismo. Debo decir que he notado algo más: parece más feliz, su actitud es más positiva. En resumen, parece estar más en armonía consigo mismo. Siempre se cansaba mucho en clase, a menudo se tumbaba en su pupitre y a veces incluso se quedaba dormido. Luego empezó a estirarse y a bostezar mucho. Fue como un resurgimiento.

Seis meses después

Se puso en contacto conmigo seis meses después de terminar nuestra serie de tratamientos. Me comentó que a veces se le tensaba el cuello y el hombro derecho, pero que la mayoría de las veces conseguía recuperarse por sí solo.

Lo examiné y concluí que estaba más o menos en el mismo estado que la última vez. Lo más interesante fue que sus piernas estaban en

equilibrio. Eran principalmente los músculos alrededor del omóplato derecho los que estaban en alta tensión, así que ese día pude concentrarme en esa zona durante el tratamiento. Recordé algo que me dijo una vez: “Dentro de mí hay muchos reyes de poca monta, sobre todo uno fuerte en mi brazo derecho”. Me comentó esto con bastante espontaneidad: “Ahora soy el Rey. El rey de poca monta de mi brazo derecho a veces se rebela, ¡pero ahora puedo resistir su ataque!”.

Acordamos continuar la terapia un poco más, para que sus últimas tensiones tuvieran la oportunidad de liberarse. Lo que ocurrió fue que sus tensiones se relajaban poco a poco después de cada tratamiento, pero entre sesiones volvía a su patrón de tensión original. Debemos concluir que debe aceptar y vivir con este tipo de tensión. Por supuesto, su dislexia es la culpable del exceso de tensión en sus músculos de escritura. En pocas palabras: tener dislexia hace que escribir sea difícil, molesto, desagradable y exigente, lo que provoca un aumento de la tensión muscular. Sin embargo, ¿quizás esto no constituyera toda la historia?

Después de una de nuestras sesiones, comentó que no le gustaba hablar por teléfono. Lo peor era contestar. En estas situaciones, él observaba cómo se le tensaba el hombro derecho. Últimamente, esto se notaba especialmente cuando concertaba una cita por teléfono con una chica que le gustaba. Otra ocasión en la que notó esta tensión fue después de recibir un mensaje por teléfono sobre un amigo suyo que había resultado gravemente herido en un accidente de coche. Cuando me lo contó, recordé que me había relatado cómo recibió la noticia de la muerte de su padre. Era solo un niño y recibió este mensaje por teléfono de alguien que no conocía. No había nadie en casa, excepto su abuela, muy religiosa. El único comentario de ella fue: “Esto debe ser lo que Dios quiere”.

Le explico que es perfectamente adecuado relacionar este suceso con sus problemas de hombro y cuello. Cuando estamos en dificultades, mantenemos la compostura. ¿Y qué debemos hacer para lograrlo? Mantener la compostura no es una simple metáfora, no es solo algo que ocurre en nuestro cerebro o en nuestra alma. Está presente de forma muy específica en el cuerpo: los músculos se tensan y la respiración se controla.

Este aspecto es fácil de entender si imaginamos a un niño que se cae y se magulla la rodilla. El niño aprieta las mandíbulas, contiene la respiración y tensa los músculos, especialmente alrededor de la zona dolorida. Esto le sirve por un momento, pero luego vemos cómo brotan las lágrimas cuando llega mamá, papá o algún adulto cercano. El niño libera su tensión y se abre a sus sentimientos. Quizás esto fue lo que sucedió cuando el niño recibió un mensaje demasiado fuerte para que pudiera soportarlo, demasiado difícil de percibir; y se encontraba completamente solo. Así que mantuvo la compostura, se preparó, se endureció por fuera para no sentir el dolor interior. Recibió el mensaje de la muerte de su padre a través de su lado derecho, se tensó, y esto le permitió “olvidar” el insoportable hecho de que nunca volvería a verlo. Durante mucho tiempo después de esto, no hubo nadie con quien hablar, nadie que pudiera ayudarlo a liberar la tensión. “Mamá estaba demasiado ocupada cuidándose... Me encerraba en mi habitación y veía películas”.

Como mencioné antes en este capítulo, observamos que los recuerdos pueden revivir una vez que la tensión muscular se relaja. Bueno, si esto es así, ¿podemos suponer también que los recuerdos pueden desvanecerse o desaparecer por completo cuando se pierden los movimientos?

Para empezar, dije que creía que los adultos más cercanos no habían comprendido al niño. Consideré tres aspectos diferentes:

1. No creía que su dislexia fuera la única causa de sus dolencias físicas.
2. No creía que sus problemas de lectura y escritura fueran permanentes; desde luego, no creía que tuviera que vivir con estos problemas para siempre.
3. No creía que fuera un niño desagradable y agresivo. Veía esa circunstancia como su forma de sobrevivir.

Siempre hay más de una manera de vivir la vida. Esta terapia le ayudó a descubrir nuevas oportunidades.

Eli Rongved

Interacción

A continuación, relataré una sesión de tratamiento fallida. La sesión concluyó sin llegar a ninguna conclusión y yo, la terapeuta, participé activamente, aunque a la vez me sentía confundida y, en algunos momentos, casi paralizada. Desde la primera vez que nos vimos, estuve totalmente comprometida con esta paciente. Tomé notas detalladas después de cada sesión y pensé mucho en ella.

Parece más fácil tener una visión completa en retrospectiva. Al reconsiderar y reflexionar a posteriori, se puede comprender mejor lo que sucedió en ese momento. A veces, no se es capaz de ver la situación con claridad cuando uno se encuentra en el centro de la acción. En retrospectiva, también se puede obtener una nueva perspectiva, siempre que se pueda recrear la situación en la propia mente. Para el título de este capítulo he utilizado una metáfora musical. Que la fisioterapia psicomotora funcione depende del compromiso mutuo entre el paciente y el fisioterapeuta. La interacción es similar a los mecanismos que necesita una orquesta de cámara para crear música. El engaño en cualquiera de los involucrados es puramente destructivo; es preciso oír y participar activamente si se quiere progresar.

Para mí fue importante conversar sobre esta sesión con los coautores de este libro. Las preguntas que me hicieron me ayudaron a recordar detalles específicos. Como resultado, pude resumir sus aspectos de una manera que habría sido difícil si hubiera estado escribiendo sola. Gry es el nombre de la paciente que me derivaron para tratamiento.

Gracias a estas conversaciones en el grupo, todo el proceso de tratamiento ha esclarecido tanto la historia de Gry como la mía, y me ha permitido reflexionar con mayor claridad que cuando empecé a escribir.

Estuve profundamente involucrada en el proceso de tratamiento durante todo el tiempo que Gry vino a verme, y al final no pude comprender por qué terminó de esa manera. Sin embargo, a la luz de las nuevas reflexiones resultantes de mis conversaciones en el grupo de este libro, surgió una nueva hipótesis, y me gustaría compartir estas reflexiones con nuestros lectores.

Han pasado casi tres años desde que Gry y yo iniciamos nuestro proceso con fisioterapia psicomotora, y un año y medio desde que terminó. La llamo para saber cómo está. No parece sorprendida de mi llamada ni me pregunta el motivo. Me cuenta que está esperando ser hospitalizada en el Hospital Psiquiátrico de Nordland, tras una consulta con un psiquiatra en una policlínica psiquiátrica local. Me da la impresión de que tiene ilusión y espera buenos resultados. Gry me cuenta que estuvo un tiempo en un balneario y se sintió bien durante su estancia. Ahora toma antidepresivos y sigue de baja. Se ha inscrito en un curso de análisis de datos y lo encuentra agradable, pero se encuentra en mal estado físico y, por el momento, no puede aguantar mucho. Luego me dice:

La terapia psicomotora me vino bien; me ayudó a ser más consciente de mis propias reacciones, de mi forma de ser, por así decirlo. Pero mis dolencias siguen igual que antes.

Actualmente está en tratamiento con un fisioterapeuta local. El fisioterapeuta trata su problema vigente, sea cual sea en ese momento, por lo que el tratamiento varía según la sesión. Gry está bastante satisfecha con el tratamiento, ya que este fisioterapeuta comprende los principios de la fisioterapia psicomotora. Gry está deprimida, pero no quiere ni puede aceptar el hecho de que nunca se recuperará de esta condición.

Hay varias razones por las que deseo escribir acerca del proceso con Gry. Una es mi deseo de comprender mejor su historia; otra es mi nece-

sidad de expresar mi propia perplejidad y analizar detenidamente las decisiones que tomé en mi estado de incertidumbre.

El filósofo danés Søren Kierkegaard afirma: “La vida solo puede entenderse hacia atrás; pero debe vivirse hacia adelante”. Me aplico estas palabras ahora.

Cómo empezó todo

Era invierno cuando Gry vino a verme por primera vez. Tenía 42 años por aquel entonces y trabajaba a tiempo completo como profesora. Tenía tres hijos, dos de ellos adultos y uno de nueve años. Me la había derivado su médico, quien me rogó que la atendiera de inmediato. Me llamó y me dijo lo siguiente: “Este caso es tan complejo y a la vez tan difuso. Así que creo que el mejor tratamiento para ella ahora mismo debe ser la fisioterapia psicomotora”. Esta era la única información que yo tenía sobre Gry.

Gry describió sus síntomas de forma seria y apagada. Me contó que, para colmo, no solo había sufrido molestias físicas durante los últimos tres años, sino que, hacía seis meses, había tenido su primer ataque de ansiedad. Desde entonces, los ataques solían presentarse en situaciones estresantes. Siempre estaba cansada, a menudo completamente agotada. Se había vuelto torpe y el brazo y pierna derechos no le obedecían. El dolor de cabeza la mareaba y siempre se sentía tensa, independientemente de la situación en la que se encontrara. Le resultaba imposible relajarse. Había sido operada de mandíbula hacía dos o tres años, supuestamente por un problema con el menisco de la mandíbula derecha. Después de la operación, tuvo que usar aparato dental durante un tiempo. Se resfriaba con facilidad y frecuencia, y siempre tenía frío. Le dolía el cuello, y los dolores y molestias se extendían por todo el cuerpo. Todos estos problemas surgieron de repente; apenas podía reconocerse a sí misma. La examiné y envié la siguiente nota a su médico de cabecera:

La evaluación me indica que es una persona con sobrecarga de trabajo y en alta tensión; demuestra capacidad para relajarse y parece susceptible a los cambios.

Las conclusiones primarias se relacionan con el cuello, la mandíbula y la cara; sin embargo, las reacciones secundarias son extensas. Comenzaremos lo antes posible. Debido a las observaciones en su cuello, que entiendo que se trata de una disfunción segmentaria¹, espero que, con el tiempo, un terapeuta manual pueda evaluarla. La paciente está muy motivada.

En mi formulario de examen escribí lo siguiente:

Se encuentra mejor sentada que de pie. De pie, no parece conectar con las piernas, sobre todo la derecha, que está muy tensa. Al sentarse, se pone rígida, pero a pesar de ello, consigue liberar su respiración, lo que le permite sentarse con mayor libertad. Es sorprendente, sin embargo, cómo su cuerpo se ajusta constantemente a la posición de la cabeza; independientemente de las consecuencias, su cuerpo parece perseguir siempre la rigidez del cuello.

Para mí, estas observaciones indican que los hallazgos en su cuello son la causa principal de sus dolencias. En retrospectiva, me pregunto: ¿no debería haberme preocupado más por sus piernas? En cierto modo, “me sorprendió” la capacidad de su cuerpo para adaptarse a diferentes circunstancias, como estar sentada o acostada. He notado cómo los músculos de su lado derecho, en general, se encuentran en mayor tensión que los del izquierdo; mover el lado derecho le resulta doloroso, y, en cierto modo, está más desconectada de este lado del cuerpo. Es decir, siente que no le obedece, que se siente débil y que los músculos responden mal a la orden de contracción aislada. También observo la correlación entre las sensaciones que experimentaba Gry y mis observaciones y palpación.

1. Disfunción segmentaria: Movilidad inter-segmentaria defectuosa

Dos semanas después, Gry acude a una nueva sesión. Me comenta que se sintió completamente agotada después del examen y que le duele aún más el cuello. Pruebo diferentes maneras de abordar a Gry. Empieza intentando apoyar el peso alternativamente en el pie izquierdo y luego en el derecho. Este tratamiento se basa en tener confianza en cada lado, pero específicamente en el derecho. Le pido que compruebe cuánto peso puede apoyar en el pie derecho y luego con qué libertad puede mover esa pierna. Experimenta, tanto de pie como sentada. Al estar de pie, contiene la respiración y siente mucha debilidad en el pie derecho.

Ahora se sienta y prueba diferentes maneras de mover las caderas. Al hacerlo, su respiración se suaviza y desciende hacia el vientre, y el corsé muscular apretado que rodea su espalda inferior y abdomen se afloja. Se recuesta boca abajo en la camilla y sigo trabajando con ella hasta que su respiración fluye libremente hasta la zona lumbar. Inmediatamente, surge una reacción espontánea: se le oprime el pecho, le falta el aire, y a esto le sigue una sensación de ansiedad. Se levanta, intentando librarse de su sensación de impotencia y ansiedad pataleando, moviendo los brazos y las manos, e influyendo voluntariamente en su respiración. Esto sí que le ayuda; se calma y se recuesta de nuevo, esta vez boca arriba.

Tiene las piernas frías, tensas y sensibles al tacto. Le masajeo las piernas suavemente. Justo cuando siento que empiezan a aflojarse y recupera la capacidad de moverlas espontáneamente, se marea y le empieza a doler el cuello. Se levanta de nuevo y se sienta en la camilla, con las piernas colgando. Mueve las piernas, recupera el aliento y el mareo desaparece. Se acuesta a descansar, pero se levanta poco después, helada. De hecho, está bastante emocionada después de esta sesión. Le parece que vamos por buen camino.

¿Cómo fue la sesión?

Gry viene a mi consulta para recibir fisioterapia psicomotora cada dos semanas. Es callada, no habla mucho de sí misma, solo responde a mis preguntas. Espero con calma sus reacciones, su respuesta. ¿Soy dema-

siado indecisa, demasiado cuidadosa? ¿Debería desafiarla más, hacerle preguntas aún más directas de lo que he hecho hasta ahora? ¿Habría ayudado si hubiera sido más desafiante, obligándola a reflexionar más directamente sobre cuál podría ser la raíz de sus problemas? Le doy muchas vueltas a eso a medida que pasan las sesiones, una tras otra con poca o ninguna mejora. Está indecisa, se guarda algo, apoya el peso en los talones, tiene la espalda erguida y el cuello tenso. Irradia una especie de fuerza, pero al mismo tiempo está tan llena de tensión que está a punto de estallar.

Mantiene la mirada fija en la lejanía; nunca baja la mirada ni inclina la cabeza; cuando está cansada, simplemente cierra los párpados y parpadea rápidamente varias veces. Este hábito me hace preguntarme si está agotando su “canal” visual, y sigo intentado darle impulsos que desafíen su cinestesia. Le “pregunto” a su cuerpo.

Con el paso de las semanas, me acaba contando que conducir hasta aquí y volver le resulta demasiado agotador. Recorre largas distancias para sus sesiones, 70 kilómetros de ida y lo mismo de vuelta. También revela tener algunas dificultades en el trabajo, en parte debido a problemas con sus compañeros. Este es un tema recurrente a partir de ahora.

Han pasado cuatro meses desde que empezamos y se da cuenta de que se mantiene en pie de forma más estable y siente las piernas más suaves. Sin embargo, sigue experimentando, con la misma frecuencia de siempre, ataques de debilidad en todo el lado derecho del cuerpo, especialmente en el brazo y la pierna. Además, se cae con frecuencia y sufre mareos. Tengo un colega, Jostein, terapeuta manual, y le pido que la examine. Su examen de Gry arrojó la siguiente conclusión: “Función reducida en el segmento cervical superior, también entre C4, C5 y C6”. Creía que una manipulación específica de estos segmentos podría ayudarla. En total, tuvieron seis sesiones, durante las cuales hicimos una pausa. Su dolor de cabeza mejoró.

Concertamos una cita inmediatamente después de su última sesión con Jostein. En la última ocasión, le manipuló el segmento C4. Gry ha estado sufriendo recientemente de dolor facial. Cuando nos volvemos a

encontrar, su cuerpo está en un equilibrio maravilloso. Su espalda está relajada, suave y flexible, incluso sentada en un taburete. Poco a poco va descubriendo los movimientos de su pelvis y deja que su respiración siga cada uno de ellos. Los músculos de su columna lumbar son sensibles al tacto. En decúbito supino, su pelvis desciende suavemente, y su columna lumbar se apoya contra la superficie de la camilla. “Me siento de maravilla; esto es realmente lo que estaba esperando”. Su respiración fluye libremente por todo su tórax; solo hay paz y tranquilidad en ese momento.

Le pido que levante la cabeza y, tras una fracción de segundo, se le tensan los músculos de la garganta, le tiembla el labio inferior y rompe a llorar. Tirita y nota que vuelve a sentir la presión en el pecho. La arropo con una manta y, al cabo de un rato, la dejo sola. Así lo prefiere.

Cuando vuelvo a la habitación, Gry se ha quedado dormida. Tengo que despertarla y, por suerte, hay tiempo para que despierte del todo antes de que tenga que emprender el largo viaje a casa. Comenta sobre este episodio que su reacción no la sorprendió en absoluto y me asegura que no fue desagradable. Luego, no hablamos más del tema.

Me siento un poco aprensiva en cuanto a nuestra próxima sesión. Me pregunto si esta reacción suya será un rumbo a seguir, o si la hará aún más reticente a liberar; si la hará “retenerse” para recuperar la sensación de control. ¿Debería haberla protegido para que no soltara su control, en lugar de interpretar esas sutiles señales, su respiración, sus movimientos, la suavidad de su cuerpo como su propio deseo de *seguir adelante con su vida*, por así decirlo?

Gry vino y me contó que se había sentido inquieta e intranquila después de nuestra última sesión, pero también extremadamente aliviada. No hay mayor tensión en los músculos del cuello y siente su cuerpo con mayor claridad. Su lado derecho, el más tenso de los dos, le da una sensación de torsión; actualmente se siente extremadamente torcida.

En esta sesión nos centramos en ejercicios de estabilización. Practica la capacidad de adoptar diferentes posiciones, sin contener la respiración ni tensarse; de pie, sentada, al cambiar de postura, debe mantener un equilibrio perfecto. Esta vez soy mucho más cuidadosa, pues no quiero

provocar una reacción como la que experimentó la última vez que nos vimos. Quiero que tenga la sensación de autocontrol; de dominio de su propio cuerpo, de sus propias reacciones. Al mirar atrás y reflexionar sobre esto, estoy segura de que hice lo correcto. Quizás fue simplemente mi intuición la que me decía que no sería capaz de llevarla más lejos, así que la dejé ahí, unos escalones más abajo en la escalera de la mejoría.

En ese momento, Gry me dice, de forma bastante espontánea: “Ha pasado por muchas dificultades, cosas para las que nunca he recibido ayuda. Por eso, mi umbral de dolor es extremadamente alto y tolero demasiado”. Espero a que diga más, a que concrete lo que acaba de decirme, pero se detiene. ¿Por qué no le pregunto directamente? ¿Qué me mantiene a una distancia tan respetuosa? Normalmente no me resisto a tratar con franqueza a mis pacientes.

Nuestras sesiones de tratamiento continúan durante la primavera y el verano, pero parece haber poca o ninguna progresión. Todavía se siente torpe, su lado derecho no parece obedecerla. Hay una aparente debilidad en su lado derecho y le falta contacto. Los ataques, que le hacen “caerse”, van y vienen, al igual que el dolor de cabeza.

Su verano es agradable y se siente bastante bien. Sin embargo, hacia el final de las vacaciones, con la llegada del colegio, empeora. Se lo ha tomado con calma todo el verano, sin apenas estrés, y tiene curiosidad por saber por qué su condición empeora una vez que reanudamos las sesiones. Su condición física es mala, sus piernas están muy cansadas. Su pecho se ha endurecido visiblemente, su rostro está tenso y sus senos paranasales están obstruidos. Ahora observo que no gira el pie derecho, sino que simplemente lo golpea contra el suelo, y está perdiendo más que nunca el contacto con la pierna derecha. Ahora experimenta con frecuencia la sensación de que su pierna derecha cede, y al intentar caminar en línea recta, automáticamente es arrastrada hacia la derecha. Todos mis pensamientos semiconscientes surgen al mismo tiempo: ¿Será realmente un caso neurológico? ¿He estado tan ocupada buscando todos los detalles que he pasado por alto el panorama completo? Llamo a su médico y Gry es derivada a un neurólogo.

Estoy más perdida que nunca. ¿Sufre de alguna enfermedad neurológica y es este tipo de tratamiento bueno para ella? ¿Y qué hay de la gran distancia que tiene que conducir solo para llegar a nuestras sesiones? ¿Es que esto solo acentúa sus problemas? ¿Y qué hay de su grave conflicto con el director de la escuela en la que trabaja? ¿Qué hay de la manipulación de sus segmentos cervicales y mi recomendación de este tipo de terapia?

Mis pensamientos me dan vueltas, al igual que mis sentimientos sobre el tratamiento en curso. En esta situación me siento tan insegura que no puedo trabajar de manera totalmente centrada en la fisioterapia psicomotora. Me doy cuenta de que estoy titubeando, y se lo explico claramente a Gry. Ella me responde diciéndome que necesita hablar con alguien, alguien que no sea su médico. “No tengo ni idea de cómo hablar de mí misma; nunca me ha gustado. Ahora lo necesito, pero no encuentro las palabras... Es difícil pensar cuando no tienes palabras”. Ese mismo otoño, asiste a su trabajo a tiempo parcial. Pide prestado el vídeo *“The Body – Friend or Foe”* [El Cuerpo: ¿Amigo o Enemigo?] (Fadnes y Leira, 1994) y me escribe una carta después de verlo diciendo: “El contenido de este vídeo muestra mi vida en pocas palabras”.

En noviembre, una neuróloga la examina y la deriva a una resonancia magnética (resonancia magnética nuclear) en Tromsø. Un mes después, recibe una carta de la neuróloga: “Las imágenes de la resonancia magnética muestran varios infartos cerebrales, probablemente causados por pequeños coágulos de sangre”. La neuróloga le receta Albyl E y le cita para una nueva resonancia magnética más adelante. Llamo por teléfono a la neuróloga. No tiene mucho más que añadir a la información ya dada y me informa de que Gry podría ser presionada un poco si el diagnóstico es correcto. Pero, de hecho, han considerado la posibilidad de esclerosis múltiple (EM). Ahora tengo serias dudas sobre si debemos continuar o no. Gry afirma que acudir a estos tratamientos le sienta bien, pero que conducir es duro, quizá demasiado duro.

