

LA ANESTESIA CORPORAL

Néstor Tato

(Este texto es el primer capítulo de un proyecto inacabado sobre el trabajo con el cuerpo, destinado a la difusión, de ahí el “ustedeo”. Data de 1995/6)

Lo que acecha bajo el umbral.

Entre las experiencias que iba conociendo en otros, siempre llamaron mi atención los casos de enfermedad sorpresiva.

Me sigue resultando de lo más extraño que de pronto alguien se entere de que se encuentre en la etapa terminal de un cáncer o que esta en el umbral de la misma, por mencionar el caso más.

¿Cómo alguien puede generar esa especie de sobrecuerpo concentrado o disperso, que es el cáncer, *sin darse cuenta*?

Pero también hay casos más “livianos” y cotidianos, que en definitiva serán los que nos ocupen: las contracturas que progresivamente van inmovilizando el cuerpo, cercándonos en nuestras posibilidades de movimientos. El caso más frecuente: más allá de la torsión habitual, el cuello duele.

Este cuadro se repite en la cintura, ya que las dos cinturas (la escapular –hombros y base del cuello- y la pelviana, la cintura propiamente dicha.) son los puntos principalmente afectados por las tensiones posturales.

Las tensiones que afectan el resto de la musculatura serán en la mayoría de los casos, reflejos de contracturas en ambas cinturas, que además estarán articuladas entre sí.

Con el tiempo esas contracturas terminaran en deformaciones de la columna vertebral que irán rigidizando cada vez más el cuerpo.

Y, por supuesto, son cosas “naturales”. Cosas que pasan con la vida, como el sufrimiento es natural, propio de lo humano, etc., ¿Cómo no va a terminar la existencia de uno hecho una piltrafa, deformado, contra-hecho, tembloroso? Como todo el mundo. La estadística explica muy bien esas cosas.

Pero no. No es natural. Es fruto del sufrimiento cotidiano en el vano intento de adaptarse a un medio inhumano. Pero es otro tema.

Lo cierto es que las contracturas se instalan *y uno se da cuenta*. O no les da importancia, o no les lleva el apunte.

Mientras puede, o sea, mientras uno sienta que está contracturado, porque al tiempo, cuando la contractura se fija, uno deja de sentirla, salvo cuando va contra ella, cuando la compromete con algún movimiento.

Eso produce dolor y la señal es clara. Pero ya nos hemos resignado a estar contracturados.

El músculo se tensa y fija una posición del segmento que afecta, en el caso del cuello, entiesa el cuello. El cuello no queda totalmente duro sino que pierde, al principio, movilidad segmentaria. Uno puede mover la cabeza de derecha a izquierda, y como son los movimientos más usuales, uno cree que no pierde la movilidad.

Pero no puede quebrar el cuello sobre la vertical, dejándolo caer sobre los hombros. Con el tiempo uno pierde progresivamente la movilidad hasta que no puede girar en ángulos abiertos hacia los lados, sino que alcanza apenas los 45 grados.

Y esa pérdida de movilidad es normal. La vejez lo endurece todo. Efectivamente es la anticipación del rigor mortis. Por no relajar, no por mandato de la naturaleza.

Al principio, cuando el músculo está simplemente tenso uno lo siente así, tenso. Pero poco a poco, a medida que la tensión se hace permanente, la señal no es atendida o desatendida porque la monotonía de su estímulo, su permanencia, hace que se convierta en ruido de fondo, que no se destaque entre el conjunto de las señales que afluyen constantemente. La persistencia de esa señal de tensión satura el umbral de percepción interna del receptor que censa ese músculo o esa zona, entonces, es “desconectado”. Como es permanente, queda bajo el umbral de percepción, no es información útil, diferente, que provoque cambios y concite la atención del coordinador, simplemente está ahí, siempre igual. Por tanto, satura y la sensación se desconecta.

