

SÍNTOMAS DE CRONIFICACIÓN Y SÍNTOMAS DE RETORNO.

Ps. Juan V Gallardo Cuneo

RESUMEN

El presente trabajo corresponde al desarrollo de un aspecto del modelo psicobiológico que llamamos Bioanálisis, dentro del cual surgen una serie de consideraciones clínicas derivadas a partir de éste marco teórico-conceptual cuyas raíces contemporáneas se remontan a Sandor Ferenczi y Georg Groddeck; y sirve como material base para revisar algunas de las más incuestionables premisas de la Medicina Humana contemporánea. La proposición de la distinción entre los Síntomas de Cronificación y los Síntomas de Retorno, derivada a partir de las intelecciones de ambos clínicos, representa un elemento distintivo a la hora de abordar el diagnóstico clínico de una enfermedad, trastorno o disfunción, y a la vez permite introducir algunos conceptos distintivos –utraquismo, pensamiento tetralógico, vox temporare- tanto teórico como epistemológicos, que son fundamentales para erradicar ciertos elementos de pseudo-cientificidad que operan en la Medicina biomecánica actual y fundamentar aquellos conocimientos que desde las Medicina Integrativa: Homeopática, Holística, Psicosomática y otras han venido surgiendo a lo largo de los años.

“Debemos limpiar la casa a fondo, porque han hecho uso de un lenguaje enigmático, que en general presenta un significado para los adeptos y otro sentido para el vulgo, y al mismo tiempo, no contiene algo inteligible para nadie.”
(Antoine Levoiser, 1773)

INTRODUCCIÓN

Sandor Ferenczi y Georg Groddeck desde vertientes complementarias de pensamiento visualizaron principios del suceder organísmico que dan fundamento de un nuevo Marco Psicobiológico en Medicina: el Bioanálisis o Modelo Psico-Bioanalítico. De raigambre profundamente monista la consideración de una unidad indivisible soma-psique, de un sistema de organización de niveles jerarquizados, y la inclusión de un tercer estrato somatopsíquico: el cerebelo o cerebro-reptilíneo, base del funcionamiento órfico -y que estamos investigando en torno al Modelo TriUno del Cerebro-, son algunas de las derivaciones que surgen de la profundización de ambos autores.

Paralelamente, desde otra vertiente el discurso médico biologicista pareciera estar alcanzando un punto crítico tras un reduccionismo mecánico que agotado en la premisa de *evitar el dolor*, desatiende significativamente las repercusiones iatrogénicas subyacentes a sus modalidades de intervención, desestimando el impacto y significado de los efectos colaterales -o efectos secundarios- o abordándolo con la misma metodología: un fármaco para cada síntoma. De tal suerte la función del síntoma como reacción defensiva del organismo a la hora de lidiar con un patógeno, se enajena tras una ilusión espacial de que la ausencia de síntoma es sinónimo de sanidad.

El marco conceptual del Bioanálisis, viene a aportar una mirada diferente toda vez que de él deriva un conocimiento que aspira a restituir la condición originaria de la medicina: biomédica o somatológica y/o psicomédica o psicológica; y de su praxis: terapia y psicoterapia, tanto en su dimensión preponderantemente biológica, psíquica y/o psicosomática, toda vez que considera los grados y modos de presentización clínica tanto de los factores biológicos como psicológicos.

LA MEDICINA

La definición de la RAE para Medicina, es “Ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano”¹, y con ello engloba un espectro significativamente amplio que contempla toda intervención orientada a identificar, prevenir y tratar con las enfermedades. En consecuencia, de ella se podría derivar la categoría Ciencias de la Salud, si se tratase de categorizar áreas de operatividad. No obstante en la práctica, esto ha resultado en una proposición engorrosa que entremezcla: *niveles de intervención*: ya sea de Prevención primaria, secundaria o terciaria (OMS) y/o profiláctico, posológico, quirúrgico, o de rehabilitación; ya sea del *órgano u órganos* abordado: oftalmología, nefrología, cardiología y otros; ya sea *disciplinario*: obstetricia, odontología, kinesiología, psicología, psiquiatría, neurología, y así sucesivamente.

No obstante, la Medicina es una praxis y en estricto rigor un acto único acotado por su propósito en tanto función: *curar*, e implica un par antitético funcional anómalo: la *iatrogenia*². De naturaleza *monista*, en su desarrollo histórico por razones de práctica curativa se fueron distinguiendo dos ámbitos: el *bios* y la *psique* originándose, a su vez, dos dominios: la somatología y la psicología; dominios que en la práctica han ido entremezclando a través de los tiempos en cada acto curativo distintos porcentajes de uno u otro ámbito, instaurando la ilusión ideal de que la primera en tanto somatoterapia se abocaba a la atención de los aspectos orgánicos: anatómicos, fisiológicos de primer orden; y también sistémicos de primer orden, así como a las interrelaciones más inmediatas y directas de sus órganos; dando origen a la cirugía, posología, odontología, kinesiología, fonoaudiología y toda una lista de *logías* largo de enumerar; en tanto que la segunda, se orientaba a los aspectos mentales en un inicio espirituales y luego psicológicos, que ya mucho después en tanto psicoterapias darían forma a las aproximaciones cognitiva, afectivas, representacionales y/o lingüísticas, también de primer orden, dando origen al psicoanálisis, conductismo, cognitivismo, gestalt, constructivismo, etc...

Cómo este acto consecuencia de una *praxis clínica* se convirtió en un modelo “dualista”, latamente documentado en la amplia bibliografía filosófica, histórica, científica y epistemológica es un tema aun no resuelto: aunque no cabe duda alguna de que su utilidad ha sido indiscutible a pesar de que muchos de los supuestos surgidos de esta primera división mente-cuerpo sean más propio del dominio de la religión o de la filosofía en su dimensión conjetural que de la ciencia; y a pesar de que dicha utilidad se haya forjado con un elevado porcentaje de iatrogenia. Este pensamiento dualista de la materia y el espíritu se ha fundado en una creencia, transformada en un “principio” con diferentes argumentaciones a través del tiempo (un tiempo secuencial” que no “consecuencial”, o lo que es lo mismo sin *vox temporare*)³ cuyo mayor sustento ha sido un empirismo radical.

De resultas, la presunción de este “dualismo” marcó una distinción no menor entre la macro-materia, es decir todo aquello que podía ser percibido y conocido a partir de los sentidos exteroceptivos: tacto, visión, oído, olfacción, gusto; y la micro-materia, es decir de todo aquello que pertenecía al dominio de los sentidos interoceptivos: sensaciones, dolor, temperatura, emociones y, también, de aquello que estaba por encima o debajo de los umbrales exteroceptivos; e inauguró de paso la distinción entre lo objetivo y lo subjetivo. Adicionalmente si consideramos que la Realidad, es decir el conjunto de las “cosas que existen” para el humano es cognoscible a partir del conocimiento de la particular “conjunción constante de datos y del hecho significativo” de una “cosa”, y que ésta, a su vez, es susceptible de ser conocida a partir del uso de un mismo sentido por diferentes organismos, o por el uso de varios sentidos simultáneamente en un mismo organismo⁴, la Medicina ya por el hecho mismo de ser una “cosa-acción”, manifiesta como “función de” encontró en dicho

1.- Real Academia Española. RAE. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima Primera Edición. 1992.

2.- Se dice de toda alteración del estado del paciente producida por el médico. (op. cit).

3.- La ausencia de *vox temporare*, impide al sujeto saber que pregunta puede ser contestada y cual no en un momento dado (presente), considerar las conjeturas que se han levantado para una eventual respuesta definitiva a través del tiempo (pasado), y formular nuevas conjeturas con carácter de hipótesis plausible en un continuo temporal (futuro). Su par antitético la intolerancia al principio de incertidumbre, lleva al pensador a soñarse “sujeto de supuesto saber” frente a temas de los cuales no se cuentan con conocimientos mínimos sobre la materia.

4.- Para una revisión de conceptos bionianos se puede revisar el trabajo de Rafael E. López Corvo: ““Diccionario de la obra de Wilfred R. Bion”, 2008, Edit. Biblioteca Nueva, Madrid, España.

dualismo a medida que progresaba empíricamente en su quehacer, un terreno propicio para la construcción tanto de conocimiento válido como de ilusiones pseudocientíficas, que dieran cuenta de su proceder.

La expresión máxima de este dualismo ha sido el desarrollo de un modelo biológico-mecanicista, mal llamado modelo biomédico por un lado y de un mundo religioso, que es decir mágico-simbólico, por otro; el primero supuestamente refiriendo a la cura del cuerpo, y el segundo para la del espíritu, dando origen de paso a un concepto cuya penumbra de asociaciones es extremadamente versátil. Que dicho dualismo hubiese permitido cumplir con el propósito de curar y generar conocimiento pertinente es un punto indiscutible; que paralelamente esto ocurriese en un marco plagado de engaño, ilusión, abuso e iatrogenia, también. El conocimiento de la función curativa de las plantas, del fortalecimiento del sistema inmunológico, de la cirugía reconstructiva, de la neutralización de los elementos patógenos, ha ido a la par con intervenciones médicas placebos, autosugestivas e incluso punitivas, tal como lo testimonian las trepanaciones, las sangrías, los electroshocks, la lobotomía, la hemiesferectomía por citar algunos casos emblemáticos. Del mismo modo, por otro lado, el temor a las penas del infierno como consecuencia de los “pecados” asociados a la conducta sexual, fue un gran regulador de la proliferación de las enfermedades venéreas, del abuso de la conducta autoestimuladora para otros fines no psicosexuales: abandono, frío, hambre, etc.; o de la sexualización precoz de los vínculos humanos, aunque ello implicase que miles de personas vivieran enclaustradas en conventos como modo de preservación de su virginidad, se les hiciera una clitoridectomía o infibulación, o vivieran aterrorizadas por el simple hecho de sentir pulsiones eróticas genitalizadas. En la actualidad este doble estándar aún se conserva solo que enmascarado en narrativas las que tal como ha ocurrido en cada momento histórico, se hacen parte del “aire del tiempo” convirtiéndose en “relatos oportunistas” tal como ocurre por ejemplo con muchos tratamientos farmacoterapéuticos, electroconvulsivos, la narrativa dietética y/o la misma cirugía plástica para la somatoterapia, o los discursos meritocráticos, homofóbicos, antiabortivos o antieutanásicos para la dimensión del espíritu, alma o psiquis.