En resumen, no hemos logrado mucho después de tanto tiempo, y me siento un completo fracaso como terapeuta. He perdido el control de

todo, he olvidado cuáles eran nuestros objetivos iniciales y me da miedo hacer algo que pueda empeorar su condición. Si de hecho sufre de EM, no debe agotarse. Si ha sufrido un “mini ictus” como resultado de un accidente isquémico transitorio, quizá pueda ser presionada un poco ... Hay demasiadas incertidumbres. Gry y yo hablamos de esto. Desea abordar sus problemas y finalmente se siente lista para la psicoterapia, pero no irá a cualquier parte. Modum Bad, un centro de psicoterapia residencial, educación e investigación reconocido internacionalmente, es su lugar de elección. Así que finalmente tomamos una decisión: nuestras sesiones de tratamiento se han terminado. Pide cita con su médico para hablar sobre progresos ulteriores en su proceso. Que la hayan liberado del agotador viaje en coche es un alivio para ella, pero admite que echará de menos nuestras sesiones.

Reflexiones posteriores

Me surgen numerosas preguntas y siento una clara impresión de lo que no lograba encontrar en ese momento. Carecía de la cercanía necesaria con mi paciente, y esto me hizo perder la visión general de la situación de Gry. El tratamiento se volvió “de cortas miras” y demasiado centrado en los detalles. Todas las sesiones de tratamiento estuvieron demasiado influidas por mi miedo a que algo grave le pasara, algo no descubierto, y a que malinterpretara sus síntomas como si fueran de un trastorno psicósomático en lugar de neurológico. En cierto modo, esto me paralizó. No fui capaz de hacer las preguntas correctas ni estoy satisfecha con la forma en que dirigí nuestras conversaciones. Quizás sus respuestas difusas a mis preguntas me volvieron demasiado cautelosa. Había demasiada especulación y poca certeza. Los objetivos se volvieron confusos, el tratamiento impreciso, perdí de vista mis objetivos originales. A lo largo de todas las sesiones con Gry, realmente eché de menos a alguien con quien cooperar, con quien poder deliberar.

Empecemos por el principio. Un médico de un municipio vecino me derivó a Gry. Me llamó y me preguntó: “Tengo una paciente aquí

con una afección difusa y compleja. Cuando tengo este tipo de paciente, inmediatamente pienso en usted y en la fisioterapia psicomotora. ¿Podría atenderla de inmediato?”. La acepté, aunque tengo una larga lista de espera. La primera vez que nos vimos, Gry me dijo: “Fui a ver a su médico principalmente para tener a alguien con quien hablar, pero él no creía que hablar fuera suficiente para ayudarme; prefirió que intentara esto”.

Durante las conversaciones sobre Gry en el grupo de este presente libro, este punto resultó crucial para nuestras posteriores conversaciones, basándose en tres puntos de suma importancia; tres puntos que dejan claro que algo no fue bien desde el principio:

- Quiere hablar con alguien, por ejemplo, un psicólogo.
- Su médico no reconoce este deseo ni lo toma en serio. Él demuestra esta falta de confianza en ella al aconsejarle que haga algo muy diferente a lo que ella había sugerido.
- Sentada aquí, frente a mí, en cierto modo está aquí por orden de su médico, no por decisión propia. Claramente, no está muy motivada para esto.

A la luz de esta reflexión, ahora lo veo todo con bastante claridad. En aquel momento no tenía ninguna idea de lo que ahora me parece tan claro.

Echemos un vistazo a mi papel desde el principio:

Recibí una llamada telefónica de un médico que, durante los últimos cinco años, me había derivado un buen número de pacientes. Estas derivaciones habían sido muy adecuadas; lo que significa que la fisioterapia psicomotora sin duda era beneficiosa para estos pacientes. Era un médico con el que deseaba continuar nuestra, hasta ahora, estrecha colaboración. En ese momento no reflexioné sobre mi propia definición de estrecha colaboración, que en realidad no significaba más que el hecho

de que él me derivara pacientes. Le enviaba una evaluación por escrito, continuaba con el tratamiento y, al finalizar la sesión, le enviaba un informe final. Eso era todo. Nunca tomó la iniciativa de hacer seguimiento a los pacientes durante la sesión ni de ponerse en contacto conmigo. Pero, al mismo tiempo, mis pacientes siempre recibían cita rápidamente si necesitaban una visita al médico, era agradable hablar con él por teléfono y sabía que hablaba bien de la fisioterapia psicomotora siempre que tenía la oportunidad.

Así que, cuando este médico me llama y me pide que llame a Gry inmediatamente, adapto su petición para que parezca que proviene de mi propia “voz interior”, por así decirlo, sin analizar quién quiere qué.

Ahora me siento un poco tentada a pensar en lo que habría sucedido si hubiera sido más consciente de la pregunta “¿Quién quiere qué?” y me hubiera detenido un poco en el significado real de una petición. Si hubiera escuchado con más atención a lo que la paciente decía y no hubiera dejado que su voz se viera ahogada por mi propia voz interior, que en este caso era en realidad la “petición” del médico, tal vez las cosas habrían sido diferentes.

Este es solo un caso, pero estoy convencida de que este fenómeno no es inusual. Los pacientes suelen hablar con bastante claridad sobre sus dolencias y lo que creen que podría ser la causa subyacente. Formulan su hipótesis y a menudo piden ayuda, lo que significa que tienen una idea de lo que podría ayudarles, pero no los escuchamos con suficiente atención. Como ya he dicho, la voz del paciente se ve ahogada por el ruido de nuestra propia voz interior.

Desde mi punto de vista, mi desafío para futuros tratamientos es tomar en serio a los pacientes, creerles al pie de la letra, incluso más de lo que lo he hecho hasta ahora. Esto significa que nunca debemos engañarnos creyendo que sabemos más sobre lo que sienten nuestros pacientes que ellos mismos. Simplemente debemos creerles.

Nuestra interacción, mi forma de llevar y tratar a Gry, estuvo in-

fluenciada no solo por una, sino por varias “voces internas” mías. El problema en aquel momento fue que no las veía ni las oía con la suficiente claridad como para poder definir las. No fue hasta que hablé con mis coautores que pude ver estos elementos con mayor claridad.

De lo que finalmente me di cuenta fue de lo siguiente: la forma en que Gry mantenía la cabeza alta era sorprendente, y lo noté desde el principio. En retrospectiva, junto con mis coautores, pude reconocer que este hábito suyo me recordaba mucho a alguien muy cercano. Esta persona siempre había demostrado cierta soberanía y, al mismo tiempo, un comportamiento reservado, con una forma especial de sacudir la cabeza. Para mí, este movimiento expresaba: “¿Y qué crees exactamente que puedes hacer por mí?”. Estoy segura de que esto acentuó mi actitud deferente hacia ella, mi indecisión, mi falta de confianza en mí misma, mi incapacidad para confiar en mi propia evaluación de su condición. Su expresión corporal estaba profundamente arraigada en mi subconsciente, dudaba fundamentalmente de mi competencia.

El coro que había estado escuchando era una mezcla de voces provenientes de la neuróloga, quien no estaba muy segura de qué diagnóstico darle, cuya incertidumbre se convirtió en mi incertidumbre; y el terapeuta manual, quien me dijo que estaba seguro de que sus problemas se originaban en una disfunción en algunas pequeñas articulaciones de su columna cervical.

Esto me hizo verlo todo desde su punto de vista, y dejé que su voz resonara en mis oídos.

Entonces, ¿qué ocurre con la propia voz en la confusión de las demás voces? ¿Es posible, o incluso deseable, no dejarse influenciar por otros profesionales, dejar que la propia voz suene fuerte y clara, sin dejar que las demás voces se mezclen y, por así decirlo, den más tonalidad a la música? ¿Acaso el trabajo interdisciplinario complica las cosas? ¿Es que puede desviarnos y hacernos perder de vista tanto del camino como de la meta? A la hora de guiar a alguien con problemas de comportamiento corporal, nunca debemos permitirnos excluir del coro la voz del paciente en la interacción.

La voz de Gry era demasiado débil para ser escuchada entre el coro de voces de los profesionales y de mis propios recuerdos. A pesar de que ella expresó muy claramente su deseo, dejé que mi rol de experta dominara nuestra relación, aunque desde fuera pareciera todo lo contrario.

Movilizar el potencial de desarrollo personal de alguien, ya sea el terapeuta, el paciente o ambos, solo es posible mediante un diálogo vivo, una conversación donde ambas voces tengan la misma preponderancia. Ahora reflexiono sobre cómo habría sido diferente toda la sesión de tratamiento si la voz de Gry se hubiera fusionado con la nuestra. Creo que Gry y yo experimentamos lo mismo. Puedo imaginar fácilmente cómo ella tenía a todo el “coro de expertos” cantando en su interior, ahogando su propia voz hasta el punto de que ella misma ya no podía oírla.

El objetivo principal de la fisioterapia psicomotora es ayudar al paciente a *aprender a autoayudarse*. Para lograrlo, el terapeuta debe ser capaz de ayudarle a descubrir sus propias herramientas. Creemos que las herramientas para la autocuración existen en cada persona, listas para ser utilizadas. El primer paso en este camino es descubrir y empezar a escuchar *la propia voz*; y debe ser distinguible de todas las demás voces. Aprender a conocer la propia voz y a confiar en ella es un requisito previo para cualquier tipo de interrelación, o interacción, como me gusta llamarlo. Gry lo expresa con sus propias palabras: “Es tan difícil pensar cuando una no puede hablar”.

Posdata

Tengo una extraña sensación al leer en retrospectiva este capítulo sobre Gry. Han pasado cuatro años desde que terminamos nuestra sesión de tratamiento, y me doy cuenta de que yo, la terapeuta, he cambiado. He cambiado tanto que creo que habría hecho las cosas de otra manera si ella hubiera buscado mi ayuda hoy en día. Creo firmemente hoy que no tendría miedo de ser menos experta y sería más su interlocutora, teniendo en cuenta la importancia de un diálogo mutuamente fructífero. Ya escribí anteriormente en este capítulo que “dejé que mi rol de experta

dominara nuestra relación, aunque desde fuera pareciera todo lo contrario”. Este “ser cuidadosa”, o incluso “pasiva”, se convirtió en parte de este rol de ser experto. La paciente no recibió ningún material sobre el que trabajar, privándola así de la posibilidad de progresar.

En el último capítulo de este libro usamos la expresión: estar juntos en el diálogo, lo que significa que la conversación se desarrolla entre dos personas, y ambas voces se valoran por igual, y cada una puede hablar desde su propia perspectiva; dos participantes iguales. Cuando la relación y el diálogo están en equilibrio, es entonces cuando ambos participantes experimentan un verdadero desarrollo.

Para mí es bastante evidente ahora que el trabajo en este libro me brindó una nueva perspectiva; esta perspectiva definitivamente ha influido en mi práctica y ha provocado un cambio significativo en mi trabajo terapéutico.

Gudrun Øvreberg

La historia de Mai

Una perspectiva de la FPMN sobre la tensión

En 1993, cuando Mai acudió a mí para recibir terapia individual, comencé a escribir esta historia. Quería ilustrar la manera en que Mai se sentía tan abrumada por la tensión que se había apoderado de toda su vida. Siente como si hubiera estado bajo una enorme presión emocional y social su vida entera. Al principio, Mai me relató su historia personal hasta ese mismo día:

Tengo 39 años. Mi pareja es unos años menor que yo. Discutimos mucho y él tiene mal carácter. Desapruebo profundamente la manera en que su lenguaje afecta a nuestro hijo de tres años. Nunca podemos hablar de nada con calma; siempre debo tener cuidado de que no me oiga llorar.

También tengo una hija de 13 años de un matrimonio anterior del que me separé porque él me maltrataba. Quizás mi anhelo de compañía íntima me llevara a iniciar una nueva relación.

Al recordar mi infancia, *si es que la tuve*, solo recuerdo ansiedad, miedo e inseguridad constantes. Mi madre era alcohólica y yo hija única. Nunca sabía dónde estaba ni en qué estado la encontraría. A menudo, cuando estaba en casa ebria, se encerraba en su habitación. Gritaba que se iba a cortar, a suicidarse, etc. Me

sentaba frente a su puerta cerrada, muerta de miedo, gritándole y rogándole que saliera.

Recuerdo cómo la constante ansiedad me subía al estómago; siempre tenía ese dolor de estómago. Durante muchos años me llevaron al médico por causa de todos estos dolores, por eso llegué a pensar que estaba gravemente enferma. Nadie me preguntó nunca si tenía miedo a algo, y todavía puedo reconocer cómo el miedo me llega al estómago, provocándome diarrea, malestar, dolor y náuseas.

Mi padre trabajaba a turnos. Aunque nunca logró ayudar a mi madre a recuperarse, fue muy bueno conmigo. Nos llevábamos bien y él me apoyaba y defendía. Teníamos aficiones y actividades de ocio en común, cosas que podíamos hacer fuera de casa.

Durante un tiempo me quedé con mis abuelos. Vivían bastante lejos y me sentía contenta de estar allí, pero estaba constantemente preocupada por mi madre, por lo que pudiera hacerse a sí misma si yo no estaba para cuidarla. Sí que es verdad, todavía siento una gran preocupación por mi madre. Nunca me permití ser una niña al cien por cien, por así decirlo. Nunca me atreví a contárselo a mis abuelos porque no quería que se preocuparan, no quería herirlos diciéndoles la verdad. Al fin y al cabo, eran los padres de mi madre, ¿no es cierto? Me sentía triste y sola, sin poder compartir mis pensamientos y sentimientos con nadie. Pensaba que nadie más en el mundo tenía problemas como los míos. Mirando hacia atrás, me pregunto qué razón les daban mis padres a mis abuelos para que les pidieran si podía quedarme con ellos una temporada.

Más adelante en mi vida, recibí una prestación por discapacidad del 50% debido a mis trastornos musculoesqueléticos. Mi

empleador me trataba muy bien, pero el trabajo en sí era sedentario, aunque ajetreado. A menudo era monótono, aunque últimamente se ha vuelto más variado.

Actualmente vivo en mi propia casa y tengo el control de mi situación económica. Antes me mantenía en forma y hacía mucho ejercicio. Mi padre me apoyaba. Me encantaba y, de hecho, llegué a ganar algunas competiciones regionales. Disfruto de la actividad física y, curiosamente, me siento fuerte; he de serlo, porque toda mi familia depende de mí y necesita mi apoyo. A veces, esta carga es demasiado pesada. Por ejemplo: mi padre viene a visitarme una o dos veces al día. Mi madre vive cerca. Vive una vida peculiar, pero sigo cuidándola. Ya no me hace daño como antes. Las cosas no son fáciles; mis padres se divorciaron hace mucho tiempo, pero siempre se encuentran cerca.

¿Qué veo?

Mai y yo nos llevamos bien. Cada vez que nos vemos, hablamos todo el tiempo que lo desee. Mai habla sobre todo de sus dolores y molestias, y me hace muchas preguntas. Quiere saber por qué le duele tanto el cuerpo: “De alguna manera, mis dolores tienen que notarse”. Mai se expresa con claridad y concisión. Poco a poco, también se abre a sus pensamientos más íntimos.

Mai es regordeta, de estatura media, con el pelo suelto hasta los hombros, cubriéndole parcialmente la cara. Tiene una mirada preocupada, y su expresión también parece reservada. Tiene una mirada aguda, observadora, pensativa. Su rostro puede iluminarse de repente, pero de vez en cuando derrama lágrimas. Sin rodeos, Mai me dice que su vida es extremadamente difícil en este momento y que está a punto de rendirse.

Sus movimientos son normales, pero hay indicios de desasosiego. Quitarse el suéter le resulta claramente doloroso, y necesita apoyarse al

quitarse los pantalones. Nunca permanece sentada mucho tiempo en la misma posición. Sentada, su postura es agachada; cruza las piernas y los brazos. Cuando la he visto por la calle, camina a paso normal, inclinada hacia adelante. Siempre viste ropa deportiva, como un chándal o un mono, y lleva una chaqueta cortavientos. No usa maquillaje y tiene un aspecto informal. Siempre es puntual y dice que le entusiasma venir a las sesiones.

Mai sufre dolores y molestias

Mai me dice que sus problemas físicos comenzaron a los veintipocos años, antes del nacimiento de su primer hijo. Desde entonces, las cosas solo han empeorado, aunque pasa por algunos periodos breves en los que los síntomas son más leves.

Esto es lo que me cuenta:

El otoño pasado me ocurrió algo terrible. Fue como si hubiera perdido el equilibrio por completo. La primera vez, me sobrevino de repente. Estaba muerta de miedo. Estaba mareada, tenía náuseas. Por eso me dirigí a mi médico. Me examinó, me derivó a más exámenes, pero nadie me encontró nada malo. Así que le pedí a mi médico que me derivara a ustedes, a fisioterapia psicomotora. Había oído hablar mucho de ustedes y de su tipo de tratamiento, y quería probarlo. He recibido muchos tratamientos de fisioterapia, pero no me han ayudado mucho.

Me duele todo el cuerpo, más o menos, y no puedo respirar bien. Siento una opresión terrible en el pecho; es peor por la noche. No tienes idea de la frecuencia con la que he estado vagando por la noche, tanto por falta de aire como por la inquietud y el malestar. Tiemblo por dentro. A menudo paso cerca del hospital porque sé que, si me desmayo, la ayuda estará a la vuelta de la esquina. Solo a veces me duele la cabeza. Lo peor es el dolor de cuello, que baja al brazo, sobre todo al izquierdo. Siento como si

estuviera marchito. Me duelen las articulaciones de los hombros al moverlas. En la cama, apenas puedo acostarme sobre el lado izquierdo porque me duele más la espalda, la cadera y la pierna de ese lado. Duermo inquieta y me despierto completamente agotada. Me ahoga el nudo en la garganta y a menudo tengo dificultad para tragar, sobre todo si los trozos de comida son grandes. Tengo a menudo la boca seca.

Siento la cara, y sobre todo en el lado izquierdo, algo rígida. Tengo a menudo la nariz congestionada, aunque no esté resfriada. Carraspeo y toso porque siempre siento que necesito aclararme la garganta. La siento tirante. Siento los brazos y las piernas hinchados y rígidos. Alterno entre diarrea y estreñimiento, aunque sobre todo estreñimiento. A veces tengo pequeñas pérdidas de orina. El dolor de vientre me ha acompañado toda la vida. Ahora mismo siento que los dolores empeoran sin razón aparente. Tengo mucho miedo a enfermar y me cuesta creer que no esté gravemente enferma, pues siento tanto dolor. Sin embargo, me han examinado una y otra vez, por todas partes, y no parecen encontrar nada que esté mal. Han descubierto algunos pólipos; ¿quizás sea algo grave? Me los van a extirpar (se los extirparon en otoño de 1993). Cuando tengo estos escalofríos, me paralizo por dentro y me pongo a sudar frío. Después tengo un calor infernal, casi me ahogo por ello. Siento esta vibración interna cuando intento relajarme o cuando estoy a punto de dormirme.

Ahora siento que todo se me ha quedado atascado en mi interior. Camino y camino, pero en mi interior siento un caos absoluto, casi como pánico en algunos periodos. Por eso le pedí a mi médico que te escribiera y pidiera prioridad en tu lista para no tener que esperar demasiado. (El médico me envió una nota manuscrita describiendo la desesperación de este paciente). Mi médico es muy amable. Me deja venir a hablar cuando las cosas van mal.

Nace un patrón de respuesta

La vida moldea a Mai, y a todos nosotros, desde el principio. Es perfectamente normal que los niños respondan a la inseguridad con dolor de estómago. La mayoría de los padres lo han observado en sus propios hijos una y otra vez. En la adolescencia, recordamos lo que llamamos sensación de mariposas en el estómago. Incluso de adultos, recordamos los nervios ante los exámenes que nos llevaba a correr constantemente al cuarto de baño. Nuestro cuerpo reacciona cuando estamos nerviosos por algo, tenemos miedo o nos sentimos inseguros. Imaginemos estar en una situación alarmante durante un tiempo, quizás años. En ese caso, nuestro organismo mantendrá un estado de vigilancia para emergencias. Si este estado de emergencia nunca se desactiva, la persona permanecerá en un estado constante de alta tensión. La intensidad variará según la situación en la que se encuentre. Cuando el estado de tensión promedio de una persona es generalmente elevado, las reacciones físicas pueden desencadenarse por una nimiedad. Se crea un patrón de respuesta que crea un estado hiperreactivo en el organismo, es decir, de preparación permanente por si sucede algo malo. En este sentido, podemos decir que el organismo recuerda. Lo que desencadenó la reacción puede dejar de ser relevante, y los recuerdos conscientes del incidente real pueden borrarse. Sin embargo, el cuerpo ciertamente recuerda y reaccionará como si lo ocurrido entonces (aunque haya ocurrido muchos años atrás) siguiera sucediendo. Lenta pero inexorablemente, este patrón de respuesta se convierte en un hábito, hábito que se acentúa con cada episodio de tensión que surge posteriormente en la vida. Este patrón define y moldea a la persona, tanto emocional como físicamente. Influye en su respiración, movimiento y postura. Este patrón de respuesta se refleja en la expresión, el comportamiento y estado de ánimo.

La tensión afecta el funcionamiento de nuestro cuerpo. La calidad e intensidad de la tensión o estrés adicional determinan cómo y en qué medida se ve afectado el cuerpo; el patrón se expande en función de los desafíos que nos presenta la vida.

El dolor de estómago moldea nuestra postura

Mostramos automáticamente nuestro dolor y malestar estomacal agarrándonos el estómago y agachándonos. Con el tiempo, esto se manifestará en una postura donde la pelvis se retrae y el abdomen se contrae. Esta posición impide que nuestra respiración baje a la zona inferior del abdomen. Nuestra línea de gravedad se desplaza hacia atrás y nuestro equilibrio debe ajustarse en consecuencia. Carecemos de extensión completa de cadera y rodilla; nuestra inclinación lumbar se desplaza hacia arriba, influyendo en el cuerpo hasta la parte superior. Así es como Mai permanecía de pie, y, por supuesto, se cansaba rápidamente en esa postura. En cuanto a su postura sentada, se podría decir que se sentaba sin sentarse. Cuando se acostaba a descansar, no se tendía, lo que significa que no podía ceder a la fuerza de la gravedad; en consecuencia, su respiración no podía encontrar su camino hacia las zonas basales. Acostarse, de hecho, no le proporcionaba el descanso que tanto necesitaba. Apretaba los brazos con fuerza y tensaba activamente (pero no conscientemente) los músculos pectorales. Su respiración era superficial y se extendía de forma irregular por todo el pecho.