Pero en esa desconexión queda desconectado no solo el músculo sino su **zona de influencia**, porque lo que se desconecta es la señal proveniente de una zona por una vía nerviosa que no sólo aporta señales del músculo sino que también lo hace con las partes que se suman a las otras partes del músculo.

Así tenemos cómo se configura un caso del fenómeno de la anestesia corporal.

Es como si se hubiese inyectado un anestésico local. Una zona de la musculatura externa del cuerpo queda desconectada, no se puede buscar la sensación de esa zona, uno no puede acceder a ella voluntariamente.

¿Quiere decir que esa zona no siente? No, no es que esa zona no se siente, los receptores sensoriales que pueden estar localizados en esa zona, siguen trabajando. Lo que se desconecta es la **sensación interna**, como se satura lo cenestésico, se bloquea el trabajo de esa zona, no las señales que provienen del medio externo, recibidas por sentidos externos localizados allí. Pruebe ahora a ver qué siente de los músculos de su cuello. No haga nada, quédese quieto y sienta. Mire por dentro. Su sensación interna es como si la mirada buscara el cuello. ¿Lo encuentra donde siente que lo tiene? ¿O lo encuentra porque **sabe** que lo tiene?

En este último caso, ¿encuentra realmente la sensación o *cree* que la encuentra?

Uno puede reemplazar *la sensación del punto* al que atiende con *la sensación de la imagen del punto*, o sea, imagina que lo tiene y por tanto lo siente. Es una sensación sustituta que no tiene emplazamiento definido. Esta curiosa habilidad de la conciencia es fuente de más de un malentendido en nuestra experiencia vital y causa de groseros errores en nuestras elecciones. Esta propuesta de atender y sentir un punto del cuerpo utilizando la vía de las sensaciones internas (cenestesia) no es muy fácil de lograr para la generalidad de las personas, porque no es lo frecuente andar entrenando ésto, por lo que habrá que trabajarlo, como veremos mas abajo.

El caso de la anestesia por contracturas es el más evidente, porque bloquea las sensaciones de una zona del cuerpo que nos molesta, obstaculiza nuestro emplazamiento en el mundo.

Muchas veces las sensaciones internas son demasiado reveladoras de nuestro profundo desacuerdo con lo externo, pero por cálculo o imposición descartamos la señal interna para seguir adelante, y si ésta es muy fuerte buscamos bloquearla intencionadamente. Y lo logramos. El caso más típico de este bloqueo de sensación que también produce anestesia, es el sexo. Al no poder desplegar una conducta que lleve a la descarga sexual uno aprende a

derivar o suprimir la sensación. Ésto genera disfunciones ,como la imposibilidad de tener un orgasmo pleno (si es que se tiene alguno), por desconectar las sensaciones propias del funcionamiento que lógicamente culmina en el orgasmo.

Pero no sólo bloqueamos el sexo, también se tensa en exceso el plexo solar buscando un excesivo control de nuestros movimientos, o el pecho, buscando aquietar o desconectar emociones.

El tema de la anestesia se complejifica aún más cuando se trata de la musculatura interna, que por ser lisa no es voluntaria en su funcionamiento, o sea, no la manejamos a voluntad sino que se maneja con automatismos propios de la función que cumple.

Justamente por su constitución, este tipo de musculatura no tiene receptores localizados y de la misma se tiene sensaciones difusas, por lo que la anestesia se produce mas fácilmente cuando el bloqueo sensorial afecta zonas del cuerpo.

El fenómeno de la anestesia corporal es un detalle muy a tener en cuenta, cuando se intenta abordar el trabajo interno, porque se necesita referencias claras.

Las técnicas tradicionales trabajan relajando, esto es, indicando que uno debe bajar la tensión muscular o creando condiciones para que esto suceda.

Pero como se trata de técnicas que trabajan indiferenciadamente y recomendando posturas que tienden a bajar el nivel de trabajo de la conciencia más que el nivel de tensión, uno tiende a confundir la difusión corporal propia del semisueño profundo con la relajación buscada.