En consecuencia, es evidente la necesidad de una revisión no solo de los aspectos Bioéticos de la Medicina, sino de su epistemología misma: tanto de su dominio material y conceptual, como de su consistencia interna y epistemología derivada⁵ toda vez que su manifestación actual se basa en una serie de premisas tautológicas, que en muchos casos no admiten análisis, que dichas premisas sujecionan la dirección del avance de sus investigaciones, y que ellas se prestan más para un modelo de negocios y secundariamente a una función curativa. Más preocupante aun es que aquellos conocimientos derivados de una epistemología médica, lleguen a la población de especialistas en Salud, para encuadrar y orientar el ejercicio profesional, sustrayéndola de lo que se había dado en llamar la “vocación de cura” -incluida el “curor furandis”- para convertir la práctica de la Medicina en “un estilo de vida”, que es decir una praxis para poder vivir cómodamente a partir de los recursos derivados de ella. Súmese a ello la gradual corporativización de estos “estilos de vida” –especialmente en torno al mundo de los laboratorios farmacológicos- para configurar un escenario crítico para el actual desarrollo de la Medicina. Una notable sátira de esta situación es la novela EL Doctor Salt de Gerar Donovan, que es no solo una ácida crítica de las empresas farmacéuticas, interesadas sólo en vender productos, y de una psiquiatría que en todo ve un trastorno, sino también del delirante estado actual de la medicina y sus límites corporativos, donde toda voz que interpele este estado de cosas será acallada bajo una lógica policial o represiva.

Es por ello que, ya sea por la vía de una nueva praxis médica o de una acuciosa revisión epistemológica, necesariamente deberemos reflexionar sobre las bases de los modelos de Salud imperante en la actualidad; al mismo tiempo que se haga necesario reencontrar el rigor del lenguaje en su función denotativa y connotativa, para poder circunscribir la penumbra de asociaciones subyacente a un concepto frente al actual estado de cosas en donde una explosión lexical prostituye *in extremis* el uso del lenguaje al servicio del proselitismo y la seducción, que en última instancia refiere a una inteligencia de negocios y de poder convertida en ideología⁶.

5.- Ver Tizón. Jorge L., Epistemología de la Psicopatología y la Psiquiatría. (p. 9-10; 16-26).

6.- Dr., tengo un fuerte dolor en los ojos, ¡Ah! Ud. tiene, oftalmalgia (dolor en los ojos).

SALUD Y ENFERMEDAD

Ahondando un poco más, e intentando definir Salud y uno de sus pares antitético: Enfermedad, el tema se hace notoriamente más complejo, y expresiones tales como “Condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado” o “Alteración más o menos grave de la salud” para uno y otro concepto poco aportan a clarificar el significado de ambos conceptos. Y es que Salud y Enfermedad en términos estrictamente rigurosos son dos conjuntos, no fáciles de discernir, y esto particularmente por que tanto uno como el otro, son procesos dinámicos que transcurren en el tiempo y presentan diferentes etapas, y en consecuencia su expresión manifiesta –fenoménica- informa poco si no es a la luz de la comprensión de los procesos subyacentes, tal como se aprecia en la distinciones de síntoma y signo, síndrome y enfermedad; entre síntomas agudos y crónicos; o entre sujeto asintomático y sujeto psicosomático⁷, y -tema del presente artículo- entre signos y síntomas de cronificación y de retorno.

Adicionalmente, y en base a la premisa Groddeckiana del NASAMECU (Natura sanat, medicus curat), quisiéramos distinguir entre Sanar y Curar, dos conceptos que si bien sugieren dos penumbras de asociaciones distintas, por lo general el uso popular homologa y hace sinónimos o distingue a partir de un enfoque transpersonal o *New Age* si bien correcto pero excesivamente valórico.

La **Curación** -verbo transitivo: alguien le hace algo a algo- es la acción mediante la cual se aborda una perturbación, noxa o enfermedad con el propósito de restituir la condición previa a su aparición, y en consecuencia su acento está en una acción que alguien –el curador- realiza sobre algo –el daño en el cuerpo, la mente, el alma- en donde la aparición de ciertos signos revelan una condición anómala y su propósito es la erradicación del signo; implica una referencia a un pasado donde dicha noxa no existía y modalidades de intervención conducentes a regresar a la condición anterior. De ahí, la frase *denotativa*: el médico cura.

La **Sanación**, -verbo intransitivo: algo ocurre o sucede; aunque también puede ser entendido como una forma verbal autoreflexiva- corresponde a la acción de restituir, recuperar o volver a lograr el estado de funcionamiento natural del organismo que llamamos Salud, y en este sentido también podríamos hablar de “auto-curativo”. Es un concepto que hace referencia al restablecimiento de los mecanismos autopoiéticos, autonómicos e inmunológicos, de eficacia funcional y/o metabólica de un organismo; e implica una referencia a un estado basal natural. De ahí, la frase *connotativa*: la naturaleza sana.

En consecuencia, la Medicina en la búsqueda del acto sanador o curador -que no es lo mismo- ha recorrido un camino para dar cuenta de las consecuencias de determinadas *injurias* -daño o lesión-, anomalías o disfunciones, intentando determinar las *noxas* sean estas biológicas, sociales, físicas, químicas y/o psíquicas, para luego atender a la forma de mantener la Salud, de prevenir la Enfermedad y de cómo recuperarse de ella, abarcando nuevos dominios relacionados con ésta.

Finalmente, quisiéremos consignar un último elemento crítico en el actual estado de la Medicina, y este refiere a la desprolijidad existente a la hora de usar el término Enfermedad –y no como entidad genérica- sino como categoría médica. Originalmente una enfermedad, refiere a “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”. (OMS, 1946) y en consecuencia implica un ordenamiento semiológico: signos y síntomas, un determinada etiología, una patogenia: evolución y/o curso característico -el proceso patológico o mórbido-, y un pronóstico relativamente conocido.

El concepto actual de enfermedad corresponde en esencia a la idea formulada en el siglo XVII por Sydenham, que las concibió como entidades reconocibles por manifestaciones características, entre ellas, por una evolución o curso natural típico. Esta idea de especies morbosas, que corresponden a formas típicas de enfermar, se ve reforzada cuando una especie morbosa puede caracterizarse también por una causa determinada. Gracias a esta concepción una misma enfermedad puede reconocerse como repetida en diferentes enfermos y así se hace posible el estudio del diagnóstico y tratamiento de las distintas enfermedades. La

7.- Un error muy frecuente es la referencia a enfermedades asintomática en lugar de pacientes asintomáticos.

enfermedad se concibe así como una abstracción hecha de entre los fenómenos patológicos que presentan ciertos pacientes; la delimitación de una tal entidad exige, sin embargo, la observación y conocimiento acabados de las manifestaciones particulares de cada caso. Esta es la noción de enfermedad que parece evidente hoy día en la sociedad occidental.⁸

Posteriormente, y a partir de la búsqueda del origen o causa de una enfermedad surgieron las nociones de Génesis Causal, o Constelación Causal: las relaciones causa-efecto, con la inclusión de conceptos como causas desencadenantes o predisponentes, condición necesaria y no suficiente, mecanismos en cadena -el efecto de uno pasa a ser causa de otro- y/o génesis causal multifactorial; conceptos que si bien aportaron nuevas consideraciones y variables intervinientes en el proceso patológico, simultáneamente produjo que el lenguaje médico se hiciera subrepticamente más connotativo, y empezara a tener una apariencia de cientificidad al servicio de una ilusión de precisión y concisión—un lenguaje con más de 100.000 vocablos-enajenando su función originalmente denotativa para convertirse en una jerga en tránsito hacia un argot⁹.

Que todo esto terminara en un confusión entre la noción de enfermedad y síndrome; que el diagnóstico diferencial fuese gradualmente desapareciendo del ejercicio clínico, que la erradicación del síntoma fuese equivalente a curación, que ciertos diagnósticos se pongan en boga, ha sido una consecuencia inevitable de esta actual condición.

BREVE HISTORIA DE LA MEDICINA

Las clásicas historias de la Medicina -sin *vox temporare*-, describen esta historia como el proceso de diferenciación entre ella y la religión-magia, y como un camino gradualmente progresivo de adquisición de conocimientos científicos, en oposición a prejuicios y supersticiones. Comienzan en la prehistoria, y avanzan por las civilizaciones Mesopotámicas (5000-1000 a.C.): Asiria, Babilónicas, Acacias, Sumerias, luego por la Egiptia, con énfasis en los invaluable papiros recopilados a través de los tiempos: Rameesseum Lahun, Ebers y muchos otros; después la Hebrea y la Hindú, la primera con acento en sus medidas profilácticas en tanto que la segunda en la higiene; para posteriormente referirse a la cultura China y la Greco-romana como los primeros cuerpos de conocimientos sistemáticos y especializados sobre Medicina, propiamente tal: cirugía, ortopedia, ginecobstetricia y odontología.