Independientemente de la posición en la que se encontrara, se mantenía erguida y, por supuesto, se cansaba constantemente. Poco a poco, aprendió a relajar los brazos y los pectorales. Sin embargo, tras haber estado en este estado de alta tensión durante tantos años, el tejido muscular se había acortado y restringía los movimientos de sus brazos, impidiéndole respirar libremente. Mantenía la posición agachada y en la cama adoptaba una especie de posición fetal. Siempre se acostaba sobre su lado derecho. La mayoría de las personas con este tipo de patrón de tensión excesiva prefieren acostarse sobre el lado derecho porque la desagradable sensación de palpitaciones es más pronunciada cuando se acuestan sobre el izquierdo.

Los años pasan... y el tiempo no siempre cura

Cualquier situación particular puede desencadenar una cascada de reacciones corporales. Tensar un grupo muscular es una reacción de defensa para obtener protección. Con el tiempo, esto generará otras molestias que activarán nuevos mecanismos de defensa, y así sucesivamente. Se establecen en el cuerpo capas de soluciones que no son prácticas. Así es como la vida influye en nuestro patrón de movimiento. Las huellas de la vida permanecen en nuestra experiencia corporal y en nuestros hábitos, e influyen en nuestro desarrollo posterior. La experiencia vital nunca puede separarse de la experiencia corporal. Gran parte de lo que sucede en la vida se olvida, es decir, desaparece de nuestra mente consciente. Sin embargo, las reacciones del cuerpo a estos recuerdos olvidados pueden seguir presentes e influirnos, haciéndonos mover, actuar y reaccionar de acuerdo con las respuestas aprendidas de nuestro cuerpo.

La historia de la paciente y su percepción

A medida que Mai experimenta y comprende la estrecha relación entre sus síntomas, le surgen recuerdos. Mai reflexiona y rememora su pasado. A medida que se libera la tensión, adquiere comprensión y revive recuerdos olvidados. *Cuando la nieve se derrite, se revela lo que yace bajo ella.*

Los pacientes están acostumbrados a hablar de sus enfermedades, lesiones, operaciones, exámenes, los medicamentos que toman, etc. Para un fisioterapeuta psicomotor, una historia clínica de este tipo resulta incompleta. Debemos animar a los pacientes a que cuenten su *propia* historia, incluyendo sus dolencias habituales, sus preocupaciones, si sufren algún tipo de tensión o estrés, etc., tanto en el presente como desde su infancia. Solo así podremos resumir y comprender mejor cómo se originó este desequilibrio. Juntos descubrimos cómo se puede construir todo el panorama de forma lógica; cómo la tensión y el estrés de la vida, así como la naturaleza y las consecuencias de los síntomas del paciente, están tan estrechamente relacionados. Una vez que el paciente comprende

plenamente este contexto, su actitud hacia los síntomas suele cambiar. El paciente se convierte en partícipe de su propio proceso, nuestra colaboración se vuelve más fructífera y, como consecuencia, el dramatismo de sus síntomas puede atenuarse. Sabemos que las lesiones, las operaciones e incluso los exámenes clínicos son experiencias emocionales y físicas intensas. La forma en que el paciente experimenta estos incidentes es una información importante. Mai era comunicativa por naturaleza y su médico la trataba como persona, no solo como paciente. Estaba bien preparada y lista para la fisioterapia psicomotora. Su médico tenía amplios conocimientos sobre este tipo de fisioterapia.

¿Qué observé tras el examen clínico?

Al palpar la musculatura de Mai, la encontré compacta y tanto el tejido subcutáneo como los músculos estaban duros. La tensión y el dolor aumentaban en cualquier punto de contacto. Sus articulaciones presentaban hipermovilidad. Al mover sus extremidades pasivamente, el movimiento articular no se veía limitado por la articulación en sí, sino por la musculatura corta y tensa. Esta combinación de músculos cortos y tensos, y las articulaciones “espaciosas” parece explicar el dolor en los tejidos circundantes. La hipermovilidad es congénita.

La tensión muscular en brazos, piernas, espalda, pelvis, pecho, mandíbulas, cara, cuero cabelludo y cuello causaba la rigidez de Mai. Contenía la respiración constantemente, y debido a esto, se generaba tensión en el estómago, el pecho, la garganta y la laringe. La tensión en la parte frontal influía en la tensión de la espalda. Todas estas observaciones me permitieron reconocer plenamente la realidad de todos sus dolores y molestias. Mientras trabajaba por todo su cuerpo, palpando y sintiendo, Mai notó la rigidez y la molestia bajo mis dedos. Al observar esto por sí misma, sus síntomas se volvieron menos misteriosos, más comprensibles y menos alarmantes. El abdomen de Mai era abultado, algo que vemos con bastante frecuencia en pacientes con este tipo de afección. Al ponerse de pie, tensaba los glúteos, y un poco menos al sentarse o acostarse.

Ahora podemos razonar con lógica cómo la tensión afecta la función, la circulación y los tejidos en esta zona. El diafragma no tiene suficiente espacio para moverse como debería. Su “acción de pistón”, que se mueve hacia abajo al contraerse y se suelta hacia arriba al relajarse, es necesaria para que nuestros órganos internos y nuestra circulación funcionen óptimamente.

La tensión en los flexores de la cadera, junto con la alta tensión en los aductores, provoca calambres en la zona de la ingle, lo que dificulta la circulación hacia y desde las piernas. Esto explica por qué nuestros pies pueden hincharse al permanecer sentados durante largos periodos, como en vuelos de larga distancia. Además, la tensión del cuádriceps influye en la función de deslizamiento de las rótulas y, con el tiempo, puede provocar la degeneración de la articulación entre el fémur y la rótula. El dolor y la rigidez reducen el nivel de actividad, lo cual es, por supuesto, lamentable.

Literalmente hablando, Mai lo daba todo para superarlo. Esta actitud de *sobreponerse* es, sin duda, una acción tanto muscular como emocional. Esto significa, por ejemplo, aferrarse al suelo con los dedos de los pies y las rodillas, apretar la mandíbula y contener la respiración.

Al levantar el brazo, Mai activaba los pectorales; al mover la mandíbula, tensaba los músculos del cuello; al estirar el codo, elevaba el hombro. En resumen, activaba una serie de músculos innecesarios para la acción prevista. De hecho, no solo eran innecesarios, sino que *interferían* con el movimiento previsto en lugar de facilitarlo. Mai no podía mover las partes de su cuerpo libre e individualmente. Cuando una persona se encuentra en un estado de tensión elevado como el de Mai, la respiración se reprime continuamente y funciona como un “bloqueo central”, en sentido figurado. Trabajar en suelos duros, un ritmo de trabajo elevado y el sobrepeso son condiciones que ejercen una presión adicional sobre un cuerpo ya de por sí agotado e hipertenso. Esta había sido la situación de Mai durante muchos años.

Durante el embarazo, las mujeres en este estado de tensión suelen desarrollar dolor en la cintura pélvica debido a la distorsión pélvica. La

laxitud articular y la presencia de músculos cortos y tensos parecen agravar esta condición, especialmente si el nivel de tensión es diferente en el lado derecho que en el izquierdo. En mi opinión, este tipo de tensión constante, especialmente en combinación con la hipermovilidad articular, suele causar síntomas articulares. Estas molestias no se detectan con radiografías.

¿Qué se examina y qué no se examina habitualmente?

Reflexiones

En lo que respecta a los problemas musculoesqueléticos, los fisioterapeutas y médicos se centran en examinar brazos, piernas y espalda. Rara vez se centran en la función del abdomen, el pecho, la garganta y la cara. Sin embargo, según nuestra experiencia en estos temas, es aquí donde se aplican los principales “frenos”. La tensión suele estar condicionada por las emociones; este es el tema sobre el que he reflexionado hasta ahora. El estado muscular de la espalda, los brazos y las piernas se ajusta según el movimiento respiratorio, y la respiración responde a la tensión emocional. Claro que la tensión puede surgir en cualquier lugar y por cualquier motivo, pero nada como el estrés emocional afecta tanto nuestra respiración. Esto explica por qué sea un asunto tan importante el patrón respiratorio del paciente. Observamos la respiración en cuanto a frecuencia, profundidad y variación, y buscamos qué áreas están llenas de aire y cuáles no lo están, es decir, su variación. Observamos atentamente. ¿Suspira el paciente? ¿Cómo se relacionan entre sí las acciones de respirar y hablar? ¿Influye el masaje en el patrón respiratorio, o qué ocurre con los movimientos o los cambios de postura? ¿Cómo responde la respiración a un estado relajado, etc.? Hablar es respirar. Las palabras surgen de nuestra respiración, ya sea un susurro, un gruñido, un tarareo o una canción. O bien podemos contener las palabras tensando la lengua y las mandíbulas, y restringiendo la respiración. Decimos cosas tales como: “Cierra el pico, muérdete la lengua, boca cerrada, etc.”

Hoy en día, la salud pública se centra en la capacidad respiratoria

en cuanto a nuestra condición física, nuestra aptitud física. Es bastante infrecuente reflexionar sobre el hecho de que nuestra condición física depende en gran medida de la capacidad de respirar con un tórax flexible. *Los pulmones no funcionan por sí solos*. Su función depende totalmente de la capacidad del tórax para expandirse. Esto explica por qué este tipo de evaluación de la función respiratoria es tan importante.

Mai nunca había tenido a nadie con quien expresar sus sentimientos y propósitos. Había contenido sus lágrimas, que esperaban a ser derramadas cuando pudiera estar sola. Cuando necesitaba a alguien con quien conversar, solo contaba consigo misma. Cuando hablamos con nosotros mismos, nuestros pensamientos a menudo solo hacen dar vueltas, la reflexión no resulta fructífera. Es en la dinámica del intercambio entre la conversación *interna y externa* donde aprendemos a crecer como seres humanos.

Los movimientos musculares se generan en todas partes

Un músculo tenso es un músculo acortado, y los músculos cortos evidentemente acortan o estrechan aquello a lo que están unidos, ya sea el estómago, el pecho, la garganta, la laringe, el suelo de la boca o la lengua. El paciente podría describir los síntomas de la siguiente manera: se siente tenso, constreñido, como si tuviera un cinturón alrededor del pecho, un nudo en la garganta, le falta el aire, etc. Los profesionales a menudo los consideran como síntomas vagos. El conocimiento sobre cómo evaluar estas molestias parece ser insuficiente, pero debería considerarse tan importante como los otros exámenes médicos.

Este grupo de pacientes se ha sometido a innumerables exámenes, a menudo con resultados negativos: “No tienes nada...”. Esto, por supuesto, deja a los pacientes bastante desconcertados: “¿Nada? ¿Pero por qué me duele tanto?”. Los profesionales involucrados deberían investigar si existen otras formas de examinar a estos pacientes; exámenes que realmente puedan ofrecer alguna respuesta.

Mai reconoce esa desagradable sensación de no ser creída al no ha-

berle encontrado hallazgos médicos específicos. “¿Quizás no siento lo que creo sentir? ¿Quizás no explico bien mis síntomas? ¿Quizás tengo que empeorar aún más para que me tomen en serio?” Mai se sometía constantemente a algún tipo de examen médico: corazón, pulmones, estómago, rodillas, hombros, etc. “¿Cómo es que todo este dolor no aparece en ningún examen?” El ser tocado significa ser tomado en serio. Al omitir la evaluación de la calidad y función muscular, del movimiento y la respiración, se reduce la posibilidad de comprender plenamente al paciente.

En la sanidad pública, es deseable basar los exámenes clínicos en criterios objetivos, y ciertamente no me opongo a ello. Sin embargo, la objetividad no siempre es tan objetiva como uno quiere creer. Se pueden realizar exámenes y evaluaciones comparables y evaluarse de forma diferente, y los diagnósticos se basan en la evaluación de múltiples resultados. En este sentido, la conclusión, o el diagnóstico, variará según quién lo haga, su formación y experiencia, etc.

El deterioro funcional a largo plazo, como el que observamos en el caso de Mai, puede, con el paso de los años, provocar cambios articulares de naturaleza degenerativa. El que se diagnostique esta afección suele ser un gran alivio para los pacientes en la categoría de Mai, ya que aparentemente les proporciona la explicación que tanto buscan y, sobre todo, un reconocimiento de su estado. Sin embargo, a largo plazo, basarse en un diagnóstico puede privar al paciente de su propia comprensión, esfuerzo y potencial de cambio.

Cuando alguien que sufre de una alta tensión se cae o choca con algo, etc., el resultado suele ser más grave que para una persona con tensión media. *Una rama rígida se rompe con mayor facilidad que una flexible.* El resultado de una alta tensión corporal es un cuerpo con falta de flexibilidad y compliancia [capacidad de distenderse bajo presión]. Sin embargo, en la mayoría de los cuerpos encontramos tanto rigidez como flexibilidad, y es en la transición entre ambas donde somos más vulnerables.

La mejor función surge de la disposición natural del cuerpo.

El factor tiempo una vez más

La presión del tiempo y este deseo de una “solución rápida” conducen a un pensamiento a corto plazo y, a menudo, crean una distancia entre el paciente y quien le ayuda. En el impulso del momento, los síntomas se vuelven más importantes que el poseedor de los síntomas. Este poseedor, es decir, el paciente, necesita tiempo para poder contar su historia. Esto no se debe a que el paciente retenga información conscientemente, sino a que lleva tiempo desarrollar el tipo de comprensión que mencioné anteriormente. La comprensión es necesaria para poder asociar y vincular los síntomas con la biografía propia. Se necesita tiempo para comprender el significado de todo ello: se necesita tiempo para la necesaria reflexión y poder expresarlo con palabras. También se necesita tiempo para familiarizarse con este tipo de conversación. Es necesario ayudar al paciente a confiar en sus propias observaciones, y esa nueva comprensión en sí misma es información válida.

Un elemento importante de la fisioterapia psicomotora es ofrecer al paciente el tiempo necesario para la conversación y para el proceso de cambio. En el mundo del deporte, es evidente que se necesita tiempo para llegar a estar en buena forma, y muchos años para alcanzar la cima de la destreza deportiva. Se espera que nuestros pacientes cambien por completo su forma de moverse, y que practiquen cómo liberarse de las garras de la enfermedad o de las tensiones de la vida, en un abrir y cerrar de ojos. Huelga decir que las leyes fisiológicas se aplican igual a ellos que a los deportistas. La expectativa de una recuperación rápida para este grupo de pacientes es totalmente ilógica. Incluso puede socavar la posibilidad de que el paciente adquiera su propia comprensión y arruinar el esfuerzo y la motivación.

El aspecto temporal es especialmente interesante al estudiar el desarrollo motor infantil. Cuando los niños juegan, repiten una y otra vez nuevos movimientos, nuevos sonidos y nuevas palabras para consolidar sus nuevas habilidades.

El *tiempo* y las *repeticiones* son palabras clave en la terapia.

Mai y la fisioterapia psicomotora

Mai asistió a treinta sesiones entre mayo de 1993 y junio de 1994. Lenta pero inexorablemente, sus músculos se relajaron y siguió diligentemente las instrucciones y los consejos recibidos. Experimentó diversas reacciones, tanto agradables como desagradables. Al principio, su cuerpo reaccionó con diarrea, sus músculos y articulaciones se endurecieron, y todo el cuerpo se volvió sensible al tacto. Sintió claramente un cambio profundo. La nariz se abrió y la respiración dejó estar constreñida constantemente. Durante este período, sufrió más dolores de cabeza y, después del quinto tratamiento, experimentó temblores y malestar. Aun así, dormía mejor. Su cuerpo se sentía más ligero y cálido a medida que los temblores disminuían gradualmente. Pero, incluso cuando estos temblores volvían a aparecer más tarde, ya no entraba en pánico; sabía cómo controlarlos.

El cuerpo de Mai se volvió menos doloroso; en resumen, experimentó una mayor variedad en sus funciones corporales; parecía salir gradualmente de ese estado crónico de tensión. Se sintió revitalizada y logró afrontar las tareas cotidianas. Se dio cuenta de que ella misma tenía que ponerse sus propios límites, es decir, tenía que dejar muy claro a quienes la rodeaban lo que quería y lo que no quería de ellos.

Mai logró organizar una reunión familiar, para gran asombro de la familia y el suyo propio. Después, sufrió una reacción severa: palpitaciones, los conocidos problemas respiratorios, escalofríos y diarrea, además de rigidez y dolor generalizado. Posteriormente, tuvimos una larga conversación, y Mai comprendió la conexión entre sus síntomas y el estrés que le causó la reunión. Su médico estuvo presente una vez más y le examinó el corazón para asegurarle que no había nada malo. Esto la tranquilizó, pudo relajarse y los síntomas remitieron. Esta resultó ser una experiencia importante para Mai; gracias a ella, adquirió un mayor conocimiento sobre su cuerpo y sus reacciones.

Durante esta serie de tratamientos, tuvimos una “conversación en mesa redonda”. Estábamos presentes Mai, su médico, un psiquiatra (el profesor Tom Andersen, uno de los coautores de este libro) y yo. Fue una

experiencia intensa para Mai. “Nunca pensé que me conmoviera tanto; me hizo mucho bien. Después, me sentí muy aliviada, a pesar de que la reunión no se me quitaba de la cabeza durante un buen tiempo. Fue agradable que se me dejara llorar allí”.

Sí, a Mai se le dejó llorar, tanto durante esa reunión como durante nuestras sesiones. No podía llorar en casa, pero poco a poco comprendió que la rabia de su pareja en realidad ocultaba su miedo. En aquel momento, él no quiso participar en ningún tipo de terapia, pero un año después aceptó.

Mai se resfrió la semana siguiente; es bastante normal después de haber pasado por una situación estresante. Estaba constantemente cansada, una reacción perfectamente normal cuando las tensiones persistentes finalmente comienzan a disiparse.

Durante este período se vio afectada la relación entre Mai y su pareja. Mai había empezado a expresar sus opiniones con claridad y deseaba una baja por enfermedad. Poco a poco, se iba fortaleciendo. Ahora comprendía cómo todo en su vida estaba relacionado de alguna manera y aceptó ese hecho. Las reacciones de Mai involucraban los músculos, el sistema nervioso autónomo y las emociones, simplemente porque era su forma normal de reaccionar.

En junio, acordamos que la terapia debía finalizar pronto. Los síntomas leves iban y venían, y así sería en el futuro. La cuestión es que comprende su propio contexto y es capaz de ayudarse a sí misma cuando lo necesita. Su proceso no termina, aunque acaben los tratamientos individuales. Ha sido guiada hacia otro camino en la vida, y eso le ayuda a descubrir sus propias soluciones en la vida cotidiana. No se trata de estar enferma, ni siquiera de recuperarse; se trata de transformarse, de superar procesos enfermizos y desagradables de la vida.

El proceso de Mai continúa en un grupo de movimiento

Desde niña, Mai siempre disfrutó de la actividad física. Dentro de su ser, tuvo experiencias positivas con el movimiento, el adiestramiento, las re-

uniones sociales y la abreacción. Por ello, Mai disfrutaba de sus ejercicios en casa; los movimientos y ejercicios le permitieron conocerse a sí misma de una manera nueva. Aprendió que su cuerpo es un todo, aprendió sobre movimientos y equilibrio. Practicó con ahínco la conexión con sus propios movimientos suaves y simples, procurando no esforzarse más de lo necesario. Prestó atención a su respiración, asegurándose de no contenerla al realizar los ejercicios. Aprendió que los movimientos relajados son más duraderos que los forzados, y que la forma en que se mueve influye en el estilo de vida.

Yo estaba dispuesta a dejarla asistir a mi grupo de movimiento cuando estuviera lista, tanto emocional como físicamente. Tenía que asegurarme de que pudiera seguir las instrucciones y establecer sus propios límites respecto al grado en que le parecía adecuado seguir. Este grupo de movimiento se llama: *Ejercicio y Relajación*. Cada sesión dura una hora y nos reunimos una vez a la semana, 12 veces por semestre. Es una iniciativa privada, por lo que los participantes pagan el coste. Los participantes son antiguos pacientes míos, así como otras personas que simplemente desean cuidar su salud. En junio, Mai y yo acordamos que comenzara en septiembre de 1994 y cursara el semestre de otoño. Mai empezó en noviembre. Me contó que había tenido una recaída y que había estado muy deprimida, y que una fuerte sensación de inseguridad la había dominado, razón por la cual había retrasado la fecha de inicio.

Una vez que empieza, disfruta y parece adaptarse bien. “Me gusta cansarme cómodamente”. Los ejercicios le resultan fáciles. Sonríe para sí misma mientras se mueve al ritmo de la música, disfrutando de los ritmos.

Mai no presta atención a los demás, pero de vez en cuando nos miramos a los ojos. Mai busca su lugar cerca de la pared y la puerta; tiene a una persona delante y a otra detrás. Abre la puerta cuando necesita aire y se escabulle cuando necesita beber agua. Me queda claro que se lo está pasando bien.

Mai continuó durante el semestre de primavera. Se reunió para la primera sesión en enero y, de forma espontánea, les contó a todos que

tenía muchas ganas de volver a unirse a nosotros, que se adaptaba bien a la vida diaria y que se sentía realmente bien. Algunos amigos suyos asistían a este y otros grupos similares, así que tenía a alguien con quien compartir sus experiencias, alguien que sabía de lo que hablaba. Poco a poco, Mai descubrió que otras personas tenían problemas similares a los suyos, personas que también necesitaban trabajar conscientemente consigo mismas.

A partir de ahora, el progreso se desarrolla de forma natural. Mai admite haberse vuelto más audaz en muchas situaciones; se siente más atrevida en general. Antes, todo le dolía, y todo este dolor la asustaba, impulsándola a evitar cualquier situación potencialmente “peligrosa”. Sin duda, está saliendo de este encierro.

Palabras finales

Se ha relatado esta historia de Mai para mostrar lo compleja que puede ser la vida y para ilustrar cómo todo encaja: nuestras experiencias vitales, nuestro desarrollo, nuestro estado muscular, nuestra forma de movernos, cómo nos comunicamos y cómo nos expresamos. La fisioterapia psicomotora noruega intenta promover el cambio, para que la vida pueda tomar un nuevo rumbo, alejándose del camino original que genera los síntomas. Para que este tipo de cambio se produzca, se requiere el propio esfuerzo del paciente, mediante el movimiento y la familiarización con su propio patrón de respuesta. Puede llegar un momento en que todo el proceso se detenga. Quizás solamente se necesite más tiempo, quizás se necesite psicoterapia, quizás la situación vital deba cambiar para poder continuar, quizás debamos hacer una pausa en la terapia.