Eso no quiere decir que uno se haya relajado, simplemente significa que uno no se ha relajado **tanto como creía.**

Además, la relajación por vía del descenso en el nivel de conciencia no lo prepara a uno para las situaciones cotidianas en las que debe estar en vigilia de lo más posible.

Cuando uno graba la relajación habitual en semisueño, **si uno no puede bajar al semisueño no se relaja.**

Y es que ha asociado la relajación con el descenso del nivel de conciencia. O sea que si el medio externo no le permite a uno adormilarse, no se puede relajar.

Pero, más aun, en las situaciones de vigilia podría suceder que uno se tense más, como efecto pendular del semisueño.

De todos modos, lo más destacable es que al estar en semisueño profundo, uno no tiene referencias de qué es lo que relaja ni cuánto relaja.

Porque uno, al relajar, no necesariamente relaja los músculos externos, sobre todo, uno no percibe si los relajó del todo.

Porque como la anestesia es la sensación interna a la que uno está habituado, al no tener sensación de la musculatura externa en alguna zona, uno no tiene referencia tampoco de cuánta tensión tiene y por tanto, de cuánta relajación tiene que provocar.

De modo que uno no puede confiar en los datos de los propios sentidos tal como los encuentra trabajando en este momento.

Una desconfianza necesaria

La primera precaución que uno debe tomar cuando comienza a trabajar el cuerpo es que **no puede confiar en los datos que maneja.**

Por eso, será necesario testear toda la musculatura externa para ver en qué estado se encuentra, antes de proponerse cualquier tipo de trabajo. Ese testeo es simple: tense un poco

los músculos externos uno por uno, empezando por los del cuero cabelludo y terminando por los dedos de los pies. No se trata de hacer fuerza sino de provocar tironcitos, de contraer los músculos y ver cómo responden a su intención de moverlos.

Observe si responden rápidamente, con facilidad, si se tensan otros músculos asociados, o si por lo contrario le cuesta ubicar los músculos.

El primer indicador de anestesia es que uno no puede sentir el músculo con claridad, y por tanto tensarlo.

Puede suceder también que ubique el músculo pero sienta que es como si resbalara sobre él sin poder ubicar puntualmente las sensaciones.

La velocidad de respuesta y la facilidad con la que uno tense el músculo serán indicadores del nivel de tensión.

Sera frecuente que tense un músculo y respondan otros. Eso indica sistemas asociados, que con el tiempo habrá que ir disociando porque la asociación está dada por una tensión permanente.

Es cuestión de ponerse a trabajar, así que siéntese confortablemente, pero en postura erguida, para que no tienda a dormirse.

No va a relajarse sino a conocer su musculatura externa, así que deje que los pensamientos que puedan preocuparlo corran y se vayan alejando.

Es muy útil tener la guía de un manual de anatomía para ir reconociendo los músculos que puedan quedar “ocultos” por la anestesia. Pero empezemos ya con un reconocimiento grueso.

Atienda a sus músculos externos por la cabeza, empiece a tensarlos un poco. Tense los músculos de la coronilla, los del cuero cabelludo, siga por los de la frente, los arcos superciliares, los de las sienes, los párpados, la nariz, los pómulos, las mejillas, la boca.

Tense toda la cabeza. Tire las orejas para atrás. Busque la base de la cabeza, donde termina la calota craneana, tense los músculos que la articulan con el cuello y que están distribuidos “de oreja a oreja por detrás”.

Siga tensando los músculos del cuello que corren a lo largo de las cervicales, a los costados.

Luego baja por los muslos, las pantorrillas y presta atención en especial a los pies.

Con esto no sólo irá conociendo sus músculos y testeando si hay zonas anestesiadas sino que irá conociendo los niveles de tensión muscular que encuentre y diferenciándolos.

Además, estará empezando a movilizar las tensiones fijadas, lo que le va a provocar un hormigueo cálido por la circulación de la energía, lo que le va a dejar una agradable sensación de suave relajación. Disfrútela .