Finalmente, sugiriendo cierta primacía griega por sobre la china y a partir del supuesto básico de que en la primera radica el origen de la medicina científica, ellas ahondan en la mitología griega y sus dioses: Apolo, Asclepio, Higia y Panacea; hasta converger en Alcmeón de Crotona (500 a.C.) y la *tekhné*, en donde la enfermedad es entendida como originada por una serie de fenómenos naturales susceptibles de ser modificados o revertidos; y la Escuela de Cos, con la célebre presencia de Hipócrates (400 a.C.), reconocido como el padre de la medicina occidental. De ahí en adelante, una lista de personajes famosos: Empédocles, Platón, Aristóteles, Demócrito hasta Claudio Galeno (129-199) van aportando progresivamente nuevos conocimientos —entremezclados con proposiciones bastantes desacertadas por decir lo menos- hasta llegar a los tiempos actuales, sin antes detenerse en la Edad Media cuando en base a la idea de Paracelso (1493-1541) de que las enfermedades eran causadas por agentes externos al organismo, se propone que la cura debía dar cuenta de esos elementos externos ya sea mediante el uso de sangrías, ventosas, enemas y/o administrar dosis pequeñas de minerales y metales.

Paralelamente, se reseña la singular relación entre la curación y la religión que postulaba que la enfermedad era atribuible a los pecados, siendo el cuerpo el lugar de los defectos y pecados, y la curación una potestad divina, siendo San Agustín y Santo Tomas de Aquino, dos representantes de este periodo. Luego desde este contexto religioso Descartes, (1596, 1650) “postuló la separación total de la mente y el cuerpo, y atribuyó el estudio de la mente a la religión y a la filosofía, y el estudio del cuerpo -entendido como una máquina-

8.- Manual de Patología General. Cap. 1.- Conceptos Básicos. Universidad Católica de Chile.

9.- En líneas generales se utiliza el término “jerga” para referirse al lenguaje técnico propio de ciertos grupos sociales o profesionales, en tanto que el término “argot” se usa para un lenguaje que incluye todo tipo de palabras y frases entre personas de una misma posición, rango o condición.

se convirtió en el objeto de estudio de la medicina”¹⁰, empezándose a dar forma a una postura dualista y mecanicista clásica la que durante el siglo XIX, cuando con el descubrimiento del microscopio, los avances de los descubrimientos de Pasteur y Virchow, y el surgimiento de la concepción de una “etiología de causa específica” para las enfermedades empezaría a surgir lo que se ha dado en llamar la “medicina científica” empezándose a reforzar una tendencia a un reduccionismo que tendría gran impacto en el pensamiento médico. Esta aproximación, si bien una de cuyas virtudes esenciales ha sido la de permitir la elaboración de teorías y prácticas fundacionales, no obstante ha estado plagada de innumerables errores, tales como lo testimonian decenas de modelos pseudo-médicos tales como las primigenias teoría de la patología celular, la teoría microbiana de la enfermedad y su impacto tanto en la generación de vacunas como de antibióticos, la microbiología del suelo, la teoría de la inmunología, el uso del óxido nítrico y el éter sulfúrico precursor de la anestesia y muchas otras.

Finalmente en el siglo XX cristalizan los descubrimientos realizados a partir de la revolución industrial primero, tecnológica después, y finalmente cibernética y sus explosión de tecnología electrónica, tal como lo ilustra la evolución ocurrida desde el descubrimiento de los Rayos X, hasta las nuevas técnicas radiológicas, como el doble contraste, la tomografía, la angiografía y la angiocardiógrafa, y finalmente la tomografía axial computarizada, la imagenología, la ecosonografía, la resonancia magnética nuclear y la tomografía por positrones.

Estas historias que parecen lineales, monolíticas y progresivas al carecer de una *vox temporare*, son en definitiva construcciones secuenciales realizadas desde el tiempo en que se escriben, y en consecuencia suelen estar plagadas de implícitos, juicios y categorías más del tiempo en que se escriben que del tiempo de lo descrito, además de incluir una serie de preconcepciones y prejuicios compartidos por la mayoría de la comunidad a quien se quiere llegar, y en ese sentido son construcciones ideológicas. Concomitantemente, se observa en ellas una serie de recursos más retóricos que racionales con los cuales se instalan “relatos”, bajo la forma de serie de afirmaciones sin respaldo directo construidas a partir de creencias razonable y creíble, con las cuales se crean impresiones, se estructura la credibilidad de los supuestos y se pretende mantener una confianza constante en ellos. (Boyle, M)

En consecuencia, estas versiones poco informan de que la práctica médica ha sido eminentemente empírica: inmediata y pragmática, regulada por el mecanismo de ensayo y error; que los “relatos” subyacentes han sido aproximaciones rudimentarias –generalmente erróneas de prosa pseudo denotativa- y auto validadas; nunca refiriéndose a la curaciones realizadas por otras vías alternativas que en sus distintos momentos adoptaron la forma de la magia, de la brujería, de la religión, luego de la homeopatía, sistemas nutricionales, acciones sugestivas e incluso placebos -a excepción de la voluntad de Dios o el “milagro”-; ni menos a los niveles de iatrogenia involucrada tras esos emergentes conocimientos médicos. Tampoco lo hacen respecto a las diferencias y pugnas entre diversas aproximaciones médicas –especialmente la occidental, la china y la del medio oriente,- y rara vez dan cuenta de que en occidente mismo se generaron tres escuelas de medicina: la alemana, la anátomo- clínica francesa y la anglosajona, que compitieron y compiten por la primacía de sus criterios médicos.

En síntesis, estas recopilaciones abordan la así llamada medicina tradicional, la que según la ONU corresponde a “la suma total de conocimientos, habilidades y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias oriundos de las diferentes culturas, sean o no explicables, y usados en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnosis o tratamiento de las enfermedades físicas o mentales”¹¹, y construyen una secuencia histórica de continuidad, desarrollo y evolución –algo que sin duda es aportativo y relevante al desarrollo de la misma- pero omiten la naturaleza del proceso en sí, de los usos y costumbres de cada periodo, de las confrontaciones, debates, abusos e injusticias, y en especial de los juegos hegemónicos que la han atravesado; y en el mejor de los casos cuando consideran algunos de estos aspectos crean una oposición

10.- “El concepto de la mente y el cuerpo en la historia”. Maria da Graça de Castro, Tânia M. Ramos Andrade y Marisa C. Muller.

11.- A partir del año 2010 la OMS decide generar un sistema internacional de clasificación de la medicina tradicional, para facilitar la evaluación de sus beneficios. Este proceso lleva a ONU a proponer una definición que esté acorde con dicha clasificación.

entre medicina tradicional y contemporánea, sugiriendo la superación de toda eventualidad de iatrogenia y la consolidación de esta última como medicina científica, y en consecuencia real.

UNA MIRADA TETRALÓGICA

Lo cierto es que estas historias de la Medicina, están construidas desde una concepción de desarrollo lógico aristotélico y cartesiano, lineal, secuencial y paradójicamente atemporal –también el multifactorialismo puede ser una distinción engañosa y básica- y en ella el modelo a seguir es la noción de un organismo único que manifiesta su condición funcional dentro de rangos fijos diferenciándose de aquellos que no funcionan dentro de esos rangos, definidos como anómalos, y en ese sentido patológicos. Por otro lado, desde la lógica dialéctica, la utilización de pares antitéticos, si bien útil a la hora de crear dos puntos de tensión sobre el cual generar conocimientos en un momento dado, ha terminado siendo también un tremendo elemento perturbador y gran fuente de errores cuando dichos pares antitéticos pertenecen a órdenes lógicos distintos, o cuando los elementos coexisten y/o participan en grados relativos y variables o progresan desuniformemente. Así el par monismo-dualismo ha abierto una gran confusión al intentar proponer categorías universales a partir de aproximaciones conjeturales en ausencia de conocimientos pertinentes, al punto que podemos afirmar que la ausencia de una *vox temporare*, provoca que cada conocimiento surgido en un tiempo determinado constantemente sea presentado como una verdad absoluta y universal.

Un modelo tetralógico propone una aproximación al conocimiento que refiere a que sus concepciones se mueven entre las vicisitudes de las apariencias y los significados; noción que es magistralmente remarcada por Bion, cuando señala abordando el tema de la Realidad, que ésta es finalmente el resultado de “un conjunto de datos que se encuentran relacionados consistentemente unos con otros –la conjunción constante- y que se organizan coherentemente en torno a la existencia de un dato relevante –el hecho significativo. En esta aproximación, coexistente tanto en Ferenczi como en Groddeck, las implicancias acerca de una realidad monista y no dualista, del rol de la verdad como estructurante de la mente, del papel de lo denotativo y de lo connotativo como cualidad del lenguaje, de la importancia del espacio y del tiempo en el acontecer psíquico, y de muchas otras concepciones por el estilo, se va configurando una forma de conocer, de entender y de pensar que es características de ambos, y que es la que les permitió conjeturar y más que eso, concebir los órdenes que inauguraron. En un plano más coloquial, estas ideas las sintetizamos diciendo que el mundo es una entidad compuesta por 0 y 1, y además por 0 disfrazados de uno [$f(0)=1$]; y 1 disfrazados de cero [$f(1)=0$], y que en el lenguaje cotidiano llamamos “presencias”, “ausencias”, “ilusiones”, y “ocultamientos”.

En consecuencia, cuando llevamos el pensamiento tetralógico a la comprensión de la historia de la medicina entendemos que en ella existen esas mismas 4 categorías y nos interesamos tanto por reconocerlas, por aumentar las “presencias” y por develar los “ocultamientos”, como por identificar el papel que el lenguaje juega en estas 4 categorías: esto es lo “denotativo” y lo “connotativo” en tanto ausencia, presencia, ilusión y ocultamiento. Así pues respecto a la comprensión de la generación de conocimientos de los mecanismos de curación [1], tanto denotativa [$1=1$] como connotativamente [$f(1)=0$], intentamos distinguirlos -en la medida que el lenguaje y los conocimientos del momento lo permitían- del uso ideológico de dicho saber cómo recurso de control, poder, dominio y/o profitancia [0 y $f(0)=1$].