Se llega al momento de finalizar la terapia cuando el paciente y el fisioterapeuta reconocen la capacidad del paciente para continuar su proceso por sí mismo. Mai sufrió una infancia de inseguridad y, naturalmente, necesitaba a alguien en el servicio de salud con quien conectar estrechamente, alguien en quien confiar, cuando su vida se enfrentó con

un muro. Sin embargo, hay que tener cuidado de no hacer que el paciente dependa siempre de la terapia ni del terapeuta.

Me alegra decir que Mai no abandona el grupo

En octubre de 1995, Mai regresó al grupo. Le habían vuelto a doler los brazos y había estado de baja laboral desde principios de septiembre.

Se mueve con rapidez y facilidad, está en buena forma, pero le molestan los brazos. Me cuenta que asistió a un grupo de terapia en la clínica psiquiátrica de adultos en abril. Su médico la había derivado a ese grupo por petición propia, y lo encontró muy gratificante. Más tarde, asistió a un grupo de autoayuda, lo que valoró mucho.

Le digo a Mai que estoy escribiendo sobre ella y le pregunto si le gustaría leer el artículo y darme su opinión. Agradecida y emocionada, lo lee completamente y anota sus pensamientos y reflexiones.

Mis coautores recibieron permiso de la propia Mai para leer lo que había escrito. El profesor Tom Andersen sugirió que viniera a hablar con todos nosotros. Invité a Mai a nuestra siguiente reunión y aceptó con gusto. Tom se refiere a esta reunión en el siguiente capítulo.

Mai continuó asistiendo a mi grupo durante la primavera de 1996. Mejoró en todos los sentidos. A principios del semestre de otoño, Mai me visitó. Había perdido 9 kilos. Se veía tan viva, tanto en sus movimientos como en su expresión. Orgullosa, nos mostró una foto de ella y su pareja. “Después de todo, no está tan mal”, nos dijo. “En realidad, es un buen chico. Ahora estamos bien. Podemos hablar.”

Que tarde lo que tenga que tardar.

Tom Andersen

Reunión con Mai, enero de 1996

Era otoño de 1995, y Gudrun Øvreberg le había contado a Mai que estaba escribiendo un relato sobre ella. Gudrun le pregunta a Mai si querría leerlo, y Mai responde que sin duda lo haría. Tras haberlo leído, Mai anotó sus propios comentarios. Nos autorizó a nosotros, los coautores de este libro, a leer su artículo. Este es un pequeño extracto de lo que Mai escribió:

Durante muchos años me había encontrado asustada y sola, y todo este dolor me había generado ansiedad; sentía que ya no había alegría en mi vida. No podía entender de dónde venía todo ese dolor, ni siquiera los médicos eran capaces. Nada me parecía bien, y los pensamientos me daban vueltas en la cabeza. Pensaba en todas las enfermedades imaginables, como el cáncer de huesos, otros tipos de cáncer, tumores cerebrales, etc. Al final, perdí el control de mi capacidad de raciocinio. Toda sensación física me daba mucho miedo.

Pero ahora entiendo mejor lo que me sucede en el cuerpo, incluidas mis emociones. Es maravilloso este nuevo conocimiento sobre lo que he de hacer cuando me surgen síntomas corporales. Me siento tan feliz cuando algo se abre dentro de mí y el dolor desaparece. Ha cambiado absolutamente todo en mi vida. Entre otras cosas, quiero mencionar que puedo expresar mis pensamientos con mayor claridad y puedo exigir un buen comportamiento de los demás hacia mí, mientras que antes solo me exigía a mí misma.

Sin embargo, todavía tengo trabajo por hacer con los profesionales de la salud pública. Quiero que entiendan el orden correcto de mis síntomas: empieza en el estómago, luego el dolor se extiende por todo el cuerpo y finalmente estalla en ansiedad. Todavía se cree que es la ansiedad la que provoca el dolor, y no al revés, como es el caso. Pero lo más importante de todo: finalmente lo he podido comprender yo misma.

Estas anotaciones despertaron nuestra curiosidad por saber cómo había vivido su colaboración con Gudrun, así que la invitamos a hablar con nosotros. Seis de nosotros nos reunimos en Harstad [municipio en el norte de Noruega] a finales de enero de 1996 para continuar con la elaboración de este libro, y allí se nos unió Mai.

Mai, Gudrun y yo mismo, Tom, hablamos juntos primero; los otros cuatro permanecieron como oyentes. Luego, mientras Mai, Gudrun y Tom asumíamos el rol de oyentes, los demás comentaron lo que habían aprendido de nuestra conversación. Después, todo el que quiso habló con libertad. (Andersen, 1995 b).

En adelante, usaremos las siguientes abreviaturas: G=Gudrun, M=Mai, T=Tom, A=Alette, I=Ingar.

Primero, le pedimos a Gudrun que compartiera sus reflexiones con nosotros. Comentó que, durante las sesiones con Mai, se había familiarizado con sus movimientos y reacciones.

G: A menudo me preguntaba si las sesiones habían sido lo suficientemente amables o si le había ofendido en sus sentimientos de alguna forma. ¿Había sido lo suficientemente abierta como para dejarla expresarse libremente? ¿Fui demasiado insistente o reservada? ¿Me perdí algo? Cuando la terapia estaba a punto de terminar, en junio de 1994, le sugerí que se uniera a uno de mis grupos de movimiento, pero no apareció, y, naturalmente, me pregunté por qué. Pero finalmente apareció, en noviembre.

En la primavera de 1995, buscó ayuda en una policlínica psiquiátrica para adultos. Esto me hizo preguntarme si me había perdido algo. Entonces pensé que quizás todo lleva su ritmo, y que las cosas suceden a su debido tiempo, cuando llega el momento adecuado. En el caso de Mai, esto significaba que necesitaba tiempo para prepararse para esta policlínica psiquiátrica; al igual que necesitaba tiempo para estar lista para asistir al grupo.

M: (Mai está llorando y se le pide que comente lo que Gudrun acaba de decir). Cuando en este momento escucho a Gudrun, me late el corazón con fuerza y me siento muy triste. Fue muy difícil dejar de ir a verla, y la he extrañado desde entonces. Mi sentido común me decía que este tipo de tratamiento debe terminar en algún momento. Hay tanta gente en lista de espera y ellos también deben tener las mismas oportunidades que yo. Llevábamos tiempo hablando de terminar, y por lo tanto debería haber estado preparada, pero la verdad es que no lo había asimilado. Veréis, por fin encontré a alguien con quien hablar, hablamos de cosas que nunca había comentado con nadie, y de repente todo se acabó. Esto de ir a la policlínica no tenía nada que ver con que hubieras pasado algo por alto, Gudrun, tenía que ver simplemente con mi necesidad de hablar. Verás, había mucho más de lo que hablar, más de lo que podíamos hacer aquí en tu clínica, y mi reticencia a asistir a tu grupo de movimiento se debía simplemente a que necesitaba tiempo para acostumbrarme a no tenerte a solas. Disfruto mucho allí, pero debo admitir que estoy muy concentrada en todo lo que dices y haces. Verás, durante todo este tiempo contigo, te he llegado a tener mucho cariño. Eso fue lo que pasó.

T: Cuando leemos lo que Gudrun ha escrito sobre ti, entendemos que quedaste muy satisfecha con el tratamiento que te proporcionó.

M: Sí, lo estuve. Quiero destacar especialmente que me acogió con mucha rapidez, que me dio prioridad en la lista de espera en la que llevaba un tiempo. En aquel momento, pensé que padecía todo tipo de enfermedades y apenas podía caminar. Perdía el equilibrio constantemente y en una ocasión incluso me quedé sorda temporalmente. El médico me dijo que tenía un virus en el oído que afectaba mi equilibrio, y esto me asustó cada vez más. Empecé a pensar: “Quizás este virus se me propague al cerebro, ¿y entonces qué...?”. Estaba muerta de miedo y completamente agotada, y entonces Gudrun me concedió una cita. Después de examinarme todo el cuerpo, me dijo que era fácil comprender el dolor que sentía. Esto me llenó de inmediato de un alivio enorme. Yo misma no era consciente de que mis músculos estuvieran tan tensos, pero Gudrun había sentido la tensión con sus manos, y yo también la sentí.

Fue maravilloso poder preguntarle acerca de todo lo que me preocupaba, por ejemplo, los temblores nocturnos y las palpitaciones del corazón. Me lo explicó y me aseguró que ninguno de estos síntomas era grave. Durante la primera sesión, ¡conseguí respirar! Fue un gran alivio. No os imagináis lo agotada que estaba en la época que conocí a Gudrun.

T: Me parece que te sentías realmente desanimada.

M: Sí, totalmente.

T: ¿Estabas tan agotada que estuviste a punto de rendirte? (Asiente y baja la mirada un buen rato. Sigue un silencio prolongado, y todos nos sumergimos en nuestros pensamientos sobre lo que presenciamos).

¿Te fue tan mal que te costaba imaginar un futuro? (Asiente de nuevo y llora en silencio, un buen rato).

Todos estamos profundamente conmovidos por lo que ocurre en la

habitación. Y tratamos de imaginar cómo debió ser: sentir tanto dolor, tanto miedo y estar tan sola. Pensar que Mai podría ya haber partido nos conmueve, pero al mismo tiempo nos llena de una gran alegría porque realmente está aquí con nosotros y por lo que ella y Gudrun han logrado juntas.

T: ¿Qué opinas de esto, Gudrun?

G: Estoy muy impresionada por la forma en que Mai cuidó y aprovechó su potencial. Tampoco debemos olvidar al médico que me escribió la nota pidiendo ayuda. Recuerdo vívidamente la carta que me escribió a mano, que mostraba una genuina implicación con Mai y su caso. Colaboro muy bien con él. Cada vez que ocurre algo durante la terapia, por ejemplo, si el paciente tiene alguna reacción y necesito que haga una evaluación posterior, lo hace sin demora. A su vez, cuando dice que algo es urgente, por supuesto, respondo de la misma manera.

Es un hecho que es fundamental encontrar el momento oportuno para finalizar la terapia. Constantemente reflexiono sobre cuándo es el momento adecuado, cuándo el paciente ya no necesita mi apoyo. A los pacientes se les debe dar la oportunidad de seguir adelante con su vida sin el terapeuta. Para muchos de ellos, ha sido útil continuar en un grupo de movimiento. Aquí dejan atrás el rol de pacientes y se convierten en seres humanos normales que disfrutan y se benefician de este tipo de entrenamiento de movimiento. La mayoría de los pacientes desean continuar con la terapia individual; por eso necesito prepararlos durante un tiempo para la finalización de la terapia. Juntos debemos descubrir el momento en que estén preparados.

Respecto al grupo de movimiento, debo admitir que me pregunté por qué Mai no apareció. Consideré llamarla, pero luego pensé: “No, debe decidir por sí misma”.

T: ¿Qué piensas cuando te enteras de la tristeza que sintió Mai al terminar la terapia?

G: Bueno, el dolor es una actividad, un proceso. Fue algo en lo que ella estuvo trabajando. Habría sido peor si se hubiera dado por vencida y solo hubiera querido volver conmigo. Claro que la tristeza duele, pero cuando uno trabaja en ella, como lo hizo Mai, significa seguir adelante con la vida. La verdad es que creo que era hora de terminar el tratamiento. Y Mai se las arregló bien sin mí, ¿verdad?

T: (Dirigiéndose a Gudrun) ¿Cómo te sientes cuando Mai habla de lo importante que has sido para ella?

G: Naturalmente me alegra oír eso. Sin duda, me anima a seguir trabajando como lo hago, pero atribuir el éxito a Mai o a mí misma sería un gran error. Lo hicimos juntas. Claro que cada una contribuyó, pero los resultados que obtuvimos nunca se habrían logrado si no hubiéramos caminado juntas. Fuimos paso a paso. Si Mai no hubiera sido tan abierta y comunicativa, nunca habría llegado tan lejos, y durante toda la fisioterapia estaban nuestras conversaciones. Hubo un progreso natural durante todo el proceso y, además, yo también he aprendido muchísimo. Mi experiencia con Mai ha sido valiosa y ha influido en mi práctica. (Gudrun se gira para mirar a Mai): ¿Alguna vez dijiste algo que no entendí?

M: Que yo recuerde, no.

G: ¿Pero se te dio tiempo suficiente?

M: Sí, claro.

T: (Dirigiéndose a Mai): ¿Recuerdas algún incidente en particular?

M: Una vez sufrí fuertes palpitaciones del corazón y se lo conté a Gudrun. Me preguntó si quería dejar de ir a verla, pero le respondí: “No, sigamos”. Cuando Gudrun me dijo que no era perjudicial, confié plenamente en ella. A veces sentía esas palpitaciones en casa, pero en

lugar de tener miedo, simplemente pensaba en Gudrun, escuchaba sus palabras y su voz, y eso me tranquilizaba. Esta sensación de seguridad era extraordinaria; la sentí desde el principio. No sé bien cómo encontrar la palabra adecuada, pero... sí, seguridad parece ser la palabra que más se acerca a mis sentimientos. Su evaluación de mi cuerpo le dijo lo que me pasaba, y esto sin duda me vino bien.

Recuerdo especialmente una sesión; estaba allí de pie, y me pidió que soltara la tensión en los glúteos. Trabajamos en ello durante un tiempo, pero no pasó nada. De repente, un día pude hacerlo; la tensión en los glúteos disminuyó y sentí que mis glúteos se hundían hacia su lugar. Así que ahí estaba yo, en una posición totalmente nueva en comparación con la de un momento antes. ¡Fue una sensación increíble! Después me sentí cansada y mi cuerpo se encontraba tan bien y cómodo.

T: ¿Qué han dicho tus hijos de todo esto?

M: No les he contado mucho. Tenían bastante en qué ocuparse, sin tener que preocuparse también por mis problemas. Sin embargo, mi hija mayor leyó mis comentarios sobre el informe de Gudrun y eso la hizo reflexionar mucho. Mi marido seguro que ha notado que tengo peor humor. Digo lo que pienso con claridad, y ahora me resulta más fácil decir basta. Mi padre, que antes me visitaba a todas horas, ahora se cuida de venir cuando me conviene. Es una persona amable, pero no siempre tiene en cuenta si sus planes les convienen a los demás. Él casi me agotaba, pero, como dije, ahora mantiene una actitud más reservada y eso es bueno para todos.

T: ¿Y tu madre? ¿Ha notado algún cambio?

M: No ha mencionado ni indicado nada. Sin embargo, es posible que haya observado que me he vuelto más enfadada y resuelta, y estoy segura de que se habrá dado cuenta de que ya no tomo analgésicos ni tranquilizantes. Debe haber notado que la regaño más.

T: ¿Crees que ella habrá reflexionado que habría deseado haber sido para ti lo que Gudrun lo fue?

M: Sí, puede que sea así.

Ahora los demás, que habían estado sentados en silencio escuchando, hablaron sobre lo que habían estado pensando mientras nos escuchaban a los tres. Alette dijo que había prestado especial atención a la palabra “tristeza”, y se dio cuenta de que deseaba hablar más de la misma con sus propios pacientes en el futuro.

I: Creo que todos experimentamos algún tipo de tristeza al terminar una sesión de terapia, yo sé que sí. Llego a tener cariño a mis pacientes, pero esto es algo de lo que no hablamos. ¿Cuál sería la mejor manera de hablar del modo de finalizar la terapia? Quizás podríamos simplemente decir: “Me parece que has avanzado mucho desde que empezamos, y quizá haya llegado el momento de acabar la terapia. ¿Qué opináis?”. En fin, es una cuestión importante.

Ingeborg dijo que se sintió muy conmovida, especialmente cuando Mai habló de lo importante que había sido el primer encuentro con Gudrun. Berit había reflexionado sobre la estrecha colaboración entre ambas. Eli no estaba aquí con nosotras. ¿Cuáles habrían sido sus reflexiones?

A: (Dirigiéndose a Mai): Cuando conociste a Gudrun, ¿esperabas que te aliviara de tus dolores o estabas dispuesta a hacer tu parte?

M: Al principio, pensaba que estaba dispuesta a intentarlo todo, pero cuando me acosté en la camilla, me di cuenta de que era yo quien tenía que liberar, Gudrun no podía hacerlo por mí. Cuando finalmente lo logré, esta comprensión se confirmó: tenía que liberar.

T: Si alguien te hubiera pedido que explicaras en qué consiste esta fisioterapia psicomotora, ¿cuál habría sido tu respuesta?

M: Conocerás tu propio cuerpo, respirarás y tomarás el suficiente aire.

Al final, le preguntamos a Mai qué se siente al ser coautora de este libro.

M: Es una sensación muy agradable. Al fin y al cabo, ahora comprendo bastante, ¿verdad?

Gudrun Øvreberg

Fisioterapia psicomotora infantil noruega

Los dolores y molestias infantiles, la rigidez tensional y el deterioro funcional son afecciones minusvaloradas. Con mucha frecuencia, simplemente ignoramos sus quejas y les decimos que se les pasará con el tiempo, o simplemente: “Lo superarás”. También se le puede decir: “Eres tan pequeño; ¿no puedes tener estos problemas musculoesqueléticos tan pronto?”. Esta afirmación carece de evidencia práctica. Rara vez se menciona la tensión como posible explicación, no solo porque es una afección subestimada, sino también porque los servicios de salud pública no saben cómo evaluarla.

Lamentablemente, es un hecho que las dolencias relacionadas con la tensión están aumentando los problemas de salud en niños y adolescentes. Existen innumerables razones para ello; el siguiente relato cuenta dos historias, solo dos de muchas. Las he elegido porque son muy diferentes e ilustran muchos puntos importantes. Nos brindan información y aprendemos acerca del modo en que podemos trabajar como fisioterapeutas cuando los niños se convierten en pacientes.

¿Quién deriva a los niños para un tratamiento y por qué?

A lo largo de los años, he desarrollado una estrecha colaboración con algunos médicos de cabecera de mi ciudad natal, así como con un pediatra y un fisioterapeuta pediátrico. Juntos, hemos hallado un número cada vez mayor de trastornos tensionales en niños. La mayoría de las derivaciones a fisioterapia psicomotora noruega las realiza su médico

de cabecera. Los síntomas de los niños pueden ser dolores de cabeza, dolor de espalda, hombros y cuello, hiperventilación, disnea con suspiros fuertes, dolor abdominal, un síndrome que incluye tos, carraspeo y dolor de garganta, asma con rigidez torácica, dolor articular difuso, dolencias secundarias tras lesiones, o trastornos del movimiento con sospecha de factores emocionales. El médico de cabecera suele derivar a los niños al pediatra, quien realiza evaluaciones adicionales. Someterse a exámenes corporales exhaustivos suele ser una experiencia muy perturbadora para el niño. Si el médico tiene la más mínima sospecha de que los problemas del niño están relacionados con su estado de tensión, esto también debe incluirse en su evaluación, mediante la exploración, la historia clínica y el diálogo.

Le he enseñado al pediatra cómo evaluamos este tipo de problemas mediante técnicas sencillas de exploración psicomotora. Ha tenido que practicar y ha aprendido con la experiencia. La práctica es crucial. Todos necesitamos practicar para poder confiar en nuestros hallazgos. El pediatra ha aprendido a interrogar a los niños y a sus padres sobre afecciones relacionadas con la tensión muscular. Gracias a esto, sus derivaciones se han vuelto más adecuadas y, a su vez, comprende mis comentarios. Esta estrecha colaboración entre nosotros parece generar un sentimiento de confianza entre todos los que estamos involucrados.

El fisioterapeuta pediátrico deriva a los niños a FPMN cuando sospecha que la tensión impide el desarrollo motor normal. La derivación puede ser para una sola evaluación o para tratamiento.

El fisioterapeuta escolar también realiza derivaciones, en colaboración con el médico escolar o el médico de cabecera del niño. El asistente sanitario escolar suele ser quien detecta rápidamente los problemas de los niños.

Los niños “no llevan disfraz”

Los niños reaccionan a la vida presente, y se relacionan directamente con su contexto, de forma muy diferente a como contemplamos que lo

hacen los pacientes adultos. Aún no han aprendido a disfrazar su ser, su existencia. Los padres, tutores u otras personas de su círculo social pueden observarlos en su entorno natural. Estar físicamente cerca de un niño les abre a una percepción silenciosa de su estado. Sin embargo, los adultos no siempre son conscientes de ello.

Cuando el padre, la madre o el tutor acompañan al niño al médico, este obtiene información sobre los antecedentes del niño. Esta información se incluirá en su evaluación general, relacionada con el estado de salud del niño y su potencial terapéutico.

Enfermedad – tensión – un círculo de dolor

Para poder evaluar el desarrollo lógico del patrón de tensión del niño, es preciso obtener información sobre enfermedades, lesiones y otros factores de estrés, previos o presentes, en su vida. En la mayoría de los casos, la condición de un paciente se comprende mejor en niños que en adultos, simplemente porque todo ocurre en un lapso de tiempo más corto y, como mencioné anteriormente, los síntomas infantiles están más “desprovistos de disfraz”, son más manifiestos y, por lo tanto, más fáciles de interpretar.

Es preciso lograr una conexión emocional con el niño para comprender sus diferentes formas de comunicarse por medios distintos a las palabras. Así es como las personas más cercanas al niño pueden percibir y comprender su comunicación a través del lenguaje de los movimientos, de su respiración, del llanto, la risa, los gritos o incluso de la ausencia de expresión.

Los padres suelen saber interpretar la comunicación corporal no hablada de sus hijos, probablemente por instinto natural. Sin embargo, esta habilidad no parece aplicarse tan fácilmente a ellos mismos. El hecho de que muchos adultos ignoren o subestimen la percepción de su propia comunicación corporal probablemente se deba al estilo de vida actual. Quizás sea causada por el ruido, la agitación, el ritmo apresurado, porque todo se realiza a un ritmo acelerado, descuidando o incluso care-

ciendo del tiempo necesario para la consideración y reflexión posterior.

La información sobre la vida infantil en su conjunto nos muestra cómo la tensión se desarrolla en un orden lógico y facilita la comprensión de cómo un aumento de la tensión puede, con el tiempo, derivar en síntomas. Según un estudio sobre cuándo y cómo se producen las enfermedades a diferentes edades, durante la infancia la tasa de incidencia más alta se da en la zona de oído, nariz y garganta, así como en las vías respiratorias centrales. En otras palabras, los órganos respiratorios se ven sometidos a una gran tensión física; además, sabemos que la respiración es la función corporal que responde con mayor sensibilidad a nuestras emociones. Al considerar todo ello, podemos comprender por qué tantos síntomas surgen precisamente en estas zonas. La laringitis o el dolor de garganta frecuentes provocan tensión en los músculos que conectan la laringe y la garganta. Una consecuencia secundaria de esto es la tensión en los músculos del cuello. La parte anterior y posterior trabajan constantemente en conjunto y cooperan estrechamente. El dolor de oído frecuente, u otitis, provoca tensión alrededor de las orejas, a lo largo de la nuca y en las mandíbulas. Si esta tensión se mantiene, una de las consecuencias puede ser el dolor de cabeza frecuente.