Mención aparte, refiere al uso que hacemos de un modelo de la Mente Bioanalítico basado en la concepción de un modelo evolutivo de un cerebro triple, cerebro TriUno, que enmarcado dentro del contexto del Bioanálisis, entendemos como los fundamentos estructurales de una Medicina del siglo XXI.¹²

UNA CONJETURA SOBRE LO CURATIVO

En un inicio el acto Sanador es consustancial a la materia viva, y ya desde las observaciones realizadas desde el dominio de la etología es posible observar como un organismo cuenta con recursos tanto curativos como autocurativos; condición está bastante evidente en los organismos humanos la que podría entenderse como axiomática. Pero estas dinámicas no son tan simple, pues en determinadas circunstancias deben

12.- Ver: Sandor Ferenczi y lo órfico: Una nueva tópic. Ps. Juan V Gallardo Cuneo.

recalcularse complejos eventos antagónicos: tales como perder un órgano para conservar la vida, reaccionar con una crisis de diarrea estando en un frente de batalla, un ataque de epilepsia en un abismo, incluso una hemorragia en un accidente, y así sucesivamente. De tal suerte, un organismo frente a un daño, lesión, noxa, perturbación o disfunción, debe realizar una serie de recalculamientos (reckoning)¹³ negociando entre los propósitos inconscientes y las intenciones conscientes voluntarias dirigidas hacia el mundo externo con el fin de establecer un terreno en el cual valorar la naturaleza, cualidad y característica del efecto de la acción de salud pertinente. En consecuencia, frente a determinadas circunstancias el organismo debe recalcular, si la mejor respuesta es la sanidad, lo psicossomático, lo asintomático o la enfermedad propiamente tal, y será desde esta consideración que se acerca tanto al acto de lo autocurativo y lo curativo como de lo accidental, lo punitivo o lo destructivo y/o autodestructivo.

En este sentido el acto curativo –lo que refiere a la participación de un agente externo en el mecanismo sanador- es uno solo: “otorgar exitosamente la facultad a un otro de proveerse salud”. Es decir consiste en crear las condiciones materiales: eléctricas, químicas, quirúrgicas, asistenciales físicas y/o verbales propendiente a que ese otro se genere los recalculamientos necesarios para sanarse”. En este sentido, dado que este acto es tanto una interacción como un acto “relacional”, ello conlleva un cierto índice de vulnerabilidad, lo que refiere a la acción de quedar a merced de otro que lo pueda afectar, ya sea ayudándolo a sanarse o que puede dañarlo; y por esto que es también un acto “valórico” y en consecuencia “espiritual” que refiere a la noción del “bien y del mal”, que son aspectos aun no profundizados por el conocimiento científico actual.

En consecuencia, como este acto curativo se manifiesta en el plano de la realidad es un tema aun irresuelto, y por lo general las explicaciones de lo curativo se han circunscrito al plano de lo fenoménico: erradicar el síntoma, eliminar lo que lo produce, evitar su aparición, extirpar el órgano donde aparece, donde hay dolor que no haya dolor, ... son parte de las evidencias empíricas de lo que se llama curación. Lo anterior no desmerece el sostenido desarrollado que la medicina ha tenido a través de los tiempos, tal como se aprecia en la disminución de las tasas de mortalidad general, el descenso de la mortalidad infantil, la desaparición de plagas endémicas, el desarrollo de sus disciplinas; odontología, obstetricia, cirugía y una lista de logros largo de enumerar, sino solo pretende acotar que en la praxis médica coexiste una serie de interrogantes a la hora de explicar sus fundamentos.

Además, como desde la lógica se entiende que una premisa falsa puede implicar algo verdadero, y considerando los conceptos de W. Bion de realización positiva y realización negativa¹⁴ es dable considerar que en relación a la realización positiva, en este caso la “curación-sanación”, queda aún mucho por determinar cuánto de ella corresponde a la intervención curativa denotada y cuanto a otras variables intervinientes; y en cuanto a la realización negativa, la que implicaría el ejercicio del acto de pensar como forma de distinguir entre las distintas praxis cual ha sido la acción pertinente en relación al éxito¹⁵ e interrogarse hasta donde un empirismo radical solo ha vinculado el logro a la intervención fenoménica más inmediata; por todo lo anterior es que no es un descriterio afirmar que a través de los tiempos muchas intervenciones supuestamente médicas han tenido bajo la forma de lo curativo la estructura de lo punitivo y del castigo. Es en este sentido que postulamos que el “discurso médico” aún dista mucho de distinguir dentro de su “relato” sobre cuánto es realidad y vínculo, y cuanto quimera e ilusión.

En definitiva, se puede afirmar sobre el discurso médico, que éste si bien aspira a construirse como un discurso denotativo alejándose de lo connotativo, en la práctica clínica éste aun no logra distinguir entre lo denotativo y lo pseudo-denotativo, ni ha atendido consistentemente a buscar los fundamentos racionales subyacentes a los discursos connotativos o analógicos, y en consecuencia no comprende la participación de los

13.- Ver Calculamiento (Rechnen) en: “Sandor Ferenczi: Reconsiderando la Intervención Activa”, Stanton, Martin. Colección Sandor Ferenczi. Editorial Biopsique.

14.- Realización positiva: el ejercicio de una praxis se acompaña de un éxito en su ejecución, en cuyo caso toda acción realizada que condujo a dicho éxito se instaura como pertinente a dicho éxito; Realización negativa: la frustración frente al éxito de un apraxis obliga al cerebro a discriminar entre las distintas acciones realizadas cual es la apropiada para alcanzar un logro, lo que implica el ejercicio del acto de pensar como forma de distinguir entre las distintas praxis, cual es la pertinente en relación al éxito.

15.- Ver Bion: “Aprendiendo de la experiencia”, Paidós Ibérica, 2003.

relacionales ni vinculares, y menos la dimensión órfica con sus mecanismos y dinámicas, -descalificándolos a priori- y en ese sentido, es que es posible afirmar que el conocimiento médico alcanzado, ya sea de un modo científico -denotativo- o simbólico –connotativo-, no logra diferenciarse de su par “antitético”: lo pseudodenotativo y sus “relatos o narrativas” y de lo aloconnotativo¹⁶ con su cuota de ilusionismo y magia.

No obstante ello no debería extrañarnos, puesto que en la adquisición de conocimientos nuevos, algo que puede ser continuo (por acumulación recurrente, sucesiva y progresiva de saber) o discreto (por saltos abruptos y radicales en la adquisición de información) es connatural que en ello desde su aparición se inaugure un “doble discurso”; dado que conocer es tanto identificar y describir cualidades, relaciones y propiedades de una “cosa”, ello conlleva la inevitable praxis que dicho saber sugiere, y en ese sentido, también es poder. En consecuencia se erige en torno a todo conocer, un doble estándar en el desarrollo del mismo: uno, que se consolida lentamente, sobre el cual se organizan cuerpos teóricos sólidos y estables, en modelos que van conformando “cosmovisiones” en la medida que aspiran a dar cuenta de las grandes interrogantes de lo humano y de la realidad; y otro, contemporáneo, propio del “aire de su tiempo”, coyuntural y transitorio que intenta ofrecer una alternativa a las necesidades específicas de la época en que surgen en el mejor de los casos y/o que se convierten en instrumentos de control y dominación en la mayoría de los otros.

La historia de la Medicina no es ajena a esta dinámica siendo por lo general las historias que conocemos construcciones propias del “aire de su tiempo” y generalmente sus “narraciones” llevan implícitas los dos aspectos anteriormente mencionados. Aspectos estos que en los últimos tiempos debido a la globalización del conocimiento e información han alcanzado ribetes insospechados de concentración de poder, control y dominación, con la inevitable contrarreacción que el exceso de estas concentraciones ha generado a través de la historia de la humanidad.

Desde un modelo bioanalítico y en base a la presencia de una “vox temporare” es posible levantar una serie de conjeturas a modo de invitación a la exploración de una nueva mirada sobre este tema:

- a) Todas las culturas han transitado por las mismas etapas en su descubrimiento de los fundamentos de la medicina, esto es, una historia de desarrollo común, con idénticas fases estructurales aunque diferentes manifestaciones dinámicas y expresiones verbales, expuestas a las mismas contingencias de sujeción hegemónica y abusos de poder
- b) Las diferencias fenoménicas, radican en énfasis coyunturales, ya sea en lo higiénico, lo profiláctico, lo curativo, lo quirúrgico, etc...
- c) Han existido diferencias en las “narrativas” sobre como que se ha conceptualizado la información: inicialmente discursos analógicos –especialmente bajo la forma de metáforas teológicas- que progresivamente van haciendo denotativo dicho conocimiento; pero todas ellas han aprehendido los mismos principios estructurales.
- d) La integración de las distintas informaciones provenientes de: diferentes escuelas médicas, de distintas culturas, en distintos momentos históricos, ha permitido fusionar conocimiento –algo no exento de conflicto- que han ampliado el saber médico.
- e) El conocimiento médico en términos de percentiles desde 0 a 100%, en la actualidad alcanza alrededor de un 18 % siendo el resto construcciones analógicas o definitivamente construcciones falsas.
- f) Sin la comprensión de los mecanismos órficos y las relaciones de las distintas unidades del Sistema Triuno, y su impacto en el mundo de la autocuración y la curación se dificulta conocer nuevos paradigmas médicos.
- g) La historia de la Medicina aún no se ha escrito. .

Finalmente, un ejercicio especulativo sobre una visión sinóptica del estado actual del conocimiento en Salud, nos permite diseñar una peculiar situación. Esto es, que si postulamos que el conocimiento real biomédico y psicomédico es una variable susceptible de ser estimada porcentualmente a partir de una

16.- Aloconnotativo, refiere a aquello que está más allá de lo que se puede potencialmente connotar, y en este sentido la función original que refiere a lo que no es posible de denotar específicamente, es puesta al servicio de otro propósito o sentido.

abstracción ideal de totalidad entendida como 100 %, y bosquejamos un continuo histórico del desarrollo de dicho conocimiento real –lo que Bion llama “hipótesis definitoria”- en grados porcentuales, nos encontramos con que hasta los inicios de las Grandes Civilizaciones, esto es partir del 5.000 a.C., el conocimiento médico no superaba el 2% del total, en tanto que a finales del 500 d.C, éste lo era del orden del 5 %, mil años después habría alcanzado un estimado del 10 %, para llegar a un 14 % aproximado a fines del Siglo XIX, alcanzado aproximadamente un 18 % durante el Siglo XX; la misma cadena de razonamiento nos sugeriría que el conocimiento de lo psicológico se encontraría alrededor de un 12 %. El mismo ejercicio nos sugiere que el hecho de que en cada tiempo mayoritariamente los humanos hayamos propendido a vivir los conocimientos de cada uno de esos momentos como si fuese el cien por ciento –o un porcentaje parecido 90 a 95%-, representa más bien un fenómeno psíquico consecuencia de la falta de la función *vox temporare* de la mente, que llamamos *pars pro toto*, bajo la cual la subjetividad individual hace de un saber parcial y relativo, totalidad y dogma instaurando la sensorialidad de la certeza propia de la omnipotencia del pensamiento y renunciando al principio de tolerancia de la incertidumbre, más propia del genuino acto de pensar.

MODELO MEDICO BIOLOGICISTA

Se denomina Modelo Médico Biologicista, a una aproximación clínica que presupone como punto de partida una división entre el cuerpo y el espíritu –en ausencia de una adecuada definición de ambos conceptos- que encontró en Descartes los fundamentos racionales o, más propiamente dicho, argumentativos en torno a la idea de una separación total entre el cuerpo y la mente, asignando el estudio del cuerpo -entendido a modo de una máquina- como objeto de la medicina, y el estudio de la mente a la religión y la filosofía.

Esta postura dualista derivada de un conjunto de presunciones, conjeturas y argumentos circunstanciales y –a la luz de los tiempos contemporáneos- bastantes erróneos, tuvo un gran impacto toda vez que junto con afirmar la existencia de dos órdenes esencialmente distintos: independientes, irreductibles y antagónicos, ofrecía una particular noción de caja negra -a la que luego por breve tiempo adheriría el conductismo clásico- permitiendo la exploración de relaciones causales –reales o falsas-, a la vez que reducía todo un conjunto de fenómenos a la noción de una causa y un efecto. De hecho, mientras Descartes aplicaban las nociones de la “mecánica clásica” a lo humano, convertía lo que era el *análisis* de este *ente, res* o “cosa” en dos dominios disjuntos, y enajenaba de paso toda *síntesis* posible de dos expresiones fenoménicas distintas de una misma unidad. En la actualidad la ilusoria controversia dualismo-monismo ha alcanzado ribetes insospechados: dualismo, dualismo cartesiano: espíritu (*res cogitans*) y materia (*res extensa*), dualismo integrativo, funcionalismos por un lado, y monismo materialistas o monismo espiritualista, monismo neutral, monismo anómalo e incluso el materialismo eliminativo, por otro.¹⁷

El Modelo Biomecánico, fundado en esta lógica dualista, durante años se fundó en una serie de premisas rara vez discutidas, a pesar de que su penumbra de asociaciones se encuentra vinculada a preconcepciones bastante cuestionables:

- a) Una noción de equivalencia entre todos los organismos de modo que estos funcionan dentro de un criterio de normalidad estadística y desviaciones estándar, por ejemplo: presión arterial 80-120, sobre ello hipertensión arterial, bajo ella hipotensión.
- b) Una visión clínico-patológica, que define la salud como ausencia de enfermedad y la enfermedad como presencia de signos y síntomas, por ejemplo: cáncer, Alzheimer, autismo, esquizofrenia, todo el espectro de las “itis”; miopía, presbicia y astigmatismo, etc...
- c) Una visión reduccionista, que considera procesos sistémicos y complejos al ajustamiento a los mecanismos estándares de componentes de un cierto nivel, como por ejemplo; la diabetes, reducida a variaciones bioquímica, el cáncer a procesos histológicos, o un sinfín de enfermedades a la genética, por citar algunos.

17.- Esta es una controversia basada en una ilusión de alternativa, tal como la discusión genérica sobre Materia y Espíritu, Naturaleza versus Cultura, o aquella de la sustitución de síntoma versus la no sustitución de síntomas, y muchas otras que intentan reducir manifestaciones complejas a una expresión binaria (SI-No o 0-1).

- d) Una visión mecanicista, que entiende los organismos vivientes como máquinas constituidas por diferentes partes, y la enfermedad como consecuencia de fallas y/o avería de dicha máquina, y a la cura como resultado de extraer, reemplazar, reconectar componentes de las distintas piezas del objeto.
- e) Una visión curativa de ausencia de síntomas, sin considerar las implicancias dinámicas ni procesales temporales. “Donde haya síntoma que no haya síntoma”
- f) Una noción de lo objetivo, reducida a la conjunción constante de datos observables espaciales, o lo que sería lo mismo a la materia biológica perceptible (sensorialmente o por instrumentos), excluidas de las representaciones humanas psíquicas que remitiría a un orden distinto.
- g) Un lenguaje ecológico, que define las mismas expresiones en una jerga difícil como por ejemplo: blefaritis por inflamación del párpado, cardiomegalia por agrandamiento del corazón, hepatitis por inflamación del hígado y así sucesivamente.
- h) Una visión empírica, la que mediante ensayo-error funda integraciones contextuales de resultados clínicos con datos de laboratorio y descubrimientos de anatomía patológica, en muchos casos de un modo arbitrario y desatendiendo otras variables intervinientes de mayor injerencia en el proceso mórbido.
- i) Una visión fragmentaria, que divide el cuerpo en sistemas y órganos segmentando el funcionamiento en unidades atomizadas.

La enunciación anterior no desmerece el conocimiento obtenido bajo este conjunto de premisas, tal como lo demuestra la praxis histórica que subyace al ejercicio de la biomedicina; ni cuestiona los innumerables avances en el conocimiento y desarrollos tecnológicos vinculados a la salud. Sin embargo, ella si cuestiona el marco epistemológico en que se ha sustentado este conocimiento y refleja la necesidad de una revisión epistemológica más exhaustiva a la vez de contextualizar las bases que el modelo biomédico propone y sostiene.

En la actualidad el modelo biomédico ha transitado hacia una cierta fundamentación monista de materialismo eliminativo, que sostiene que: “si toda la realidad es materia que se comporta según las leyes de la física y el cerebro un órgano más, la conciencia sería un epifenómeno de la función cerebral, y en consecuencia irrelevante como objeto de estudio”.

Como consecuencia natural de esta aproximación clínica, en la medida que la tarea del médico es la reparación de una maquina, esto se ha reducido a una aproximación funcional de primer orden: “donde hay dolor que no duela; donde haya síntomas, que no haya síntoma”, la que sostenida por los laboratorios farmacológicos ha dado forma a un enfoque sintomatológico que no atiende a la causa básica de la enfermedad, que enmascara los síntomas de la enfermedad con fármacos, que conlleva un grado no menor de iatrogenia, y que ha limitado el conocimiento de ciertos mecanismos más complejos del suceder de la Salud.

Aunque en la actualidad aparecen voces disidentes ya sea bajo la forma de un modelo biopsicosocial, modelos psicosomáticos, modelos sistémicos y modelos cibernéticos, estas aproximaciones no logran cuestionar las bases misma del modelo, sino más bien aspiran a coexistir como aproximaciones complementarias. En este contexto el Modelo Bioanalítico, surge como una concepción radicalmente distinta frente al escenario actual, y desde este enfoque se entiende que estas controversias imperantes en la epistemología contemporáneas son entendidas como el resultado de ciertas ilusiones de alternativas, que el pensamiento tetralógico y la *vox temporare* abordan desde una aproximación distinta. Una perspectiva bioanalíticas –no exenta de cierto emergentismo¹⁸- propone una aproximación que redefine dichas interrogantes, e intentan alcanzar respuestas conjeturales que incluyen la tolerancia al determinismo temporal del conocimiento; la distinción entre hipótesis definitoria, conjetural, creencia e ilusión; el desarrollo de líneas paralelas conjeturales y un concepto de “absoluto” como principio rector alcanzable en distintos grados según el conocimiento del tiempo específico en que se busca.

18.- Emergentismo: Refiere a aquellas propiedades o procesos de un sistema no reducibles a las propiedades o procesos de sus partes constituyentes: por ejemplo si bien lo mental surge, emerge, y depende de los procesos fisico-biológicos, sus propiedades son cualitativamente diferentes: Monismo materialista de Karl Popper; Naturalismo biológico de Mario Bunge; Estructurismo de Pedro Laín Entralgo.

MODELO BIOANALÍTICO O BIOANÁLISIS

En base a una metodología “utraquística”¹⁹, aplicada a la integración de lo psico-físico, y de lo psico-social, Sandor Ferenczi generó un saber que irrumpe como la vía regia hacia una comprensión holística de la conducta humana, saber que refiere a la búsqueda de identidades funcionales o simbólicas entre distintos planos de la realidad y que lo condujo a sistematizar algunos principios generales bajo ciertas propuestas teórico-prácticas que llamó Modelo Bioanalítico o Bioanálisis²⁰, y que en la actualidad lo reunificamos con el pensamiento tetralógico y la *vox temporare*.

Aplicando estos principios a la noción de “Cuerpo” y a la de “Patógeno”, considerando tanto la Salud y sus rangos de variabilidad como la Enfermedad con sus múltiples matices de manifestaciones, desde una aproximación tetralógica, consideramos el par antitético Salud-Enfermedad, a la vez que el par Síntoma-Asíntoma (dos pares dialecticos epistemológicamente bastante mal tratados) y los definimos de la siguiente manera:

El concepto CUERPO (uso coloquial de Organismo), refiere a la materia orgánica de los organismos vivos constituida por su unicidad genérica e idiosincrática, con sus diferentes órganos y sistemas anatómicos-fisiológicos, y su organización singular macro y microcósmico, y cuya potencialidad de funcionamiento deriva de ciertos patrones de operatividad filogenéticos y ontogenéticos: mecanismos autopoiéticos, respuestas reflejas, mecanismos autorreguladores, ciclos circadianos, etc..., organizados en torno a funciones de incorporación, asimilación, acomodación, procesamiento y excreción, y que para estos efectos cuenta con mecanismos de selección, discriminación, recalculamiento, defensa y expulsión a dinámica carga-tensión-descarga-relajación²¹ organizada en torno a un principio de homeostasis.