Una nariz congestionada hará que el niño respire por la boca. Esto puede, con el tiempo, irritar la garganta, lo que a su vez provoca tos, y esto, a su vez, puede provocar tensión en la garganta y el pecho. Esto, por supuesto, se refiere a casos de enfermedades prolongadas.

En el pasado, sobre todo en los viejos tiempos, se contaban historias sobre las terribles experiencias de niños durante su estancia en hospitales y sus encuentros con un personal sanitario ignorante y arrogante. Afortunadamente, hoy en día somos conscientes de la tensión que supone para un niño estar hospitalizado, y en los servicios de salud actuales, los niños reciben un trato mucho más humano.

Los niños aprenden de sus familiares cercanos y se ven influenciados por ellos, y a menudo aprenden de ellos a afrontar su propia enfermedad. Como sabemos, los adultos afrontan las enfermedades de diversas maneras, y no todas son beneficiosas.

Aparatos dentales

La infancia suele ser sinónimo de aparatos dentales. Estos aparatos son incómodos y no son muy estéticos. Aunque la calidad de los aparatos actuales ha mejorado considerablemente, esto aún puede contribuir a la restricción de movimientos en la mandíbula y la boca. Si el niño presenta tensión en esta zona desde el principio, la situación podría agravarse si se le colocan aparatos. Una vez enderezados los dientes, resulta más difícil relajar los músculos tensos, por lo que conviene trabajar estas tensiones antes de colocar los aparatos.

La primera sesión

La madre, el padre, o el tutor siempre acompaña al niño a la primera sesión de FPMN. Posteriormente, hacemos lo que consideramos oportuno, según su edad y condición. Siempre me dirijo al niño, incluso cuando el padre o madre está presente. ¿Qué opina el niño sobre el problema? ¿Qué sabe sobre el funcionamiento de los músculos y sobre lo que son los movimientos? Intento invitar al niño a reflexionar conmigo, a hacer preguntas y a participar en una conversación según su nivel de comprensión. Le muestro lo que vamos a hacer; entre otras cosas, le dejo sentir mis músculos para que pueda distinguir entre músculos relajados y tensos. El cómo y el qué hacemos depende exactamente de la edad y madurez del niño, y de la situación en la que se encuentre. Examino su flexibilidad, evaluando diversos tipos de movimientos desde diferentes posiciones iniciales. Observo atentamente su respiración para ver si responde a sus movimientos. Observo si el niño se aparta o se estira, y con qué espontaneidad responde a algo placentero, incómodo o doloroso. Este tipo de observación es esencial al palpar los músculos. Si la palpación induce dolor, es importante que el terapeuta lo suelte de inmediato, abriendo la puerta a la respuesta espontánea del niño. En una reacción espontánea como esta, la respiración es fundamental. Una respiración libre y natural induce una reacción libre y natural en el cuerpo. Podríamos decir que la respiración es como un “liberador”. Se anima al niño a

moverse libremente, a expresar la sensación de dolor, etc., todo ello con la intención de liberarlo de su patrón de respuesta aprendido.

Tratamiento y reacciones

En terapia, este enfoque aplica movimientos más activos en niños que en adultos. Cuanto más pequeño sea el niño, más lúdica será la terapia, buscando estimular su movimiento natural; intentando, por así decirlo, ayudarlo a liberarse de las garras de la tensión. Queremos animar al niño a explorar sus movimientos, a experimentar la sensación de “ceder” a la gravedad o a dejarse mover pasivamente, entre otras cosas. Cuando se trata de niños, voy directo al grano y trabajo extensamente los movimientos que involucran la respiración, la mandíbula, la lengua, los ojos y la frente. Desde una perspectiva psicomotora, estas son las áreas centrales de tensión emocional. Los adultos suelen necesitar más tiempo antes de poder “desafiar” estas áreas de tensión. Sin embargo, con los niños, el masaje es más breve y se alterna con estiramientos guiados. Suelo centrarme en el masaje del cuero cabelludo y la cara, y los niños suelen reaccionar espontáneamente, ya sea con agrado o con disgusto, suspirando profundamente o conteniendo la respiración. De esta manera, me muestran sin palabras si están listos para liberarse o no.

Esto es lo que experimentaron Trygve Braatøy y Aadel Bülow-Hansen¹; la tensión en la región de los ojos y la frente suele ser la última en liberarse. El control de la tensión en esta zona nos indica la posible presencia de emociones reprimidas. Esta zona es fácilmente accesible en niños y, en la mayoría de los casos, el tratamiento resulta eficaz.

Si la tensión se asemeja más a un fenómeno de “bloqueo”, es decir, resultante de una enfermedad o lesión previa y no muy condicionada emocionalmente, el niño pronto se revolverá, se retorcerá y finalmente acabará en un estiramiento placentero. En sentido figurado, este movimiento y estiramiento espontáneos son la válvula de escape donde la ten-

¹ Psiquiatra y fisioterapeuta. Fundadores de la fisioterapia psicomotora noruega.

sión se libera, donde ellos se desahogan. Todos tenemos esta “válvula” dentro, pero en los niños no ha estado cerrada durante tanto tiempo y, por lo tanto, se abre con mayor facilidad.

A menudo observamos este tipo de reacción durante la tercera o cuarta sesión. Si este es el caso, los síntomas remiten gradualmente y comienza el proceso de cambio. Entonces es hora de parar; no programamos nuevas citas, pero acordamos que se mantendrán en contacto en caso de una recaída. No debemos mantener a los niños en el rol de pacientes más tiempo del absolutamente necesario.

Si estos movimientos de bostezo, estiramiento y contracción no se producen o si notamos que el niño se reprime, sería señal de inseguridad o de algún tipo de freno emocional. En ese caso, me pondría en contacto con el pediatra del niño y hablaríamos sobre el siguiente paso a seguir. Con frecuencia hablo con el profesor del niño, así como con uno o ambos padres; es fundamental que todos estén al tanto de lo que ocurre. Permítanme ilustrarlo con dos casos prácticos de mi consulta.

Niña número uno

La primera niña tiene ocho años. Un año antes, sufrió una enfermedad repentina y desde entonces ha estado bajo tratamiento médico. A pesar de ello, es una niña excepcionalmente valiente, alegre y despierta. Tiene un acceso en vena implantado en la zona pectoral, y sus padres notaron que su cuerpo se había vuelto gradualmente más rígido. Sus movimientos eran más lentos, cuidadosos y menos espontáneos, y empezó a quejarse de dolor en las pantorrillas, los muslos, los brazos, la espalda y el pecho. Si bien le habían administrado medicamentos que crean dolor tisular como efecto secundario, esto no debería haber afectado tanto sus movimientos.

Cuando examiné a esta niña, lo hice solo con movimientos activos, ya que se resistía a que la tocara. Por supuesto, cuando una niña planta los límites así, el terapeuta debe respetarlos plenamente. Juntos realiza-

mos movimientos sentados, de pie, sentados y acostados en la camilla, movimientos de todas las maneras imaginables. Los padres estuvieron presentes durante toda la sesión y la niña descubrió que estos movimientos sutiles y cuidadosos no le dolían. Se volvió más audaz, ya no le daba tanto miedo moverse; de hecho, parecía perfectamente cómoda, su respiración respondía con naturalidad. En cierto modo, pareció comprender en ese momento lo que sucedía. Le mandé algunos de estos movimientos sencillos y fáciles para que los realizara en casa.

Unos días después, llamé a la madre para preguntarle si había tenido alguna reacción y si le gustaría volver la semana siguiente. La niña ya se movía con mayor facilidad y, sin duda, me dijo que le gustaría volver. La siguiente sesión fue casi una revelación, e ilustró la rapidez con la que los niños pueden reajustar un patrón de tensión, si tan solo se les guía cuidadosamente para experimentar el control. Prácticamente se le había olvidado el acceso venoso implantado, sustituido por el renacimiento de su antigua alegría de moverse.

Mediante un suave masaje en el cuello y la cara, los bostezos y los estiramientos surgieron espontáneamente. Era una escena maravillosa; como ver una flor desplegarse hacia el sol. Parecía un poco sorprendida de cómo los movimientos insistían en cobrar vida, y disfrutaba estirándose. La niña ya no necesitaba regresar; había recuperado su alegría y bienestar naturales.

Este ejemplo ilustra cómo síntomas como los de esta niña pueden resolverse cuando no hay involucrados elementos emocionales profundos. Esto no significa que uno no deba involucrarse emocionalmente en su propia tensión, en su situación vital; eso es, por supuesto, perfectamente normal, se trata de estar vivo. Sin embargo, esta niña no estaba atrapada en sus emociones y, por lo tanto, podía aliviar las tensiones con tanta facilidad. Si esto no se hubiera abordado en una etapa tan temprana, el patrón de tensión podría fácilmente haberse convertido en un estado más prolongado. Con el tiempo, esto podría haber producido síntomas más pronunciados que fácilmente podrían haber llevado a interpretaciones erróneas sobre su problema. Es esencial comprender todo el contexto.

Niña número dos

La niña número dos tiene diez años y viene con su madre. Esta niña no resultó provenir de un nacimiento deseado por los padres y es mucho más pequeña que los demás niños de la familia. Sus padres están divorciados. La niña se mueve lentamente, es inexpresiva, muestra un rostro impasible, está atenta, responde con monosílabos, tiene un poco de sobrepeso y se mueve con torpeza. Me la derivó la fisioterapeuta del colegio, quien estuvo en contacto con el médico. Esta niña sufre frecuentes dolores de cabeza y mareos que aparentemente no se ven afectados por ninguna posición. Está rígida y le duelen el cuello, la espalda, las rodillas y las pantorrillas. Siente una especie de presión en el pecho, un nudo en la garganta, escupe a menudo y tiene dolor de estómago con frecuencia. No le gusta la gimnasia en el colegio. Esto lleva ocurriendo durante mucho tiempo, pero aparte de esto, según su madre, es una niña normalmente activa. La madre se muestra algo agresiva al principio de la sesión, y me aseguró de que no tiene problemas emocionales. “Me enfado mucho con los médicos que insinúan algo así”.

El examen se realiza con mucha cautela. Pruebo la flexibilidad de la niña y su capacidad para moverse pasivamente, observo la dinámica de su respiración y palpo la tensión en su musculatura. Durante toda la evaluación, me observa de reojo. Se mantiene de pie, sentada y acostada, completamente quieta, sin ningún movimiento espontáneo. Respira sin suspiros, con movimientos pequeños y superficiales. Su pecho está expandido y rígido. No tengo posibilidad de mover pasivamente ninguna parte de su cuerpo, independientemente de la posición. De pie, mantiene las rodillas ligeramente flexionadas y los glúteos, las caderas y los hombros, etc., activamente contraídos. Apenas cede a la gravedad cuando se sienta. Cuando está tumbada en la camilla, en decúbito supino, su espalda está muy tensa. Observo que los músculos con mayor tensión se encuentran principalmente en su lado izquierdo. La mayoría de sus flexores, sus “músculos flexibles”, están en alta tensión y le duelen.

Este patrón de tensión está claramente condicionado por las emocio-

nes, y se puede considerar bastante extensivo teniendo en cuenta la edad de la niña. Se supone que se trata de lo que se llama una futura paciente con fibromialgia. El patrón es idéntico, pero no tan establecido como el que observamos en pacientes adultos.

La madre se calmaba a medida que avanzaba la sesión. Hice hincapié en que reaccionar a situaciones difíciles tensando los músculos es perfectamente normal. Es nuestro mecanismo de defensa habitual. No pude hacer que la paciente participara en la conversación, a pesar de que me dirigí a ella durante toda la sesión. La niña siempre buscaba la ayuda de su madre. Le propuse algunos ejercicios sencillos para hacer en casa: flexionar los tobillos, extender las rodillas y mover la mandíbula y la lengua.

La niña viene sola a la siguiente sesión. Se relaja un poco, pero está constantemente en guardia. Empezamos con movimientos sencillos. Sus piernas empiezan a temblar y se cansa. Después de la tercera sesión, su dolor de cabeza mejora. Se queja de dolor de garganta todas las mañanas antes de ir a la escuela. Sus movimientos son más libres. La niña sonríe levemente.

Ahora es el momento de dirigirme a su madre; me gustaría saber su opinión sobre cómo van las cosas. Dado que es familiar inmediato, su actitud hacia la continuación de la terapia es importante. Por teléfono, me cuenta que a lo largo de los años ha habido problemas considerables en casa. El padre y tío de la niña, ambos alcohólicos, la habían acosado durante toda su infancia y, tras el divorcio de sus padres, su padre la ha obligado a ir a visitarlo. El derecho de visita de su padre procedía de una orden judicial. Es capaz de convencer a cualquiera de cualquier cosa, me contó la madre. Durante estas visitas, su padre con frecuencia la lleva contra sus deseos a casa de sus amigos. Les tiene miedo y, según su madre, le aterra cualquier situación en la que se consuma alcohol. La madre parece casi paralizada, con dificultades para gestionar sus propias emociones e incapaz de proteger a su hija del padre.

Nuestra tercera sesión fue en junio. La niña iba a pasar parte de las vacaciones de verano con su hermano; después, tenía que estar con su

padre. De acuerdo con la madre, me dirigí al médico de la niña para preguntarle si se podía hacer algo al respecto. Lamentablemente, no hubo forma de evitarlo.

La madre no se puso en contacto conmigo después de las vacaciones de verano, así que la llamé en octubre. Me contó que su hija había vuelto a casa después de una semana con su padre. La niña la había llamado llorando por teléfono y le había suplicado que la dejara volver. De momento, no tenía dolor de cabeza, así que la madre no creía que necesitara más tratamiento.

Antes de esa llamada, desconocía la historia de la niña, pero la evaluación me indicó que se trataba de un trastorno denominado “tensión extensiva”. El comportamiento de la niña estaba condicionado por estas tensiones, influenciado por la carga de sus problemas emocionales, y no había nadie que la ayudara. Por supuesto, la niña no era capaz de afrontarlas. Podía hablar de su dolor, pero nunca de su miedo. Siempre se había guardado sus pensamientos, palabras y delirios. Esta niña de 10 años no respiraba con alivio: estaba “paralizada por el miedo” y contenía la respiración para controlarse. Se puede ver esto si se sabe lo que hay que buscar.

Al mirar hacia atrás y reflexionar sobre estas dos historias, descubrimos que la mayoría nos encontramos en un punto intermedio. La fisioterapia psicomotora noruega evalúa e intenta cambiar los patrones de tensión disfuncionales, ya sea de un paciente adulto o de un menor. A menudo observamos que la tensión condicionada emocionalmente es más pronunciada en niños que en adultos; más evidente, y más capaz de responder al tratamiento, siempre que su situación vital permita el cambio.

Tom Andersen

Sobre la práctica participativa y el ser-en-el-mundo

Algunas reflexiones de trabajo

Hemos debatido a fondo cómo deberíamos titular este capítulo, y decidimos que reflexiones sería el término adecuado para el subtítulo. Esta palabra nos permite pensar con libertad, pero al mismo tiempo nos compromete a ceñirnos al tema sobre el que reflexionamos.

Hemos decidido que este sea el último capítulo porque, ante todo, queríamos contar historias reales. Queríamos que estas historias fueran la base sobre la que pudiéramos reflexionar. Todos nuestros diálogos a lo largo de los años, desde mediados de los 80 del siglo XX, han influido en lo que se escribe en las siguientes páginas. Durante varios años nos reunimos en Harstad, en el norte de Noruega, llevando una nueva agenda para cada reunión. Estudiamos vídeos de las sesiones de tratamiento; organizamos sesiones conjuntas con los pacientes y sus médicos de cabecera. También mantuvimos innumerables conversaciones a tres bandas entre cada uno de los fisioterapeutas, un paciente elegido por ellos y yo; solo nosotros tres. Estas reuniones nos permitieron resumir nuestras experiencias y generar nuevas ideas.

La definición amplia de Steinar Kvale del término *investigación* es la siguiente: “La producción metodológica de conocimiento nuevo y sistemático” (Kvale, 1996, p. 60). Nuestros métodos no son lo suficientemente sistemáticos como para encajar en esta definición, pero si entramos a considerar otra definición de investigación, inspirada por Donald Polkinghorne, quizá no estemos tan lejos después de todo: “la investigación

es la búsqueda de conocimiento; este conocimiento se comunica a una comunidad, y esta evaluará la nueva información” (Polkinghorne, 1983, pp. 1-4). Por lo tanto, lo que se acepte como conocimiento relevante determinará el enfoque y los métodos que se considerarán aceptables como investigación. Esto nos lleva a una pregunta importante: ¿quién tiene derecho a reclamar la definición correcta de investigación? No hay una respuesta sencilla.

En el mundo académico, investigar significa, en primer lugar, construir un marco teórico antes de poder realizar estudios prácticos basados en métodos específicos. Una vez finalizado, se redactan los informes y los resultados darán lugar a debates; debates basados en las teorías en las que se fundamentaron inicialmente los estudios. Dos cosas parecen claras aquí: los resultados están influidos y restringidos por la teoría aplicada, y el discurso final nunca irá más allá de este marco teórico. Simplemente logrará explorar la teoría con mayor detalle. En otras palabras, el objetivo de este tipo de investigación no es cuestionar la teoría, sino cómo explorarla.

Las teorías se basan en la razón y la lógica, y al mantenerse dentro del marco teórico, uno se mantiene dentro de la razón y la lógica, y quizás incluso se quede atascado allí. Nos hemos tomado la libertad de usar un punto de partida más amplio para nuestra forma de pensar, lo que significa que tenemos en cuenta que nosotros, los terapeutas, nos *emocionamos* y *conmovemos* en muchas de las situaciones terapeuta-paciente en las que nos encontramos. Por supuesto, esto no significa que renunciemos a la razón y la lógica ni que las consideremos insignificantes. Esperamos integrar ambos elementos, pero nos gusta situar nuestras reflexiones en una perspectiva más amplia. Creemos que, al integrar plenamente los conceptos de *objetivo*, *neutral* y *correcto*, desaparecerá el aspecto humano del investigador. No queremos que esto nos suceda. Nuestra forma de reflexionar sobre nuestros procesos de tratamiento nos hace más vulnerables, pero quizás esto nos permita ser vistos como los seres humanos que somos. Así es como queremos que sea.

Cuatro tipos diferentes de conocimiento

A grandes rasgos, nuestra historia moderna comienza en el siglo XVI, algunos dicen que con el nacimiento de René Descartes (1596). En esta era hablamos de dos categorías de conocimiento: el conocimiento *racional* y el conocimiento *práctico/técnico*. El conocimiento racional puede captarse mediante el intelecto, mediante la razón. El conocimiento práctico/técnico se ocupa de cómo dominar, por ejemplo, algún tipo de equipo de medición, herramientas o una máquina, o de saber escribir o expresarse. En cierto modo, se podría decir que es el contenido de un repertorio de habla y acción, una especie de saber hacer.

En la ciencia natural, uno se concentra en estas dos categorías de conocimiento, cada una de las cuales se adquiere individualmente, es decir, está vinculada a una persona específica. Cuando un científico busca una o ambas categorías, crea una distancia con respecto a lo que va a estudiar y se convierte en observador.

En este capítulo, como en toda nuestra práctica clínica, utilizamos las dos categorías mencionadas anteriormente, pero incluiremos dos categorías adicionales de conocimiento: el conocimiento *relacional* (Gergen, 1994, pp. 32-63; Andersen, 1995a; Andersen, 1995b; Shotter, 1993) y el conocimiento corporal (Andersen, 1995a; Engelsrud, 1995; Johnson, 1987). Indudablemente, nos hemos beneficiado de estos cuatro tipos de conocimiento. Para nosotros, el conocimiento no es una condición estática, sino una actividad continua. Podemos describir el verbo “conocer” como comprender, captar, entender, o el saber cómo hacer algo, dominar, realizar, actuar, ejecutar.

El conocimiento relacional se trata de saber cómo relacionarse con los demás; como “ponerse en el lugar del otro” o “conectarse” con la otra persona. Ambas expresiones ilustran el acceso a lo que una situación podría significar para la otra persona. También necesitamos aprender a *participar* en la situación de la otra persona para que el escenario sea significativo para los presentes, incluyéndonos a nosotros mismos. El conocimiento *corporal* es prácticamente sinónimo del concepto de *percepción*,

es decir, percibir/sentir las respuestas del propio cuerpo; reacciones que nos indican que “hay algo aquí”, sin saber necesariamente qué es exactamente en ese momento (Engelsrud, 1995). El científico que trabaja desde la perspectiva del conocimiento relacional y corporal es más participante que observador. Nosotros, los autores de este libro, nos hemos propuesto desempeñar el papel tanto de observador como de participante, pero a elegir entre ambos somos, sin duda, principalmente participantes.

El contenido de este capítulo no es ni “correcto” ni “preciso”; nuestro objetivo es comunicar al lector nuestra comprensión del conocimiento basada en estas cuatro categorías diferentes.

Las ambiciones son mucho mayores en las tradiciones de las ciencias naturales porque se esfuerzan por explicar y predecir; su objetivo es crear reglas y teorías comunes para explicar y predecir fenómenos y situaciones. Esto les permite transferir conocimiento racional y técnico de una situación a otra similar, incluso en otro tiempo o espacio. Esto puede hacerse en el ámbito en el que las ciencias naturales centran sus estudios, es decir, el ámbito que se puede ver, tocar y es inmóvil. Cuando algo no se mueve, se puede medir, y si permanece quieto el tiempo suficiente, incluso se puede volver a medir. Este tipo de medición no es posible en el ámbito humano, donde existen sentimientos, movimientos y opiniones. Todos estos elementos cambian constantemente, en el tiempo y en el contexto. Con frecuencia, han cambiado, o incluso han desaparecido, para cuando uno finalmente se dispone a volver a medirlos, y considerando que estas cualidades son difíciles de ver y/o tocar, se podría incluso ignorar cómo hacerlo. Sin embargo, todos tenemos nuestras *opiniones* sobre el ámbito humano; es imposible no tenerlas.

Así pues, aquí nos encontramos. Este libro no ofrece explicaciones científicas; simplemente les comunicamos lo que creemos haber comprendido. Los conceptos de comprensión y explicación tienen esto en común: ambos se basan en descripciones, y estas se basan en lo que se ve y se oye. Al enfrentarnos al mundo humano, experimentamos cómo cambia a cada instante; y cada instante es tan pleno que resulta imposible captar cada detalle de lo que sucede. Hemos de ser selectivos con lo

que escuchamos y buscamos para tener la oportunidad de experimentar el momento en cuestión. Para ello, nos creamos una especie de “imagen-sonido” de lo que sucede. Tomar una decisión como esta implica, sin duda, seleccionar aquello en lo que queremos centrarnos, lo que implica eliminar otros aspectos del momento; y los aspectos que no se ven ni se oyen nunca llegan a nuestra conciencia.

Hemos de situar las descripciones en una perspectiva para que tengan sentido. O, dicho de otro modo: necesitamos proporcionarles un contexto para que podamos distinguir la situación o el contexto con mayor claridad. Un contexto puede entenderse de muchas maneras diferentes, dependiendo de lo que el observador haya visto y oído, y desde qué perspectiva observe la situación.

Perspectiva, contexto, marco de referencia: son palabras diferentes, pero significan lo mismo. Esto se ilustra en la siguiente historia.

Padre e hija presencian la misma situación: la madre está sentada en silencio, con la mirada perdida. La perspectiva de la hija es la siguiente: todo lo que sucede cuando las personas están juntas tiene que ver con lo que ocurre entre las personas presentes en ese momento. Su interpretación de la situación es que la madre se siente *triste* y *sola* porque nadie le habla. La perspectiva del padre es diferente. Él cree que todo lo que una persona dice y hace se relaciona con su interior. Su perspectiva para comprender la situación tiene que ver con la naturaleza de su esposa, que siempre busca ser el centro de atención. Por lo tanto, está convencido de que está de *mal humor* porque nadie le habla. La hija podría preguntar: “¿Cómo estás, madre?”, mientras que el marido podría decirle: “Tranquilízate”, o simplemente salir de la habitación sin decir palabra.

Ahora bien, ¿cómo pueden dos personas interpretar una situación de forma tan diferente, como nos muestra esta historia cotidiana? ¿Cómo es posible que estemos tan influidos por nuestras propias perspectivas? Ludwig Wittgenstein y su sucesor, Georg Henrik von Wright, afirman que “los mecanismos de nuestro lenguaje nos fascinan” (Wittgenstein, 1953; von Wright, 1993). De hecho, creo que podemos llegar a esta conclusión: es imposible no dejarse fascinar por nuestro lenguaje; franca-

mente, de esto se trata ser humano. Cada vez que hablamos con alguien, o incluso con nosotros mismos, nuestras palabras contienen nuestras perspectivas que nos guían hacia lo que debemos buscar y escuchar. Las palabras son poderosas y, sin duda, no son inocentes. Las palabras que intercambiamos en una conversación están estrechamente relacionadas con el lenguaje que llevamos dentro. Esto significa que el lenguaje que utilizamos en nuestra conversación *profesional* influirá en el resultado de cualquier situación en la que nos veamos involucrados. Elegimos qué tipo de lenguaje queremos hablar; en otras palabras, con qué lenguaje queremos fascinarnos.

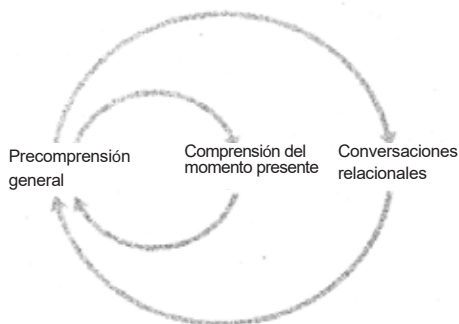
Martin Heidegger, al referirse a nuestras perspectivas, nuestras ideas sobre lo que hay que escuchar y buscar, las denomina nuestra *precomprensión* (Wachthauser, 1986). Suponemos que se refiere a que siempre nos acompañan algunas ideas básicas sobre cómo comprender una situación específica. Hans Georg Gadamer afirma lo mismo, pero con mayor énfasis. Afirma que inevitablemente tenemos prejuicios, es decir, tenemos presuposiciones sobre cómo comprender o interpretar un contexto o persona específicos, y nuestra precomprensión, o prejuicio, se comunica a través de nuestro lenguaje (Lindseth, 1988; Wachthauser, 1986).

Tanto en nuestra práctica como en este libro, hemos optado intencionalmente por hablar y escribir en un lenguaje cotidiano. En las sesiones de tratamiento, queremos comunicarnos con el paciente utilizando su propio lenguaje cotidiano, y en este libro deseamos comunicarnos con el lector en lo que creemos que es su lenguaje cotidiano. Creemos que lo mejor para los pacientes, los lectores y para nosotros mismos es dejarnos fascinar por el mismo lenguaje. El lenguaje cotidiano, conocido por todos, contiene todo un espectro de perspectivas y una gran diversidad en el mirar y escuchar. El lenguaje del experto contiene una gama limitada de perspectivas. En este sentido, el lenguaje del experto es un lenguaje limitado y, en cierto modo, más pobre, mientras que el lenguaje cotidiano es complejo, diverso y rico; una auténtica paradoja.

El círculo hermenéutico

Utilizaremos una figura sencilla para ilustrar la relación entre una situación específica, nuestra precomprensión, nuestra presuposición y nuestro lenguaje hablado. Comprendemos un contexto a la luz de nuestra presuposición. Sin embargo, algo totalmente nuevo puede surgir en ese momento específico, retro-trayéndonos a nuestra precomprensión, la cual, a su vez, debe extenderse para incluir esta nueva experiencia.

Esta es la dinámica de la precomprensión: siempre cambiante y con múltiples matices.



¿Qué creemos haber comprendido?

Creemos que la siguiente comprensión es esencial:

- La relación entre la persona que solicita ayuda y quien la ayuda.
- Lo que genera el cambio cuando se desea ese cambio.
- Lo que significa ser humano.

Creemos que hemos comprendido mejor lo que *no* hay que pensar ni hacer. Esto puede ponernos en conflicto con las formas más tradicionales de pensar o actuar. Para adquirir una comprensión más amplia, hemos reflexionado sobre todas las experiencias que hemos acumulado a lo largo de los años. Algunas experiencias son recurrentes, y quizás esto haga que nuestra comprensión sea más universal, es decir, más aceptada. Sin embargo, a veces lo que sucede es bastante excepcional, y entonces podemos simplemente sugerir la posibilidad de que se trate de algún tipo de conocimiento general.

La *relación terapéutica* y el cambio están estrechamente vinculados. No obstante, en el siguiente párrafo, se analizarán por separado.

La relación: una colaboración

Resultará obvio para el lector que una estrecha colaboración² entre el paciente y el fisioterapeuta, o simplemente *el estar juntos*, es esencial. Por lo tanto, podemos preguntarnos qué es lo que hace que esta relación se convierta en un éxito y cuándo un fracaso. Nos interesa indagar el papel del fisioterapeuta.

Por las historias de este libro, debería ser evidente en qué relaciones el paciente y el fisioterapeuta colaboran de manera apropiada y en cuáles surgen problemas. Normalmente, para evaluar la colaboración consideramos necesario observar lo que sucede a lo largo del tiempo, pero aquí ciertamente presenciamos varios momentos puntuales de estrecha colaboración. También les hemos presentado algunas expresiones bastante especiales, del tipo: “Tenían la química perfecta”. A veces todo sale a la perfección, y puede ser difícil identificar lo que está sucediendo realmente. El contexto de la colaboración cambia constantemente y requiere trabajo constante. Ahora bien, una pregunta pertinente podría ser: cuando presenciamos una relación que consiste en lo que consideramos una colaboración de alta calidad, ¿qué es lo que está sucediendo realmente?

En el capítulo de Gudrun, Mai nos cuenta algo al respecto. En primer lugar, después de que Mai fuera derivada a FPMN, no tuvo que esperar mucho para obtener una cita. Después de la primera sesión, Gudrun le explicó a Mai que su sufrimiento era perfectamente comprensible. Que Gudrun reconociera el dolor de Mai fue un gran alivio para ella. Mai se encontró con alguien que la creía, recibió una explicación comprensible y finalmente encontró a una persona adulta con quien hablar.

² Colaboración: Interacción entre los participantes en un esfuerzo coordinado para resolver el problema juntos. (Dillenburg et al; 1995)

Alette, quien ha escrito sobre un compañero de trabajo, lo explica así:

Esta conversación preliminar dura unos 15 minutos. Percibo un ambiente agradable, un buen diálogo entre el fisioterapeuta y el paciente. ¿Qué es lo que veo y oigo que me produce esta sensación? El paciente puede hablar y el fisioterapeuta escucha con gran presencia, sin interrumpirlo. El paciente parece agradecer que le miren y escuchen.

Ingeborg se encuentra junto a su paciente, frente a un espejo. La mujer siente un dolor intenso, le duelen los hombros y no tiene ni idea del por qué. Ingeborg dice:

Le explico, mostrándoselo en mi propio cuerpo, cómo los músculos de los hombros ajustan su comportamiento según la posición del pecho. Se lo muestro frente a un espejo. Le muestro la espalda encorvada, permitiéndole ver cómo tanto mi pecho como mi abdomen tienen un espacio de movimiento limitado, con mayor tensión en ambos. Luego cambio de posición, libero la tensión abdominal y le muestro cómo esto lleva a un pecho más “abierto”, desde donde mis hombros pueden moverse con mayor libertad. Ella lo prueba por sí misma y, asintiendo lentamente, admite experimentar movimientos adicionales y nuevos en la parte superior de su cuerpo.

En el capítulo de Eli leemos cómo los problemas se habían ido acumulando y cómo ella seguía adelante, reflexionando y dudando, sola. Las voces internas la presionaban y ella, Eli, cargaba con toda la responsabilidad, ¡sola!

Berit nos cuenta sobre su primera sesión con Eva.

Durante un rato, simplemente permanecí a su lado, palpando suavemente su espalda y la parte superior de sus glúteos. Esto era para sentirla, para tenerla “en mis manos”, por así decirlo, e igualmente importante: para que ella se familiarizara con mis manos. De esta manera tan sencilla, nos conocemos. Este es un momento importante en nuestro primer encuentro; mis manos y su piel se encuentran por primera vez. No busco nada en particular, ni músculos tensos ni flácidos. Lo único que hago es tocar su espalda con mis manos abiertas, con calma y a un ritmo constante, en un diálogo delicado con su piel, músculos, movimientos y respiración. Ella y yo nos esforzamos por lograr un diálogo adecuado para ambas; debemos encontrar nuestro ritmo mutuo.

Eva escribe en su diario que, inmediatamente, Berit se ganó su confianza. Más tarde, Eva dice: “Esta confianza tenía algo que ver contigo; la forma en que me trataste, tu voz, la forma en que me tocaste, todo me encajaba a la perfección”. Tiempo después, Berit asistió a un curso, lo que la inspiró a trabajar con mayor precisión y especificidad. Influida por este curso, Berit masajea músculos específicos de forma profunda y exhaustiva. Al final de la sesión, Berit le pregunta a Eva si ha notado algo diferente esta vez, y Eva comenta que sintió que Berit había sido más técnica. Reflexionando sobre esto, Berit se pregunta:

¿Qué ha sucedido durante esta sesión? ¿Quién sigue a quién? Probablemente fui bastante entusiasta y persistente. Quizá me encuentre un poco fuera de equilibrio porque estoy muy concentrada en mi propia agenda: mi propia actualización profesional. Quizás esto me hace perder el ritmo mutuo, el suyo y el mío. Poco después de esta sesión, Eva escribe en su diario: “Siento que se ha alterado algún tipo de equilibrio”. Ahora mismo me siento exactamente igual que después de las primeras sesiones. Días después, escribe: “No estoy segura de que haya sido lo correcto continuar con esta terapia”.

Sin embargo, Eva y Berit retoman el contacto y la terapia continúa.

Ingar nos cuenta lo siguiente sobre su primer encuentro con un menor en edad escolar, un adolescente:

Cuando viene a mi clínica, se equivoca de lugar y entra directamente en mi consulta en lugar de ir a la sala de espera. Lleva una enorme y pesada chaqueta de cuero negra y unas grandes botas vaqueras también negras. Es alto, delgado y tiene un flequillo larguísimo. Tiene el cuello inclinado hacia adelante, lo que dificulta el contacto visual. Me cae bien. Le pido que se siente en la sala de espera. Un rato después lo llamo. Ha colgado la chaqueta y se ha quitado las botas. Nos saludamos, nos damos la mano y, mientras él sacude la cabeza, establecemos contacto visual. Se mueve por la habitación y finalmente encuentra un sitio donde sentarse. Se sienta en el borde de la camilla. Me siento en un taburete a unos metros de él.

Esta descripción solo puede ser dada por alguien que realmente comprende lo que es bueno para otra persona. Un ejemplo de ello es Ingar, quien crea una distancia adecuada con el menor, a pocos metros de distancia, procurando no estar ni demasiado cerca ni demasiado lejos.

¿Qué hace que la colaboración sea exitosa? Es esencial que ambas partes compartan y participen juntas, *de acuerdo con su propia* perspectiva. Cuando dos personas participan en un proceso, y este se desarrolla desde la perspectiva de solo una de ellas, surgen dificultades. Como cuando Berit estaba llena de nuevas ideas y actuó únicamente en función de ellas. O cuando Eli sintió que todo era su responsabilidad y, naturalmente, actuó desde su propia perspectiva.

El paciente solo puede participar si el paciente y el terapeuta parten juntos del propio punto de partida del paciente. El terapeuta debe estar dispuesto a empezar desde allí y luego aplicar gradualmente su experiencia, sabiduría y perspectiva. Es un “intercambio” para ambas partes, y juntos deben buscar el siguiente paso a seguir. El terapeuta debe estar

dispuesto a entrar en la perspectiva del otro, como cuando Ingeborg se colocó frente al espejo, junto a la paciente.

De los dos, es el paciente quien sabe qué tipo de paso es capaz de dar y cuándo hacerlo. En algunos casos, el paciente puede expresar este conocimiento con palabras, pero esto no es algo natural; encontrar y expresar las palabras adecuadas suele ser extremadamente difícil. Es esencial, por lo tanto, que el terapeuta esté muy atento a lo que expresa el lenguaje corporal de la persona. Berit deja que sus manos se familiaricen con Eva, buscando el ritmo mutuo. El ritmo consiste en alternar entre la actividad y el descanso, entre hablar con alguien y hablar consigo mismo, entre agarrar y soltar, etc. Encontrar este ritmo mutuo no es fácil. A veces, incluso encontrar el propio ritmo puede resultar difícil.

En resumen, señalaremos dos tipos diferentes de “estar juntos”. Uno se caracteriza por el monólogo, el otro por el diálogo. Jaakko Seikkula, inspirado por los rusos Lev Vygotsky y Mijaíl Bajtín, ha mostrado especial interés en este tema (Seikkula, 1995). Afirma que la interacción en *monólogo* implica que la conversación está predominantemente influenciada por uno de los participantes y se desarrolla desde una sola perspectiva. Cada pregunta se formula desde la perspectiva del protagonista; la otra persona solo responde. Estas son conversaciones *cerradas*. Ante una respuesta, el protagonista plantea una nueva pregunta, como cuando el psiquiatra utiliza únicamente su cuestionario para encontrar el diagnóstico correcto.

El estar juntos en *diálogo* implica que la conversación se desarrolla desde la perspectiva de ambos participantes. Cada uno formula preguntas y ambos responden. Estas conversaciones tienden a generar nuevas preguntas y abren la puerta a nuevas ideas e incluso nuevas perspectivas.

El filósofo danés Knud E. Løgstrup habla sobre la cualidad de la *sensibilidad* en una relación terapéutica (Løgstrup, 1956). Cuando el paciente expresa algo, ya sea estirándose, soltando la respiración, suspirando, llorando o riendo, este se expone. Uno no puede exponerse a la nada, por lo que alguien tiene que estar presente. En cierto sentido, el paciente pone una parte de su vida en manos del fisioterapeuta. Esto puede ser

arriesgado, al no saber si el terapeuta recibirá o aceptará lo que se le da. Aceptar es reconocer no solo la expresión, sino a la persona en su totalidad. Si ocurre lo contrario, y el terapeuta no acepta totalmente lo que “se le da”, esto puede convertirse en una experiencia dolorosa y surgirán dudas sobre uno mismo y su propia integridad humana. El terapeuta que es capaz de recibir y aceptar totalmente demuestra estar abierto, disponible y dispuesto a ser afectado por el miedo y la inseguridad del paciente.

Cambio

I suggest to you, now that the word “idea”, in its most elementary sense is synonymous with “difference”... We select a very limited number, which becomes information. In fact, what we mean by information – the elementary unit of information – is a difference which makes a difference, and it is able to make a difference because the neural pathways along which it travels and is continuously transformed, are themselves provided with energy. The pathways are ready to be triggered. We may even say that the question is already implicit in them (Bateson, 1972, p 453).

Esta es una cita famosa de Bateson que nos ha resultado invaluable. La frase más famosa aquí es *una diferencia que marca la diferencia*. El verbo marca indica que la diferencia se produce en el tiempo, y Bateson dice que una diferencia producida en el tiempo es un *cambio*.

He traído conmigo esta visión sobre la *diferencia* y el *cambio* al intentar comprender los elementos centrales de la obra de Aadel Bülow-Hansen en aquel momento. (Andersen, 1978; Andersen, 1996). A continuación, citaré un libro que hemos escrito sobre el trabajo de Bülow-Hansen:

Durante los últimos 50 años, Bülow-Hansen ha desarrollado un enfoque fisioterapéutico que se centra en el tratamiento de pacientes afectados por tensión muscular, que a menudo forma parte de un patrón de tensión más amplio. Desde sus inicios, se

interesó en la función respiratoria y consideró la respiración y los movimientos corporales como componentes inseparables. El ciclo respiratorio continuo (inhalación-exhalación-inhalación, etc.) continúa sin interrupción y está profundamente conectado con los movimientos correspondientes en todo el cuerpo. Para explicar esto, podemos decir que inhalamos y esta inspiración se extiende por todo el cuerpo, desde las yemas de los dedos de las manos hasta las de los pies. Por diversas razones, se pueden tensar diferentes músculos, impidiendo así que el aire llegue a estas zonas de mayor tensión y movimiento restringido. En muchos casos, los músculos del pecho se tensan, restringiendo así la entrada de aire, no solo el flujo de aire. Cuando una persona reprime sus expresiones o sentimientos, puede restringir la ingesta de aire. Las emociones y las palabras se expresan a través de la exhalación. En ocasiones, puede experimentar que, en determinadas circunstancias, es incapaz de expresarse abiertamente, ni verbal ni emocionalmente. Una forma de reprimir la expresión es restringir la respiración (Andersen y Øvreberg, 1986).

De igual manera, se puede limitar la exhalación limitando la inhalación. La inhalación puede verse limitada por la contracción de los músculos flexores del cuerpo, es decir, los flexores de la garganta, los codos, los hombros, las caderas, la parte frontal del cuerpo, las rodillas, etc. El aumento de la tensión en estos músculos perjudica la flexibilidad del pecho, restringiendo sus movimientos. En cuanto a los flexores, no debemos olvidar los músculos de la mímica facial ni los músculos relacionados con las mandíbulas, la lengua y la parte frontal de la garganta. La activación de cualquiera de estos músculos, tensándolos o contrayéndolos, también afectará y restringirá el movimiento y la flexibilidad del pecho.

Bülow-Hansen parecía tratar con los músculos flexores, por ejemplo, los de la parte posterior de la pantorrilla, mediante un tipo especial de masaje. Esta presión produce dolor y tiene como objetivo estimular la extensión de la rodilla. Esto, a su vez, estimula la inhalación. Si el cuerpo

está preparado, la exhalación posterior reducirá la tensión en los músculos de la pantorrilla. Al liberarse esta tensión, los músculos frontales pueden extender la rodilla aún mejor. Si se mantiene esta extensión brevemente, se estimulará una inspiración más profunda, y se comprenderá cómo se desarrolla este “círculo virtuoso” en contraposición al conocido “círculo vicioso”. El estiramiento estimula una inhalación más profunda, lo que, a su vez, induce una respuesta de estiramiento que, a su vez, estimula la inhalación, y así continuamente. Esta influencia mutua prosigue hasta que el pecho se llena de aire; el grado en que se llene el pecho depende de su flexibilidad. Al exhalar, se espera que se libere parte de la tensión corporal. Bülow-Hansen sigue con la mirada el movimiento respiratorio del paciente mientras trabaja con sus manos. Si sus manos le causan demasiado dolor o estira una parte del cuerpo demasiada energicamente, el cuerpo responderá a esta incomodidad restringiendo la respiración.

Los ojos de Bülow-Hansen le proporcionan constantemente información sobre cómo usar las manos. A la menor señal de que es demasiado insistente, las suelta inmediatamente. Aprendí de su enfoque que la presión debe ser lo suficientemente fuerte como para inducir algún tipo de respuesta respiratoria. Si es demasiado débil, no ocurrirá nada. Ya sea demasiado fuerte o prolongada, el paciente responderá tomando aire bruscamente, una inhalación repentina. Sin embargo, la exhalación liberadora de tensión no se producirá porque el cuerpo se defenderá contra esta incomodidad reteniendo el aire en el pecho.

De esto surgió una variante de la frase de Bateson: *una diferencia que marca la diferencia*; tenemos tres tipos diferentes de *diferencias*, pero solo una de ellas marca la diferencia. La diferencia de la que hablamos aquí es aquella que es apropiadamente diferente. Hemos derivado algunas reglas principales de esta expresión. En el lenguaje cotidiano, *diferente* puede reescribirse y, en su lugar, usamos la palabra *inusual*. Si una persona se expone a lo habitual, a lo normal, no se producirá ningún cambio. Si se encuentra con algo inusual, esto podría estimular una respuesta que lo cambie. Si es demasiado inusual, la persona se defenderá y, una vez

más, experimentaremos que no se produce ningún cambio. Por eso, los así denominados ayudantes, deben esforzarse por promover lo *suficientemente inusual*. En nuestra conversación con el paciente, debemos evitar temas demasiado inusuales; esto incluye el marco, el contexto y la forma de la conversación. ¿Es la conversación *demasiado* inusual? El paciente responde con reacciones corporales sutiles o evidentes, y el terapeuta atento percibirá todas las señales, por pequeñas que sean (Andersen y Øvreberg, 1986, p. 13).

De hecho, en este libro podemos encontrar muchos ejemplos donde podemos leer acerca de lo *suficientemente inusual*, pero también sobre lo demasiado inusual:

En el capítulo de Alette, un relato de una sesión de tratamiento, el terapeuta pregunta al paciente cómo se siente durante el tratamiento. “Es inusual”, dice. “Los chicos no estamos acostumbrados a esto. Pero veo la conexión y entiendo por qué lo preguntas. Se trata de ser bueno con uno mismo”.