El concepto PATÓGENOS (relacionado a la noción de Noxa) se refiere a que el Cuerpo con relación a su entorno, requiere para la manutención de sus funciones incorporar elementos ajenos a él, y que estos pueden tener la propiedad de nutrientes, elementos neutros, y patógenos; entendiéndose por estos últimos a aquellos “... elementos y medios que originan y desarrollan las enfermedades”, (ej.: virus, bacilos, bacterias, radiaciones, etc...) y a los que es susceptibles de asignarles valores según su ausencia (no existen agentes patógenos en cantidad y cualidad suficiente para afectar al Cuerpo) o presencia (existe una cantidad y cualidad de agentes patógenos suficientes para afectar al Cuerpo).

El modelo Bioanalítico a partir de esta comprensión del Cuerpo y los Patógenos aborda el tema de la SALUD, entendida como el dominio de los estados en que se encuentra un Cuerpo; estados que transitan entre lo “SANO” y que denotan el “estado de la materia orgánica de mantenimiento y conservación de su morfología, funciones y estructura en condiciones propias de su desarrollo etario”, y lo “MORBIDO”, en tanto “estado de la materia orgánica que padece enfermedad o la ocasiona”.

En consecuencia, el pensamiento tetralógico, con relación a los conceptos previamente definidos permite distinguir al menos cuatro dominios clínicos fenomenológicos que inauguran un Modelo Psicobiológico en Medicina, y permiten elaborar algunas líneas de trabajo novedosas para obtener una nueva comprensión de la presencia y/ o ausencia de signos, síntomas, afecciones, síndromes y enfermedades, tanto somáticas como psicológicas. Comprensión que necesariamente debe complementarse con una aproximación que rescatando los innumerables aportes del modelo biomecánico, contenga los excesos reduccionistas de esta última y amplíe el horizonte investigativo del objeto de estudio en cuestión:

- a) Un Cuerpo SANO con ausencia de patógenos, que denominamos SALUD.
- b) Un Cuerpo SANO con presencia de patógenos, que denominamos ENFERMEDAD.
- c) Un Cuerpo MORBIDO con ausencia de Patógenos, que llamamos PSICOSOMÁTICO.
- d) Un Cuerpo MORBIDO con presencia de Patógenos, que llamamos ASINTOMÁTICO.

19.- Utraquismo: modelo de pensamiento que se basa en la alternancia entre métodos de conocimiento objetivos y subjetivos, y que postula como método válido, el buscar analogías en terrenos científicos distintos, con la finalidad de “desmembrar la significación de un proceso” (Ferenczi, 1924e p. 305).

20.- Ver: Sandor Ferenczi y la Psicoterapia Bioanalítica. Ps Juan V Gallardo C, en: Sección Escritos Bioanalíticos <http://www.indepsi.cl/ferenczi/bioanalisis/escrito1.htm>.

21.- Ver: W. Reich. “La función del orgasmo”.

Así pues, dado que todo devenir somático, está aconteciendo dentro de un movimiento continuo en torno a estas cuatro áreas, la consideración de ellas es fundamental para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los estados mórbidos, así como para la comprensión del funcionamiento corporal de un paciente.

Adicionalmente, se debe tener presente que todo diagnóstico clínico, surge a partir del desarrollo de una determinada Sintomatología o estudio del conjunto de síntomas y signos que caracterizan un proceso patológico. En dicha combinación de SIGNOS y SINTOMAS, (etimológicamente señal o indicios) los Signos refieren a índices observables por los sentidos: visión, palpación, auscultación, etc... del suceder del Soma, y en este sentido, son datos objetivos; en tanto que el Síntoma, refiere a una sensación o cambio en el estado subjetivo de salud de la persona que es comunicada a un observador, esto es una señal que sugiere un proceso que está ocurriendo, ej.: náusea, mareos, dolor, cólicos, etc...; ambos indicadores son registros que un clínico considera para realizar un diagnóstico.

Adicionalmente, debemos considerar que:

... un SIGNO, corresponde a una manifestación física (espasmo, sonido seco, dureza, quemadura, sangramiento, flujos, etc...), y por extensión a registros de reacciones eléctricas y/o químicas objetivas: fiebre, ictericia, inflamaciones, etc., que se conocen al realizar la exploración clínica de un paciente, y en consecuencia debe considerarse que un signo es “un acontecer somático asociado a una presencia anómala y/o un acontecer somático disfuncional: hipo o hiperactivo”. En este sentido el Signo es un dato clínico sujeto a diversas consideraciones: de relevancia relativa, de dato accidental, de dato accesorio, de dato asociado, de dato patognomónico, de dato puro, etc..., y en consecuencia debe ser considerado en su relación con otros datos clínicos.

... Un SINTOMA, es algo que refiere a la expresión verbal del paciente sobre su acontecer psicofísico: anhedonia, somnolencia, cefalea, fatiga y otros, y en este sentido pertenece a la subjetividad del mismo, y a la vez a la fenomenológica del clínico, lo que funda una intersubjetividad rica en atribuciones y significaciones orientado potencialmente tanto al acto de curación-sanación como de otros esquemas relacionales.

Concomitantemente debemos considerar que estos datos clínicos: signos y síntomas, o dicho de otra forma: esas expresiones externas o subjetivas del acontecer de lo somático, por lo general corresponden a dos fuentes posibles: a) ya sean malformaciones somáticas genéticas y/o congénitas: labio leporino, Down, Turner, acromegalia, varo equino, acondroplasia, etc...; ya a la expresión de daños, destrucción y/o irregularidades de lo somático: amputación, quemaduras, cortes, sangramiento, fracturas, desgarros, y en general lesiones o heridas, y b) a manifestaciones del funcionamiento del sistema nervioso autónomo o neurovegetativo (SNA) normal -lo que equivale a decir a la presencia de mecanismos de defensa de un organismo que está realizando su función regular de expulsar, degradar, eliminar, aislar aquello potencialmente nocivo a través de operaciones específicas: fiebre, vómito, diarreas, tos, temblores, convulsiones, y otros-; a intensas interacciones dinámicas del SNA con determinados patógenos – incluido los fármacos- con el propósito de neutralizar su potencial dañino, ahí donde el producto final de dicha interacción se aprecia extremadamente crítico, y/o a la presencia de grados de disautonomía que refieren al grupo de trastornos provocados por un mal funcionamiento del sistema nervioso autónomo: taquicardia, bradiquardia, laxitud ligamentosa, hiperhidrosis, convulsiones, migrañas, úlceras y otros.

De un modo u otro, debe consignarse que el clínico infiere –debiera inferir, en rigor- a partir de estos datos clínicos o indicadores: signos y síntomas; la presencia o ausencia de anomalías o enfermedades a partir de la consideración de la naturaleza y dinámica de estas interacciones, de los agentes participantes, de los posibles orígenes y la eventual evolución mórbida del proceso, y finalmente de la cualidad de funcionamiento normal, hipoactivo o hiperactivo de los mecanismos de defensas autonómicos.

Es en este sentido que debe considerarse que el “... síntoma ... no es la enfermedad”, sino que por el contrario, los síntomas:

- a) En un gran porcentaje son reacciones autonómicas de naturaleza inmunológica o defensiva que intentan lidiar o dar cuenta del patógeno.
- b) En ciertos casos de patógenos extremadamente intrusivos, destructivos o masivos, dichas reacciones pueden alcanzar niveles críticos de responsividad: fiebre críticas, espasmos severos, convulsiones, etc...

- c) Eventualmente, las reacciones pueden responder a otras razones, alterando su función original debido a aprendizajes defectuosos, manejo ambiental, lesiones estructurales, variables genéticas, etc...
- d) Un gran espectro de supuestos síndromes o enfermedades son reacciones disautónomas asociadas a supuestos agentes etiológicos o patogénicos: alergias, mialgias, psoriasis, etc...
- e) Los síntomas y signos solo son en determinadas circunstancias indicios de la posible existencia de una enfermedad

Desde un pensamiento tetralógico se derivan una serie de consideraciones a la hora de atender a la naturaleza y función tanto de los Signos como de los Síntomas, que si ser taxativas refieren a:

Fenoménicamente los Cuerpos SANOS y los Cuerpos ASINTOMATICOS, aparecen como idénticos.

Los Cuerpos ASINTOMATICOS, reflejan mayor orgullo por su supuesta “sanidad” que los Cuerpos Sanos, y son extremadamente refractarios a las consultas clínicas.

Los Cuerpos ASINTOMATICOS, presentan sistemáticamente como datos biográficos conductas de “voluntad contraria” en la línea de los esfuerzos por controlar la aparición del síntoma: ideaciones irracionales de control, desatención a la sintomatología, negación del síntoma, etc...

Los Cuerpos ASINTOMATICOS transitan hacia Cuerpos PSICOMATICOS, apareciendo manifestaciones clínicas en relación directa al órgano involucrado, a la función específica perturbada, y al tiempo de funcionamiento asintomático.

Los Cuerpos ASINTOMATICOS, no solo aparecen fenomenológicamente sanos, sino que además son extremadamente regulares en sus ritmos circadianos: alimentación, sueño, excreción, menstruación, etc...

El capítulo de los tratamientos Sintomáticos, se conjuga complejamente con las temáticas de la SALUD y de lo ASINTOMATICO.