En el capítulo de Berit, leemos sobre lo que sucede después de asistir a un curso de fisioterapia psicomotora. Berit se siente inspirada por lo aprendido; para ella, la experiencia del curso fue suficientemente inusual. Provocó un cambio en ella, y su siguiente sesión con Eva es diferente debido a este cambio. Para Eva, este cambio es demasiado inusual, y ella se plantea la posibilidad de abandonar la terapia.

Ingeborg observa en su primera sesión que la mujer se siente incómoda en decúbito prono. Sus intentos de que se sienta cómoda apoyándola con almohadas y toallas enrolladas son en vano, así que la deja ponerse en pie y la invita a sentir su propio peso y el contacto de sus pies con el suelo. La posición prona era demasiado inusual para ella. Ingeborg la anima a simplemente caminar un poco de un lado a otro y a mover las piernas ligera y suavemente. Esto no fue mucho, pero fue suficiente para brindarle a su cuerpo una nueva experiencia, y despertó su curiosidad. *Demasiado o muy poco* de lo inusual mata la curiosidad.

Al final de la primera sesión, Ingar le dice a su joven paciente que al principio se concentrará en sus piernas. “En cierto modo, tus piernas

son los cimientos de tu cuerpo. Dicho en sentido figurado: tus cimientos están inclinados, las puertas chirrían y no sube mucho aire por la chimenea”. El chico se ríe y le dice a Ingar que entiende lo que quiere decir.

Cuando Eli recuerda sus sesiones de tratamiento con Gry, descubre que fue el médico, y no la propia Gry, quien quería que probara la FPMN. Gry quería hablar con alguien. Esta diferencia entre los deseos de Gry y lo que realmente le impartieron dificultó las cosas. La fisioterapia se desvió demasiado de sus propios deseos. Este médico y Eli siempre habían sido buenos compañeros, por lo que no cuestionó su opinión.

Para Mai, Gudrun resultó ser *suficientemente inusual* en varios sentidos: era una adulta que la escuchaba, alguien que podía explicarle a Mai el origen de sus dolores y molestias. La voz de Gudrun la hacía sentir segura; Mai guardaba la voz de Gudrun en su interior para poder extraerla y ayudarla a afrontar situaciones difíciles en el futuro. Mai lamentó que se terminaran los tratamientos con Gudrun, pero lo aceptó de todos modos. Gudrun dice de los niños que son más susceptibles al cambio. Parece que sus conceptos de lo *suficientemente inusual* son más amplios que los de los adultos.

En resumen: Todo gira en torno a este momento presente; en este presente debemos buscar lo *suficientemente in-usual*. Y la respuesta de la otra persona en *este* momento presente es lo que nos dice si vamos por buen camino o no, si lo que hemos hecho ha sido demasiado usual, demasiado inusual o simplemente suficientemente inusual.

El ser humano

En este capítulo, puede parecer que nos deslizamos sobre hielo muy fino. Pero no podemos evitarlo. Vamos a explorar las preguntas verdaderamente importantes: ¿Qué es la vida? ¿Qué es un ser humano? ¿Qué es la existencia?

Estas son preguntas ontológicas. La ontología se define de varias maneras. Como la esencia de las cosas (Hornby, 1963), o como una rama de la metafísica que estudia la naturaleza y las relaciones del ser, o como

una teoría particular sobre la naturaleza del ser o los tipos de existencia (Webster, 1989).

Puede parecer un tanto pretencioso por nuestra parte entrar en el debate postmoderno, es decir, la discusión filosófica de la segunda mitad del siglo XX, que reaccionó frente a lo que se consideraba valioso en el periodo moderno. Esto lo comentaremos más adelante. Nuestros puntos de vista representan una combinación de lo que nosotros mismos hemos experimentado y del contenido que hemos leído de literatura significativa. Dado que estos puntos de vista distan mucho de ser “completos” o “definitivos”, deberían considerarse preliminares y servir simplemente como incentivo para que los lectores reflexionen más por sí mismos.

Lo habitual

En primer lugar, queremos comentar algo sobre la precomprensión del ser humano (el ser en su naturaleza) que ha sido y sigue siendo predominante en la cultura occidental (Greger, 1994; Shotter, 1993). En pocas palabras, se presupone que el centro humano se encuentra en cada individuo. Existe un núcleo interno, y de este núcleo surge todo lo que decimos y hacemos. Se asume que la estructura de este núcleo es o *bien* biológica o psicológica.

Para nosotros, estructura implica algo estable en el tiempo, casi estático. Sin embargo, las estructuras se transforman, aunque muy lentamente. Nos gustaría analizar esta idea de un *núcleo interno* estructural. Pero antes de entrar en esta discusión, una pregunta apropiada podría ser: ¿de dónde proviene esta idea? No hay una respuesta sencilla a esta pregunta, ya que la idea se originó en un tiempo muy remoto.

Georg Henrik von Wright y Åge Wifstad han sido importantes fuentes de inspiración para las siguientes reflexiones (von Wright, 1991; von Wright, 1993; Wifstad, 1997). Este último basa su estudio en los pensadores alemanes Max Weber y Jürgen Habermas.

La Edad Media, período comprendido entre el año 500 d.C. y el 1500 d.C., estuvo dominada por importantes doctrinas autoritarias. Es-

tas fueron propuestas principalmente por la Iglesia y los soberanos, y el individuo obedecía a ellas. La Edad Moderna, desde aproximadamente el año 1500 d. C., (algunos afirman que desde René Descartes) hasta mediados del siglo XX, se caracteriza por un importante desarrollo técnico y económico, y son de gran importancia el pensamiento racional, la economía de mercado y el progreso en general. El sentido común, junto con la tecnología y la ciencia, se consideran elementos sustanciales a partir de los cuales puede desarrollarse el progreso. La sociedad en desarrollo se divide en una serie de servicios y sistemas individuales: servicios monetarios y bancarios, sistemas legales y judiciales, sistemas educativos, servicios de salud, servicios sociales, etc. Estos sistemas representaban la *vida real*; y, finalmente, llegaron los burócratas, y con ellos el llamado “lenguaje experto”, que desplazó al lenguaje cotidiano.

Este período de la Edad Moderna representa una conmoción en comparación con lo que ocurría en la Edad Media. El individuo se libera de la subordinación y la *libertad* se convierte en la palabra más importante. El individuo alcanza mayor independencia y tiene el control de su propia vida, sin depender ya de otros. Durante este período, el individuo se responsabiliza de sus propios éxitos y fracasos. En estas circunstancias, se puede comprender perfectamente cómo surge la teoría sobre este *núcleo interno*.

Este *núcleo interno*, situado dentro de la cabeza, “conquista” el cuerpo en un sentido, pero se expresa *a través de* él en otro. Se puede considerar este núcleo como una estructura psicológica que contiene diferentes cualidades y funciones. Si estas cualidades o funciones entran en conflicto entre sí, podemos creer que este conflicto provocará un aumento de la tensión muscular. La palabra hablada puede no ser capaz de expresar este conflicto, pero el lenguaje corporal siempre lo hará.

Este es el tema que queremos abordar.

Otras ideas

En nuestro trabajo, siempre basamos nuestras observaciones en lo que

vemos, oímos y sentimos. Nuestras reflexiones se basan en las experiencias de *ser-en-el-mundo* de la otra persona, así como en las nuestras, del aquí y ahora. El ahora es lo importante, el ahora es siempre el punto de partida para el siguiente paso. Sentimos que esta forma de pensar se siente como que es la correcta. Es importante destacar la palabra “sentir”, destacar que se trata de ética; de desarrollar una relación de respeto con la otra persona. No basamos la terapia en lo que creemos que es la causa subyacente.

¿Es quizás nuestro ser-en-el-mundo ahora el mejor punto de partida para reflexionar sobre el ser humano? Muchos se han preguntado sobre este ser-en-el-mundo de un instante a otro (Bajtín, 1993; Heidegger, 1962; Merleau-Ponty, 1994; Thomassen, 1995; Wittgenstein, 1953). Sugieren comprender a una persona desde la perspectiva de cómo está presente ahora. Estar presente es una actividad, y es la actividad misma la que constituye a una persona. Mijaíl Bajtín llega a afirmar que el ser existe solo en el momento y que cada momento ocurre solo una vez: “El ser como evento, sucediendo una sola vez”. (Bajtín, 1993, pp. 12-13). Por lo tanto, la vida puede considerarse una cadena de eventos del *ser-en-el-mundo*.

Movimiento y equilibrio

Entre otras cosas, *ser-en-el-mundo* significa estar en equilibrio corporal *ahora*; esto, a su vez, implica que debe existir una relación perfecta entre los músculos flexores para la flexión y los extensores para el estiramiento. Si nuestra forma de *ser-en-el-mundo* crea un equilibrio corporal doloroso o, en otros sentidos, incómodo, entonces nuestra tarea es ayudar a la persona a encontrar otra forma de equilibrio. Si la otra persona efectivamente descubre un equilibrio corporal alternativo, entonces el problema se disuelve. No se resuelve, sino que se disuelve. Ser-en-el-mundo significa estar en constante movimiento hacia un equilibrio en constante cambio.

Movimiento y expresión

Consideramos la expresión como una combinación de palabras y actividad corporal. Aunque a veces las palabras pueden estar ausentes, la actividad corporal siempre está presente. Sin embargo, las palabras también contienen un componente corporal: el aire que fluye a través de las cuerdas vocales y las cavidades oral y nasal es producido por el cuerpo, y las vocales, las consonantes y, finalmente, las palabras son formadas por la lengua, los labios y el paladar.

Las expresiones son informativas y formativas

Normalmente, se considera que las expresiones son puramente informativas. Cuando una persona expresa algo, informa a los demás o a sí misma sobre algo. Sin embargo, también podemos considerar las expresiones como formativas, lo que significa que, al expresarnos en cada momento, nos moldeamos para convertirnos en quienes somos (Andersen, 1995a; Shotter, 1993; Shotter, 1994). La expresión es un acto humano; un ser humano es su propia expresión.

Palabras

Lev Vygotsky afirma que cuando un niño pequeño aprende sus primeras palabras, estas son simplemente sonidos imitados. (Vygotsky, 1988; Yaroshevsky, 1989). A través del juego, es decir, jugando con las palabras, así como con la actividad corporal, las palabras se convierten en pertenencias personales del niño.

Wittgenstein afirma que estamos en el seno del lenguaje. Contrariamente a nuestra forma habitual de pensar, esto significa que no albergamos las palabras en nuestro interior, sino que *nosotros* estamos *dentro* de ellas, dentro del lenguaje (Grayling, 1988). Jacques Derrida afirma que las palabras se relacionan con otras palabras dentro del mismo idioma (Sampson, 1989). Es decir, cuando escuchamos una palabra, esta ad-

quiere su verdadero sentido al conectarla con otras palabras de nuestro propio idioma. Esto significa que, al escuchar una palabra hablada, esta nos recuerda algo que hemos visto u oído antes, y así es como la palabra cobra sentido.

Palabras y voces

Las palabras surgen y se transmiten mediante voces, de las cuales existen dos tipos: la voz externa y la voz interna (Bajtín, 1993; Morson, 1986; Vygotsky, 1989). Las voces *externas* pueden ser escuchadas por otros, mientras que las *internas* solo pueden ser escuchadas por la propia persona. Las voces internas, de las cuales existen muchos tipos, son, en cierto sentido, las más importantes. Nos indican cómo comprender a qué nos enfrentamos y qué hacer en cada momento. Cuando transmitimos nuestra voz interna a nuestra voz externa, las respuestas o comentarios de los demás se dirigen hacia nosotros y pueden cambiar nuestras voces internas.

Bajtín afirma que “We are the voices that inhabit us” (Morson, 1989, p. 8). Estas voces suelen ser las nuestras, pero a veces una persona puede estar habitada por voces internas extrañas, por ejemplo, durante algún tipo de crisis psicológica. A veces, una de las muchas voces, la auto-acusadora o la del odio, puede dominar por completo la conversación interna de la persona. Surge entonces la necesidad de descubrir una voz interior diferente, una que contrarreste a la dominante; como cuando se contrarresta la voz auto-acusadora con la elogiosa, o la voz del odio con la del perdón (Penn, 1994).

Voces y cuerpo

A ninguna persona le gusta decir cualquier cosa a cualquiera ni en cualquier momento. Esto significa que nuestras voces internas a menudo se guardan en nuestro interior, mudas para el mundo exterior. Sin embargo, tanto las voces internas como las externas *siempre* van acompañadas de actividad corporal, ya sea verbalizada o no. Por lo tanto, uno puede

percibir la voz interna de la otra persona incluso sin oírla. Estas señales corporales son lo que llamamos el lenguaje corporal, un lenguaje que algunas personas parecen deseosas de interpretar. Sin embargo, comprender el lenguaje corporal como lo estamos haciendo significa reconocer que estas señales corporales pertenecen a la voz interna de la persona, la voz que la persona desea guardar para sí misma. Estos momentos no dejan lugar a la interpretación y más que nada requieren sensibilidad y cortesía.

Movimientos y palabras

Maurice Merleau-Ponty y el estadounidense Charles Saunders Peirce creen que, antes del pensamiento, el cuerpo es el primero en percibir cualquier situación (Engelsrud, 1995; Merleau-Ponty, 1994). La persona, a través de sus voces internas y externas, buscará en su repertorio de palabras aquellas que expresen con mayor precisión lo que ha percibido corporalmente. Mark Johnson cree que las experiencias corporales básicas, los movimientos hacia arriba y hacia abajo, hacia afuera y hacia adentro, etc., son el origen de nuestras metáforas; como se ilustra con los siguientes ejemplos: sentirse muy abajo, sentirse muy arriba, sentirse como fuera de lugar; todo son altibajos (Johnson, 1987).

Palabras, movimientos y emociones

Dicho de otro modo: cuando las palabras llegan a otra persona y la afectan, algunas de ellas le recordarán algo y la conmoverán. Las emociones que surgen pueden ser tan fuertes que se pueden ver u oír. Las palabras, los movimientos y las emociones se unen. ¿Podríamos decir que la vida reside en las palabras y los movimientos? Anteriormente hablamos de la respiración y los movimientos como una unidad; quizás podríamos actualizar esta afirmación para expresar lo siguiente: *la vida reside en nuestras palabras, nuestros movimientos y nuestra respiración*. Dado que las palabras se originan en nuestra sociedad, nuestra tradición y cultura,

debemos tener en cuenta que estas influyen en cada ser humano en cada instante de su vida.

Menos movimientos, menos palabras, menos emociones

Eva, la paciente de Berit, relató que cuando su respiración se adentraba en lo profundo de su ser, sus emociones se intensificaban. Lo triste se volvía más triste, el dolor más doloroso. En cierto modo, la vida se volvía más dura, pero a la vez más plena.

La paciente de Ingeborg redescubrió su voz; al liberar la tensión, las palabras brotaron y entonces emergió su triste historia.

El niño paciente de Ingar se enfrentó a su triste incidente, a la tragedia de su vida. Nos ha intrigado mucho este suceso y hemos creado nuestra propia versión de su historia: El niño se encontraba completamente solo cuando su padre estaba en el hospital. Esperaba que se recuperara, pero recibió una llamada telefónica anunciándole la muerte de su padre. Podemos imaginar su voz interior gritando de dolor: “¡NO!”. Podemos ver su mano asiendo el auricular del teléfono; podemos ver cómo contiene la respiración. Al asirlo con la suficiente fuerza y duración, la respiración se suprime y el dolor se vuelve menos intenso. Pero el precio de esto se manifestó en la posterior aparición de dolor corporal e insomnio. Cuando él e Ingar trabajaron juntos, y la tensión de su cuerpo se liberó gradualmente, la historia regresó a él.

¿Cómo es que las historias pueden volver a sus dueños? Lo hemos experimentado una y otra vez. Quizás se pueda explicar de la siguiente manera: la historia está unida a los movimientos que ocurrieron en ese preciso momento, en el momento en que alguien sufrió alguna dificultad en la vida. Cuando los movimientos se reviven, traen consigo la historia a la que están unidos. La historia podría residir en la reacción muscular al acontecimiento dramático en ese momento, y las reacciones son movimientos. Cuando un movimiento se tensa o se congela, la historia “desaparece”. Los sentimientos de dolor, miedo o tristeza, que podrían haber sido parte natural de la reacción en ese momento, se desvanecerán junto

con el “desvanecimiento” de los movimientos, creando así una distancia con respecto a estos sentimientos.

A menudo decimos que esto o aquello se ha suprimido. Wittgenstein nos ofrece la siguiente advertencia: no pongamos nombres ni etiquetas a aquello de lo que no sabemos nada. Afirmar que existe algo de lo que no sabemos nada es tan malo como afirmar su inexistencia. Tomemos la palabra supresión como ejemplo. Trygve Braatøy, mencionado en el prólogo de este libro, prefería llamar a las emociones *atrapadas o estancadas*, en lugar de suprimidas (Braatøy, 1947). Nosotros preferimos expresarlo así: *nuestro ser-en-el-mundo* es a veces de tal naturaleza que las palabras, las ideas y las experiencias se pierden. Quizás los movimientos corporales desempeñen un papel más importante en el recuerdo y el olvido de lo que solemos considerar.

Cuerpo y experiencia

Gunn Engelsrud, fisioterapeuta psicomotora de Oslo, Dra. Polit. y profesora de Ciencias de la Salud, ha dedicado gran parte de su vida profesional a reflexionar sobre la relación entre el cuerpo, las emociones y el pensamiento. A continuación, nos referimos a un capítulo especial titulado *Body and Experience* en su libro *Women in Motion – Between Yearning and Desire* (Engelsrud, 1990, pp. 12-19).

La experiencia es un concepto central en la filosofía de la ciencia. Sin embargo, este concepto es definitivamente complejo, y una de las preguntas más importantes es: ¿cómo podemos confiar en nuestras propias experiencias y cómo sabemos si este conocimiento es información válida? (Levesque Lopman, 1988; von der Fehr, 1992; Whitford, 1992).

Una forma de ampliar nuestro enfoque podría ser trabajar en el concepto de movimiento, y a través de él, generar diferentes niveles de experiencia corporal.

Drude von der Fehr ha consultado y trabajado sobre el concepto-experiencia de Peirce para encontrar información sobre las propias experiencias de las mujeres (von der Fehr, 1992). Un interés inmediato con

respecto al proyecto de Engelsrud es que la experiencia de Peirce no se relaciona principalmente con condiciones cognitivas o conceptuales. Peirce divide el concepto de experiencia en tres categorías.

La primera categoría se refiere al hecho de que las experiencias se experimentan como sentimientos. Esta cualidad de la experiencia es la principal; aquella que jamás podrá ser traducida a ningún idioma o articulada o verbalizada de otro modo. Von der Fehr afirma que la experiencia...

“...existe en la consciencia individual del momento exacto, por ejemplo, una impresión de cualidad; un sentimiento es, en otras palabras, una experiencia *cualitativa*, y no algo que podamos traducir a gestos o lenguaje verbal. Esta primera categoría básica es una comprensión de la experiencia que se refiere a nuestra existencia, a nuestro *ser-en-el-mundo*” (von der Fehr, 1992, p. 49).

Su forma de expresarlo nos lleva a reflexionar sobre el desarrollo del niño pequeño. Bonnie Bainbridge Cohen afirma que el bebé vive a través de la función de su sistema endocrino y sus órganos; una especie de experiencia primaria de su cuerpo (Cohen, 1993). Esto significa que la expresión del niño puede cambiar de un segundo a otro; su estado de ánimo se expresa directamente a su entorno. Cualquiera que observe a un bebé quedará fascinado por su expresión siempre cambiante. Este cambio constante de expresión indica que el bebé *tiene que* expresar la información de su cuerpo como una necesidad. Ulla Britt Lilleås afirma que este potencial de comunicación, en donde se tiene en consideración la información corporal, se va “desaprendiendo” poco a poco a medida que uno crece (Lilleås, 1995).

La experiencia se revela en breves destellos, como imágenes pasajeras o una “oleada” de sensaciones en el cuerpo. Por lo tanto, esto debería caracterizarse como experiencia en un *nivel primario*. Para que estas experiencias primarias influyan en el sujeto, deben cultivarse (Chopra, 1994; Yuasa, 1987). Para adquirir más experiencia, se requiere estar involucrado y alerta. Aunque el potencial para volverse *más experimentado*

siempre exista dentro del cuerpo, la persona debe aprender a concentrarse en esta información y a aprender de ella. Deepak Chopra nos dice:

There is a very interesting mechanism ... the mechanism has to do with sensations in the body. Your body experiences two kinds of sensation: one is a sensation of comfort, the other is a sensation of discomfort ... it may be the faintest level of feeling – but it is there, in your body (Chopra, 1994, p.43).

Chopra hace hincapié en que las sensaciones de comodidad e incomodidad son información importante.

Para que un niño pueda distinguir y diferenciar la comodidad de la incomodidad, es crucial que el *adulto* reconozca ambas sensaciones corporales.

La segunda categoría de experiencia de Peirce aborda las reacciones o resistencias que surgen en nuestro cuerpo al interactuar con el mundo exterior.

Según Peirce, esta experiencia no es del tipo que podemos expresar en ningún idioma (von der Fehr, 1992). Pertenece a la experiencia corporal del niño, obtenida a medida que se mueve por el mundo. Aquí tenemos pantallas de imágenes prelingüísticas que muestran *arriba/abajo*, *centro/periferia*, *delante/detrás*, *encima/debajo*, etc.; experiencias corporales que ayudan al niño a comprender el mundo mediante la percepción y contribuyen a la formación de su subjetividad. El tipo de experiencias corporales que el niño adquiere al moverse por el mundo se ve influenciado en última instancia por el tipo de sentimientos que encuentra en su camino: ¿se siente incluido o excluido, experimenta una sensación de plenitud o de vacío? (Johnson, 1987; von der Fehr, 1992). A esta lista de sensaciones opuestas, me gustaría añadir: comodidad/incomodidad. Las diferentes posiciones corporales y la variedad de movimientos desarrollan la percepción y el sentido de la orientación del niño, y esta es la forma en que el cuerpo moldea su subjetividad (Bainbridge Cohen, 1993; Johnson, 1987; Shapiro, 1985). Estas variantes de movimiento comien-

zan con el movimiento gradual del niño hacia arriba desde la superficie, además de la forma en que experimenta el ser manipulado y tocado por otros. Es de gran importancia que los adultos puedan comunicarse con el niño a un “nivel de movimiento”. Cuando un niño aprende a levantarse por su propio pie, los adultos suelen ponerse nerviosos, temerosos de que se caiga. Se escucha con frecuencia: “Cuidado, no te caigas, ten cuidado, no vayas ahí”, etc.