Los Cuerpos PSICOSOMATICOS, reflejan en su disfunción el sistema u órgano afectado, (neurosis de órgano) y su relación con componentes emocionales y mentales: asma-llanto; ulcera-rabia; algias pélvicas-placer; lupus-identidad, etc...

A mayor funcionamiento ASINTOMATICO, más severa la irrupción PSICOSOMATICA.

El transito del Cuerpo PSICOSOMATICO, hacia el Cuerpo SANO o el Cuerpo ENFERMO, dependerá de la existencia o no de colonias patógenas, lesiones estructurales de órganos sucedidas durante el periodo asintomático (retracción, estrangulamientos, debilidades, perforaciones, etc...), y al compromiso de otros sistemas asociados a su funcionamiento.

SÍNTOMAS DE CRONIFICACIÓN Y SÍNTOMAS DE RETORNO

Dentro del Modelo Psicomédico que llamamos Bioanálisis, articulado en torno a la formula del Cerebro TriUno -modelo de lo psíquico fundado en la consideración de un nuevo estrato de la mente y un nuevo dispositivo mental: el cerebro “órfico”²²-; que postula un continuo dinámico entre las categorías de Normalidad-Anormalidad –en vez de categorías discretas, separadas e independientes las unas de las otras-, surge un aspecto bastante desconocido de la Salud Humana, y que conforma el tema central del presente artículo. Ello refiere a distinguir dos grandes categorías con respecto a los signos y síntomas: los Síntomas de Cronificación y los Síntomas de Retorno.

En este sentido, entendiendo que la dicotomía lógica Salud-Enfermedad no ha hecho sino crear una ilusión de alternativa ahí donde una visión tetralógica plantea cuatro categorías, a saber: Cuadros Asintomáticos, Cuadros Psicósomáticos, Cuadros Clínicos (Enfermedad) y Salud²³, esta visión considera además no solo movimientos dinámicos entre ellas sino también progresivos-regresivos; y al mismo tiempo contextualiza al dolor no como una enfermedad sino como un síntoma clínico que refiere a un proceso patológico del cual

22.- Ver: Sandor Ferenczi y lo Orfico: Una nueva Tópica. Ps. Juan V Gallardo Cuneo.

23.- Ver Nº 5. Ventana Bioanalítica Nº 1. Cuerpo y Patógenos en: Recursos terapéuticos. Sitio web Indepsi <http://www.indepsi.cl/indepsi/Servicios%20Indepsi/recursos-5.htm>.

el dolor sería la primera respuesta natural de defensa del organismo frente a dicha noxa o patógeno, y en ese sentido algo funcional. (que solo posteriormente se convertiría en algo instrumental o transferencial)

La tesis que formulamos aquí, es que tal como un determinado cuadro clínico en tanto proceso mórbido pasa por distintas etapas en su **Cronificación**, ya sea en virtud del compromiso de órganos o de sistemas (nervioso, digestivo, sanguíneo, inmunológico, etc...), ya de los distintos mecanismos defensivos con los cuales el organismo intenta lidiar con el patógeno (expulsivos, metabolizadoras, neutralizadores, degradadores, etc...), ya del impacto de los mecanismos exógenos de intervención (farmacología, cirugía, terapéutica, etc...) el mismo cuadro clínico en tanto **Proceso de Sanación** debe recorrer las mismas etapas en sentido inverso. En este sentido aplicamos la formulación de W. Reich quien postuló que el paciente debía regresar por las mismas etapas que recorrió en su transitar hacia lo patológico, y asignó un especial sentido a los conceptos de normalidad, fobia (ansiedad) y contrafobia (control de la ansiedad), para trazar una noción de dicho retorno.

En este sentido, se concibe el Cuerpo como una entidad dinámica que en sus inicios responde a la interacción con el Medio (Cuerpo Sano) identificando la presencia o ausencia de patógenos, y defendiéndose -utilizando el Sistema Inmunológico de la madre, obtenido a través de la leche materna - con sus primeros recursos inmuno-protectores. Cuando estas reacciones defensivas son inoperantes, esto es, no cumplen los objetivos de evitación, expulsión, protección y/o comunicación, propios de las reacciones de: vómito, diarrea, fiebre, temblores, dolor, etc..., se inhiben los mecanismos activadores. Si dichas reacciones resultan funcionales, el Cuerpo las conserva, diferencia y eventualmente las simboliza; en caso contrario, al no ser consideradas por el entorno (desatención de cuidadores, tratamiento sintomático, voluntad contraria, etc...), estas pierden su potencial defensivo, hasta anularse, instaurándose la condición alexitímica. La presencia sostenida de los patógenos, en ausencia o disminución de las reacciones defensivas produce una perturbación de órgano (fase Psicósomática), reflejándose en una perturbación del proceso somático Carga-Tensión-Descarga-Relajación (Reich, W). Si continúa la desatención, estas se anulan y el organismo “congela” la reacción defensiva supliendo esta falta con un “discurso” o representación mental; para Ferenczi surge el Teratoma²⁴. Se instaura la condición de Pensamiento Operatorio.

Usaré a modo de ejemplo el “**Mito de la Travesía Cordillerana**” para intentar graficar la función de determinadas sintomatologías durante un desarrollo psico-biológico, atendiendo a las fases explicativas descritas del proceso dinámico regresivo y progresivo, dejado para otro momento el considerar la importancia del contexto en que ellas ocurren así como el momento histórico-existencial del paciente en quien suceden determinados síntomas; aspectos todos fundamentales para un adecuado diagnóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento.

MITO: Cuando los exploradores se internaban en lugares fríos, como por ejemplo cuando intentaban atravesar una cordillera, a medida que descendía la temperatura los pies se les empezaban a enfriar y ellos tiritaban de frío empezando a aparecer la “piel de gallina” y erizándose el vello corporal, en un intento de crear una capa aislante de aire en todo el cuerpo, luego empezaban a sentir escalofríos, -primero leves y luego cada vez mas fuertes-; ellos se frotaban a sí mismos o unos contra otros, y empezaban a ser cada vez más incapaces de realizar tareas complejas con las manos, pues ellas se entumecían. La respiración se volvía rápida y superficial. (Etapa 1).

Posteriormente, empezaban a experimentar una intensa sensación cálida -como si se hubieran recuperado- pero ello rápidamente transitaba hacia una sensación de quemazón, con cierta descoordinación muscular (no eran capaces de tocar su pulgar con su dedo meñique), y aparecían signos de taquicardia y taquipnea. (Etapa 2).

24.- Teratoma: Tumoración encapsulada que contiene tejidos que se relacionan con las capas germinales del desarrollo gestacional. Ferenczi ocupa esta denominación en 1930 en su trabajo “Principio de relajación y neocatarsis” donde analiza las implicancias críticas de sus propuestas técnicas para la relación terapéutica.

A medida que continuaban caminando por la nieve, la sensación de calor desaparecía y aparecían sensaciones de millares de pinchazos -especialmente en los pies- como si se clavasen cristales; los escalofríos se volvían más violentos, los movimientos más lentos y dificultosos, acompañado de un ritmo irregular y leve confusión, a pesar de que parecían más alerta. Luego se tornaban blancos y pálidos, y los dedos de las manos y pies iban tomando una tonalidad azulada. (Etapa 3).

Después, junto con la desaparición de las sensaciones de agujetas y pinchazos, por lo general también desaparecía la presencia de escalofríos. Comenzaban a sentir un profundo dolor en los huesos, junto con una manifiesta dificultad para hablar, lentitud de pensamiento, y amnesia, acompañada de cierta incapacidad para utilizar las manos y piernas, para finalmente alcanzar un estado de anestesia y dejar de sentir los pies y piernas. La piel expuesta se volvía azul, luego negra y se endurece, y aparecen grandes ampollas, la coordinación muscular se tornaba muy pobre, y caminar se convertía en algo casi imposible, y algunos empezaban a morir, mientras que en otros aparecían fenómenos psíquicos órficos, que se manifiestan externamente en conductas incoherentes o irracionales, en automatismos somáticos y psíquicos, o en energetizaciones idiopáticas o manifiesto estupor,...luego sobrevénia inevitablemente, la muerte. (Etapa 4)

Si circunstancialmente, los exploradores encontraban refugio, llegaban a una posada o a una aldea, estos habían logrado sobrevivir..., pero dadas las condiciones en que estaban no podían sacarse las botas, pues corrían peligro de quebrarse los dedos de los pies que estaban congelados, ni podían hundir sus extremidades en agua caliente para generarse calor. Ellos debían gradualmente cubrirse y/o entibiarse y empezar a generarse calor en las distintas partes del cuerpo, lo primero que sucedía era entonces que empezaba a sentir un profundo dolor en los huesos, a medida que la piel iba pasando de un color azulado a uno blanquecino, y aparecían temblores y recogimientos (Etapa 4); posteriormente y a medida que aumentaba la temperatura corporal, empezaban a sentir nuevamente los pinchazos y escalofríos, acompañados de movimientos torpes y descoordinados, con una respiración desacompañada y taquicardia (Etapa 3), para luego dar paso a sensaciones masivas y generalizadas de calor y de descoordinación que afectan a la motricidad fina (Etapa 2), para finalmente empezar a temblar a medida que la piel empezaba a recuperar su calor y temperatura natural, (Etapa 1)

En este Mito, a la primera secuencia de síntoma (Etapa 1 -2- 3- 4-) las llamamos **Síntomas de Cronificación**, y ellas reflejan una secuencia específica de procesos neuroanatomofisiológicos a medida que el organismo comienza a realizar esfuerzos por mantener una temperatura interna constante de 37°, y frente al descenso de un 1-2 °C (1,8-3,6 °F) grados dentro del organismo por debajo de la temperatura normal (36 °C o 96,8 °F); luego del descenso de 2-4 °C (3,6-7,2 °F), con un mayor compromiso muscular y de los vasos sanguíneos -que se contraen en la periferia activando masivamente los receptores sensoriales periféricos y focalizándose el resto de sus recursos en mantener los órganos vitales calientes; hasta la fase poiquilotérmica, cuando la temperatura del cuerpo desciende por debajo de 33 °C y 35 °C (91,4 °F y 95 °F) y, finalmente por debajo de 30 °C (86,0 °F).