A Daniel Stern le interesa la tendencia de los adultos a verbalizar la experiencia del niño; esta verbalización puede causar una brecha en el rico mundo no verbal o preverbal de experiencias que el niño acaba de descubrir (Stern, 1992). El lenguaje del adulto entra en escena y causa estragos en los nuevos descubrimientos del niño. Esta interferencia en el flujo de movimientos del niño puede, de hecho, aumentar su tensión. Solo ahora, en la tercera categoría de experiencias de Peirce, alcanzamos la etapa cognitiva (del latín “cognoscere”: familiarizarse; saber (diccionario Webster)), o lo que podríamos llamar experiencias lingüísticas y que pueden ser articuladas.

Esta tricotomía, que divide el concepto de experiencia en tres categorías: primaria, secundaria y terciaria, se inspiró originalmente en Peirce, pero se complementó con la teoría de la experiencia corporal y la teoría del desarrollo.

El sujeto también puede interpretar el cuerpo desde una “consciencia demasiado reducida”, (von der Fehr, 1992) y así limitarse a ver su cuerpo únicamente desde un lenguaje convencional y no elaborado. Los científicos que investigan en el campo de la psicósomática y la semiótica han destacado la complejidad del funcionamiento del sistema de comunicación interna del cuerpo.

El cuerpo es irreducible en toda su complejidad. La intención de este proyecto es, entre otras cosas, crear el espacio necesario para que comprendamos que esta complejidad realmente puede experimentarse (Engelsrud, 1990, pp. 12-19).

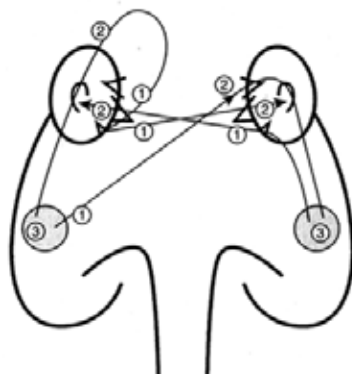
Movimiento y cognición

Creemos que la impresión genera movimiento, mientras que la expresión es movimiento. Además, hemos afirmado que el movimiento y la respiración son dos actividades inseparables. Lo especial de esto es que la expresión expresa algo tanto hacia los demás como hacia uno mismo. En otras palabras, nuestra expresión se convierte en nuestra propia impresión. ¿Podría ser, por lo tanto, que nuestro interlocutor más importante termine siendo uno mismo? Las expresiones aparecen en cualquier situación, independientemente de si entendemos lo que sucede. La persona busca en su repertorio las palabras adecuadas, las que le parecen adecuadas. Cuando una persona expresa estas palabras, las oyen no solo los demás, sino también ella misma. Las palabras pueden recordarle a la persona algo que ha visto u oído antes y, en consecuencia, estas palabras pueden *conmoverla*.

Quando nos *conmovemos*, nuestro equilibrio se altera ligeramente y, naturalmente, desearíamos realizar un *contramovimiento* correspondiente para encontrar un equilibrio nuevo o alternativo. Solo en aras de repetirse, uno de los elementos de este *contramovimiento* es la búsqueda en el propio repertorio de palabras para comprender la situación.

La siguiente ilustración representa lo que consideramos esencial del ser humano:

La expresión (en este caso, la palabra hablada) llega tanto a los propios oídos como a los de la otra persona. Como se mencionó anteriormente, la expresión, al ser a la vez una impresión, afecta tanto al hablante como al oyente. La medida en que alguien se afecta por esta conmoción se corresponde estrechamente con la medida en que la impresión le recuerda algo de una experiencia previa. Para comprender lo que sucede,



incluida la conmoción, la persona necesita explorar sus propias palabras hasta encontrarle sentido.

En cada momento, mientras esto sucede, la persona se constituye a sí misma, convirtiéndose en quien realmente es. Esto no significa que nos renovemos constantemente; mucho de lo que expresamos puede ser simplemente repeticiones de algo anterior. Pero, en principio, el cambio es posible en cada momento. Cuando dos personas están juntas, la expresión de una se convierte en una impresión para la otra; la otra responde con una respuesta = expresión, y esto nuevamente impacta al primero. La expresión de la primera persona da lugar a dos nuevas expresiones, una propia y otra de la otra persona.

Esperamos que los siguientes dos ejemplos nos ayuden a describirlo claramente.

Una mujer explicó una vez cómo “independencia” se había convertido en una palabra importante en su familia. Al articular esta palabra, una expresión llena de tristeza se dibujó en su rostro. Le preguntaron si la familia la expresaba indirecta o abiertamente; respondió que abiertamente. La siguiente pregunta fue si la palabra “independencia” se refería internamente a asuntos familiares o si se expresaba como independencia en general. Cuando respondió que la palabra se dirigía directamente a los miembros de la familia, se le pidió que analizara la palabra “independiente”. Dijo, riendo nerviosamente, que no le gustaba la palabra. La siguiente pregunta fue qué era lo que le causaba esa sensación de desagrado. Veía soledad. Entonces rompió a llorar y habló largo y tendido sobre las dificultades de crecer, cómo tuvo que arreglárselas sola. Mientras hablaba, dejó caer un poco los hombros y juntó las manos en el regazo. Poco a poco, se enfrentó a la idea de tener que arreglárselas siempre sola, sin buscar nunca ayuda de nadie. Cuanto más hablaba, más furiosa se volvía su voz, y al final se enderezó y levantó los brazos.

A otra mujer, que hizo hincapié claramente en que la paz era una palabra importante para ella, le preguntaron si paz era una palabra grande o pequeña. Una palabra grande, respondió, y la siguiente pregunta fue qué vería u oiría si se topara con esa palabra. Sin dudarlo, respondió que

entraba en un prado una tarde de verano y escuchaba música. ¿Qué tipo de música? La segunda sinfonía de Mahler. ¿Qué parte? La parte final, donde se une el coro. ¿Estás sola o con alguien? Estaba sola y rompió a llorar. Una pregunta evidente tras esta respuesta era acerca de quién hubiera deseado que hubiera estado allí, qué hubiera querido que hicieran juntos, etc.

Es interesante incidir en el hecho de que nuestra *expresión* es aquello que tenemos a nuestra disposición en todo momento. Y a medida que descubrimos formas alternativas y nuevas de expresarnos, experimentaremos una nueva presencia, y eso podría facilitarnos nuestra vida.

Un elemento central de nuestra *expresión muscular* es nuestra capacidad de estirarnos y soltar, de agarrar y soltar, de sujetar y soltar. Si estamos de acuerdo en que nuestras expresiones son de suma importancia a la hora de vivir nuestras vidas, entonces ¿no podríamos considerar que la principal contribución del profesional de la salud es ayudar al paciente a ampliar su repertorio de expresiones?

En este contexto, nunca debemos olvidar ni subestimar la importancia del juego ni de ejercitar las artes expresivas.

Simultaneidad

Al escribir este libro, nos sentimos acuciados a reflexionar sobre lo profundamente arraigados que estamos en la idea de que *una cosa sigue a la otra*. Es difícil comprender plenamente la simultaneidad de todo: vemos, oímos, ponemos las cosas en perspectiva, formulamos palabras, nos expresamos y nos impresionamos; todo a la vez, al mismo tiempo, *todo el tiempo*.

Algunas experiencias significativas

Debemos tener cuidado de no *separar* la fisioterapia de la conversación. El fisioterapeuta trabaja el cuerpo del paciente a veces en silencio, a veces con palabras. Sin embargo, creemos que, si durante un período prolon-

gado, la conversación se convierte en el elemento principal de la terapia, sin duda se debería considerar la participación de un psicoterapeuta, por ejemplo.

Nos preocupa mantener una actitud de máxima reserva a la hora de buscar activamente la historia que se esconde detrás las palabras o los movimientos. Si hay una historia que contar, esta llegará cuando sea el momento oportuno y el paciente esté preparado. Además, nos preocupa en general esta búsqueda de lo que se esconde detrás de algo. Para nosotros, no hay nada detrás. Nuestra tarea es concentrarnos plenamente en lo que se está expresando. Eso es lo que buscamos, escuchamos y sentimos. Eso es todo. Todo lo demás surge de este *ahora*, de un momento al siguiente. Y debemos tener cuidado de no entablar conversaciones en monólogo; debemos incluir tanto la perspectiva de la otra persona como la nuestra.

Un resumen final

La vida nos llega por sí sola; la vida es un regalo que se nos da, en cada momento, a veces como amiga, a veces como enemiga.

La vida nos emociona, la vida nos conmueve. Deseamos participar en los movimientos de la vida, y al hacerlo, nuestras expresiones cobran vida. Nuestras expresiones nos ayudan a comprender. Nuestras expresiones nos permiten convertirnos en quienes somos.

Los autores

Este grupo de autores proviene del entorno profesional de Gudrun Øvreberg, una de las fisioterapeutas psicomotoras más destacadas de Noruega. Los cinco fisioterapeutas psicomotores han sido supervisados por Øvreberg en su clínica de Harstad, Noruega, donde se incluían reuniones regulares con el psiquiatra y profesor Tom Andersen. Tom Andersen falleció en 2007. Algunos autores trabajan en la FPMN mientras que otros se han jubilado. Además, algunos de ellos supervisan a estudiantes y organizan cursos y seminarios bajo la administración de la Asociación Noruega de Fisioterapeutas. En los últimos años, el grupo ha publicado dos folletos: *Una Colección de Material Escrito de Gudrun Øvreberg sobre FPMN* (2002) y *Aadel Lidera el Camino* (2006). Este material solo existe en noruego. En 2018 fue establecido el sitio Web www.movephysiotherapy.no. Este sitio Web dispone de contenido especializado escrito en español.

Tom Andersen (1936–2007)

Tom Andersen obtuvo su licenciatura en medicina (1961), posteriormente la especialidad en psiquiatría y finalmente su doctorado (1978) en la Universidad de Oslo. Desde Oslo, se trasladó al norte, a Tromsø. En la Universidad de Tromsø ocupó el puesto de profesor titular y posteriormente se convirtió en catedrático de Psiquiatría Social (1981). Ha publicado numerosos artículos y escribió el libro *The Reflecting Team* (1991), que ha sido traducido a nueve idiomas. El uso mundial de la terapia familiar sistémica y los equipos reflexivos está vinculado al trabajo pionero de Tom Andersen.

Ingeborg Hanssen (1955)

Ingeborg Hanssen estudió fisioterapia en la Escuela Estatal de Fisioterapia de Bergen (1978-1980). Se examinó del Programa de Fisioterapia Psicomotora Noruega (FPMN) en 1989 y se tituló como especialista en FPMN en 1995. Actualmente está jubilada y trabajó en la práctica clínica de FPMN, participando en terapia individual y grupos de movimiento en Harstad.

Berit Ianssen (1957)

Berit Ianssen estudió fisioterapia en la Escuela Estatal de Fisioterapia de Oslo (1979-1981). Se examinó para el Programa de Fisioterapia Psicomotora Noruega (FPMN) en 1989 y se tituló como especialista en FPMN en 1995. Actualmente trabaja en la práctica clínica de FPMN, participando en terapia individual y grupos de movimiento en Levanger, Noruega.

Ingar Kvebæk (1960)

Ingar Kvebæk estudió fisioterapia en la Escuela Estatal de Fisioterapia de Oslo (1983-1986). Aprobó el examen de FPMN en 1994 y se tituló como especialista en FPMN en 1999. Trabaja en la práctica clínica de FPMN en Lillehammer.

Alette Ottesen (1959)

Alette Ottesen estudió fisioterapia en la Escuela Estatal de Mensendieck, Oslo (1981-1983). Se presentó al examen de FPMN en 1989 y se tituló como especialista en FPMN en 2002. Actualmente, Alette trabaja en la práctica clínica de FPMN, donde imparte terapia individual y grupos de movimiento en Lillehammer. Obtuvo una Maestría en Atención a la Salud Mental en Hedmark University College en 2011.

Eli Rongved (1954)

Eli Rongved estudió fisioterapia en la Escuela Estatal de Fisioterapia, Bergen (1977-1979). Aprobó el examen de FPMN en 1986. Actualmente está jubilada y trabajaba en la práctica clínica de FPMN, donde impartía terapia individual y grupos de movimiento en Melbu, Vesterålen.

Gudrun Øvreberg (1936)

Gudrun Øvreberg estudió fisioterapia en el Instituto Ortopédico de Oslo (1957-1959). Fue supervisada por Aadel Bülow-Hansen y participó en el desarrollo y la formalización de la educación de posgrado en esta rama específica de la fisioterapia. Øvreberg, además de su trabajo clínico, impartió clases docentes y supervisó estudios de posgrado y fue una profesora muy solicitada en toda Noruega. Ha sido coautora de varios libros y ha producido varios DVD fundamentales que muestran, entre otros temas, los procedimientos de examen de FPMN, los grupos de movimiento, las pruebas individuales y el tratamiento FPMN. Øvreberg está actualmente jubilada.

Los Traductores

Tone Øverlie (1970)

Tone Øverlie estudió fisioterapia en la Universidad Ártica de Tromsø, Noruega (1995-1998). Ella realizó su examen de FPMN en 2004. Tone trabaja actualmente en un centro de rehabilitación involucrado en terapia individual y grupos de movimiento en Son, Noruega. Ha vivido y estudiado español en Málaga, España, durante dos años, y además ha impartido cursos de fisioterapia psicomotora en Colombia.

Gerard Tuite (1961)

Ha ejercido como profesor de inglés y español en España. La profesión de Øverlie, junto con sus vivencias en España y Colombia, y el uso de la Inteligencia Artificial (IA), le ha permitido traducir este libro, con la orientación de Gerard Tuite, que reside en España. Por eso la presente edición en español ha sido traducida a partir de la versión inglesa de la obra, y no del original en noruego.

Referencias

- Andersen, T. (1987). The Reflecting Team. *Family process* 26, pp.415-428
- Andersen, T. (1991). Carta privada
- Andersen, T. (1994). *Reflekterende processer*. København: Dansk Psykologisk Forlag
- Andersen, T. (1995a). Reflecting Processes; Acts of Informing and Forming: You can borrow my eyes, but you must not take them away from me! In: Friedmann, S (ed): *The Reflecting Team in Action. Collaborative practice in family therapy*. New York: The Guilford Press
- Andersen, T. (1995b). Klienter og terapeuter som samforskere for å øke terapeutens sensitivitet. *Fokus på Familien*, vol.23, nr.4, pp193-200.
- Andersen, T. (1996). *De Reflekterende Processer*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 11-18
- Ardø, G. (1992). Spenningsnytt. Avis for Faggruppen i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi
- Bainbridge Cohen, B. (1993). *Sensing Feeling and Action. The Experiential Anatomy of Body-Mind Centering*. MA: Contact Editions Northampton
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. New York: Ballantine Books
- Bakhtin, M.M. (1993). *Toward a Philosophy of the Act*. Austin: University of Texas Press
- Braatøy, T. (1947). *De nervøse sinn*. Oslo: Cappelen
- Braatøy, T. (1952). *Pasienten og lægen*. Oslo: Cappelen
- Bunkan, B.H. (1995). *Muskelspenninger, Respirasjon og kroppsbilde*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Bunkan, B.H., Thornquist, E. & Radøy, L. (1982). (Ed.). *Psikomotorisk behandling; Festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bunkan, B.H. & Schultz, C.M. (1991). *Medisinsk massasje*. Oslo: Universitetsforlaget
- Carling, F. (1991) *Hva med Hippokrates? Om legerollen og det hele menneske*. Oslo: Gyldendal
- Chopra, D. (1994). *The Seven Laws of Success*. The New World Library
- Engelsrud, G. (1990). *Kjærlighet og bevegelse. Fragmenter til en forståelse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse*. Rapport nr 1. Helsetjenesteforskning. Oslo: Statens Institutt for Folkehelse
- Engelsrud, G. (1995). *Kvinner i bevegelse mellom lengsel og lyst*. Arbeidsnotat 5/95. Senter for Kvinneforskning Oslo: Universitetet i Oslo
- Eriksen, T. B. (1985). Helse i hver dråpe. Oslo: Universitetsforlaget
- Fehr, D. von der (1992). *Kropp, kjønn og handling; Et pragmatisk syn*. Nytt fra kvinneforskning 1:pp 47-55
- Fadnes, B. and Leira, K. (1994). *The Body - Friend or Foe*. (DVD)
- Foss, T. (1990). *Psykoanalysens hemmelighet*. Oslo: Tiden Norsk Forlag
- Gergen, K.J. (1994). *Realities and Relationships*. Cambridge, (Mass.) London: Harvard University Press
- Grayling, A.C. (1998). *Wittgenstein*. New York: Past Masters, Oxford University Press
- Heidegger, M. (1962). *Being and Time*. New York, Hagerstown, San Fransisco, London: Harper and Row.
- Hornby, A.S. et al. (1963). *The Advanced Learner's Dictionary of Current English*. London: Oxford University Press
- Johnsen, L. (1990). *Det frigjørende åndedrett*. Aventura Forlag
- Johnson, M. (1987). *The Body in the Mind*. Chicago: Chicago University Press
- Koch, P.M. (1990). *Trygve Braatøy og endringer i det moderne menneskebilde*. Hovedoppgave i idéhistorie. Universitetet i Oslo
- Knizec, B. (1990). *Alexithymien i psykosomatikken*. Licentiatavhandling. Psykologisk Institut, Århus Universitet.
- Knizec, B. (1994). *Den psykiske kropp; Om Sundhed, sykdom og køn*. København: Gyldendal

- Levesque Lopman, L. (1998). *Claiming Reality: Phenomenology and Woman's Experience*. Rowman and Littlefield
- Lindseth, A. (1998). Pedagogisk vitenskap? Vitenskapsteoretiske refleksjoner på bakgrunn av krisen i norsk skole. In: R. Fjelland, A. Lindseth, I.M. Nilsen og A.Måseide (Ed): *Treng vi faget pedagogikk?* Oslo: Solum Forlag A/S
- Løgstrup, K. (1956). *Den etiske fordring*. København: Gyldendal
- Merleau-Ponty, M. (1992). *Phenomenology of Perception*. London: Routledge and Kegan Paul
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens Fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Morson, G.S. (1986). *Bakhtin. Essays and Dialogues on His Work*. Chicago and London: The University of Chicago Press
- Ottesen, A.(Prod), Hanssen, I., Ianssen, B., Kvebæk, I. & Rongved, E. (2010). Gudrun Øvreberg: et liv i bevegelse; *Dokumentasjon av psyko-motorisk fysioterapi praksis*. [DVD]
- Penn, P. og Frankfurt, M. (1994): Creating a Participant Text: Writing, Multiple Voices, Narrative Multiplicity. *Family Process*, vol. 33.,3, pp. 217-232.
- Polkinghorne, D. (1983). *Methodology for the Human Sciences*. Albany, N.Y: State University of New York Press.
- Sampson, E.E. (1989). The Deconstruction of Self. In: J.Shotter & J.K. Gergen.(Ed): *Texts of Identity*. London: Sage Publications.
- Seikkula, J. et al (1991). Treating Psychosis by Means of Open Dialogue. In: S.Friedman (Ed.): *The Reflecting Team in Action. Collaborative Practice in Family Therapy*. New York: The Guilford Press
- Shapiro, K.J. (1985). *A Phenomenological Method for Psychology*. Durham: Duke University Press
- Shotter, J. (1993). *Cultural Politics of Everyday Life*. Birmingham: Open University Press
- Shotter, J. (1993). *Conversational Realities*. London, Thousand Oaks, New Dehli: Sage Publications
- Stern, D. (1992). *Et spedbarns dagbok; Hva ditt barn ser, føler og opplever*. Oslo: Universitetsforlaget

- Thomassen, M. (1995). Den Andre – uendelighetens ansikt; Emmanuel Levinas' transcendens-filosofi. In: H.Kolstad et al. *I sporet av det uendelige; En debattbok om Emmanuel Levinas*. Oslo: H. Aschehoug & Co
- Thornquist, E. (1988). *Fagutvikling i fysioterapi*. Oslo: Gyldendal Thornquist, E. & Bunkan, B.H. (1986). *Hva er Psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforlaget
- von Wright, G.H. (1991). *Vitenskapen og fornuften*. Oslo: Cappelens upopulære skrifter.
- von Wright, G.H. (1993). *Myten og fremsteget*. Stockholm: A.Bonniers forlag.
- Wachthausen, B.R. (1986). Historia y lenguaje en la comprensión. En: B.R.Wachthausen (Ed.) *Hermeneutics and Modern Philosophy*. Albany. New York: State University of New York Press.
- Webster's (1989). *Ninth New Collegiate Dictionary*. Springfield, MA: Merriam-Webster Inc. Publishers
- Whitford, M. (1992). The Feminist Philosopher; A Contradiction in Terms. *Woman: a Cultural View*. Vol.3;2. Oxford: Oxford University Press
- Wifstad, Å. (1997). *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri; En filosofisk undersøkelse*. Oslo: Tanos Fonteneserie
- Winnicott, D.W. (1964). *The Child, the Family and the Outside World*. Penguin Books
- Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical Investigations*. Oxford: Blackwell
- Yaroshevsky, M. (1989). *Lev Vygotsky*. Moscow: Progress Publishers
- Yasuo, Y. (1987). *The Body; Towards an Eastern Mind-Body Theory*. Albany: State University of New York Press
- Øvreberg, G. and Andersen, T. (1986). *Aadel Bülow-Hansens fysioterapi*. Skarnes: Copernicus Forlag

«**Movimiento, Vida y Cambio**» versa sobre la fisioterapia psicomotora noruega (FPMN), y ofrece una perspectiva profunda a través de casos clínicos de la práctica de los autores.

Al inicio, se nos introduce en la tradición de esta rama especial de la fisioterapia. A lo largo de los seis capítulos siguientes, se presentan descripciones detalladas de seis casos clínicos diferentes. El capítulo final integra la FPMN con reflexiones teóricas y filosóficas.

Este libro pretende ampliar el conocimiento y la comprensión ya existentes en el campo de las dolencias corporales y en el enfoque del tratamiento fisioterapéutico.

El libro original en noruego se publicó en 1997. Tras una revisión menor, se tradujo al inglés en 2012 y, posteriormente, al español en 2026.

La fisioterapia psicomotora noruega es un programa de máster universitario, bien fundamentado y documentado, de los estudios postgrado de fisioterapia en Noruega. Todos los profesionales que trabajan en el campo de la fisioterapia en salud mental comparten la responsabilidad de establecer redes internacionales e intercambiar conocimientos y comprensión. Por ello, los autores desean compartir sus experiencias en este campo con colegas, pacientes y el público en general fuera de Escandinavia.

ISBN 978-82-998911-9-6