A la segunda secuencia de síntomas (Etapa 4 -3 -2- 1) las llamamos **Síntomas de Retorno**, en la cual a medida que el organismo inicia su proceso de recuperación los distintos sistemas y órganos van paulatinamente recuperando su capacidad funcional, y en donde:

- a) los síntomas de retorno siguen los mismos pasos inversos que los síntomas de cronificación.
- b) cada síntoma retorna según la cualidad de su función dinámica (hipo y luego híper función) y en donde el síntoma es reflejo de cada una de las variadas funciones propias de cada etapa de los mecanismos de auto regulación, tal como en el primer proceso lo fue de operatividad frente a un evento exógeno patógeno.
- c) cada etapa deber ser tratada -metabolizada- de acuerdo a la función que intentó cumplir, y a la imposibilidad de haber logrado su función original, agotándose como recurso en dicho nivel, antes de pasar a la etapa precedente.

Hemos elegido expresamente la sintomatología de la Hipotermia, cuando podríamos haber tomado la de la Anorexia, la de las Adicciones, la del Déficit de Atención con Hiperactividad, TDAH; la de la Peritonitis, la de la Angina de pecho, la del Abuso sexual, la del Cáncer en sus distintos subtipos, y muchas otras, porque adicionalmente este ejemplo reproduce la sintomatología de la Depresión Anaclítica, de las persona abandonadas infantilmente y de los procesos autonómicos de temperaturas, flujos sanguíneos, y tensiones musculares profundas, especialmente en el inicio de los síntomas de Retorno hacia la sanación psicológica²⁵.

IMPLICANCIAS Y CONSIDERACIONES

La propuesta central del presente artículo es la necesidad de considerar la naturaleza Regresiva o Progresiva de un síntoma, síndrome o supuesta enfermedad, toda vez que ello implica dos tipos de intervenciones radicalmente distintas.

- a) En el primer caso, una intervención reforzadora o complementaria a la de los mecanismos autonómicos naturales, en pos de erradicar los agentes patógenos bióticos o abióticos: virus, bacterias, hongos, y/o estrés ambiental, deficiencia nutricional, toxicidad, iatrogenia, entre muchos otros... atendiendo no solo a los síntomas sino a los elementos patogénicos subyacentes.
- b) En el segundo caso, la atención al mecanismo disfuncional subyacente con miras: a regular su función original; a metabolizar las experiencias acontecidas durante la fase crónica; a facilitar el acceso de la fase precedente en la cadena sintomatológica, y a generar aprendizaje a partir de la experiencia.

Simultáneamente, existen varias áreas de atención que debieran ser consideradas en relación al presente tema: una que refiere a los operadores de salud: clínicos, profesionales del área, curadores y sanadores en general, quienes deben ser educados en esta distinción; otra que refiere a los propios pacientes, acostumbrados a reaccionar frente a cada síntoma como si todos fueran síntomas de cronificación, y en consecuencia, están muy vulnerables a intervenciones solo del tipo regresivas; otras que afectan al mercado de la Salud, que ve en la concepción cronificadora, un medio de enriquecimiento sostenido, y finalmente la gran área que afecta a los estamentos gubernamentales, organizacionales, educacionales, etc..., que demanda la profundización de las implicancias que subyacen a estos dos órdenes psicobiológicos

En lo inmediato, formulo algunas observaciones y comentarios preliminares que sirven para introducir la reflexión sobre los alcances de la distinción entre Síntomas de Cronificación y de Retorno:

- a) La distinción SC y SR debe realizarse dentro de la trilogía Espacio-Tiempo-Propósito, pues Espacialmente ambas se presentan fenoménicamente igual (solo con diferencias de contextos: para el primero: contexto crítico, para el segundo: contexto bonhómico), aunque Temporalmente lo primero deviene de procesos tanáticos-teratómicos, mientras que lo segundo de procesos maduracionales, eróticos o sanadores; y finalmente del Propósito, en tanto éste esté regulado por impulsos de muerte o impulsos de vida.
- b) La relación del paciente con la Sintomatología de Cronificación (con la propia y la de los seres queridos) suele ser por lo general; de atención, preocupación y cuidado de un modo consistente tanto espacial como temporalmente, atendándose a la eliminación sintomática, inicialmente pero también orientado a la prevención de recaídas, a la atención de los procesos subyacentes, a la erradicación de los aspectos originadores, y todo este repertorio además genera aprendizaje.
- c) La relación del paciente con la Sintomatología de Retorno, (especialmente con la propia) suele ser más “despreocupada” atendándose más a la eliminación sintomática, que a la atención al proceso subyacente, -una especie de “bella indiferencia”- con énfasis en la sobre-reacción a la presencia del síntoma como enfermedad y con una marcada orientación a la erradicación del síntoma. Se observa alta memoria retentiva de los aspectos inmediatos del cuadro (nombre del diagnóstico, explicación

25.- Ver “Frío, enfermedad y nacimiento” de Ernest Jones, y las referencias ferenczianas a procesos psicoterapéuticos de “Regresiones benignas” y el rol de las sensaciones de fríos, especialmente nocturnos.

- pato-dinámica, casuística relacionada) y pérdida de capacidad relacional y crítica de lo enunciado.
- d) El tratamiento sintomático del Síntoma de Retorno -como si fuese Síntoma de Cronificación-, funciona como “castigo” deteniendo temporalmente el proceso de sanación. Por ejemplo: un electroshock en un paciente que está transitando desde etapas autísticas a hebefrénica o paranoides; inyectar Botox a un paciente con *clonus*, durante la aparición involuntaria de contracciones –reflejas- musculares repetitivas y rítmicas al estirarse ciertos grupos musculares; o el reto a un niño tartamudo cuando empieza a hablar de corrido diciendo “garabatos”.
 - e) Los Síntomas de Retorno, generalmente ocurren en circunstancias en las que se presentan mejoras en las áreas de funcionamiento del paciente (Trabajo, Familiar, Pareja, Social, Corporal y Mental) y en consecuencia contextos más “sanos” que lo anterior; en tanto que los de Síntomas de Cronificación, se producen en condiciones de mayor deterioro del funcionamiento de dichas áreas o del contexto existencial general.
 - f) El tránsito de la fase de Organismos Asintomáticos a la fase de organismos Psicósomáticos, ocurre siguiendo una rigurosa secuencia idiosincrática del orden de aparición de los síntomas psicósomáticos de retorno.
 - g) La naturaleza de los síntomas de retorno dependerá de las distintas etapas recorridas durante los procesos de Cronificación, mas o menos identificables a partir de las diferentes categorías nosológicas predominantes, con énfasis en lo psicósomático, lo cognitivo, lo afectivo, lo impulsivo, etc....

Mención aparte merecen como regla general en el modelo bioanalítico, los síntomas psicológicos de orden órficos, tales como la Despersonalización²⁶ y la Desrealización²⁷, cuando de Síntomas de Retorno se trata, pues con experimentarse con la misma cualidad sensorial de ocurrencia que tuvieron durante el proceso original de Cronificación, también se experimenta la angustia asociada a ello.

CONCLUSIONES

La distinción Síntomas de Cronificación y Signos de Retorno ha existido desde siempre, el mismo paciente desde una vertiente más subjetiva: acepta, rechaza o condiciona las directrices de los tratantes, tanto como se somete irreflexivamente, deriva su responsabilidad, o instrumentaliza para otros fines las intervenciones clínicas, reflejando con ello sus personales reacciones frente a una constelación semiológica particular y frente al juicio clínico del especialista. El presente trabajo ha pretendido representar como el Modelo Bioanalítico, a partir de los conceptos sobre el cual se construye: un pensamiento tetralógico, el uso de lo *vox temporare*, el *utraquismo* y otras herramientas cognoscitivas, permite construir un conjunto de nuevos conocimientos -concepciones bioanalíticas- las que posiblemente serán el fundamento de una medicina y terapéutica del siglo XXI. -en oposición a un modelo biomédico mecanicista, fenoménico y uniformante- que declino su “*furor curandis*” frente a la masificación y farmacologización de la cura, desatendiendo su rol original de curador.

La propuesta es solo una de innumerables capítulos desconocidos del Bioanálisis, y somos conscientes que ella abre un punto de controversia que deberá transitar por las mismas vías de las concepciones rupturista: ser atacadas, ser aisladas, ser absorbida por el *establishment* perdiendo su poder heurístico; tal y cual ocurrió tiempo atrás cuando, si bien más asistemáticamente -desde el Bioanálisis, que es decir a partir de las concepciones ferenczianas y también desde la Psicósomática que es decir desde las concepciones groddeckianas- surgió la proposición de que existían procesos mórbidos sintomáticos y asintomáticos, y que en consecuencia el cuerpo podría enfermar y no hacer síntomas, en tanto el Ello decide generar o no determinado síntoma: “El Ello decide con toda autonomía cuál es la enfermedad que va a provocar, y no se deja guiar por nuestros nombres”²⁸. La descalificación, luego la negación finalmente la neutralización de sus autores fue a la par con el rechazo y la ridiculización de que se postulara que ciertos procesos patológicos

26.- La Despersonalización es un mecanismo órfico caracterizado por la percepción del Yo o del cuerpo, con carácter de “ajenidad” o “separado” del “self” -sí mismo-, como si uno fuese un observador de ello.

27.- La Desrealización es otro mecanismo órfico caracterizado por la alteración de la percepción o experiencia de los objetos, en la cual estos se perciben como si no fueran reales, como entidades “mecánicas” o separadas de la sensación de familiaridad o materialidad.

28.- Groddeck, G El libro del ello, Capitulo N° 15 Carta 15.

transcurrían sin signos y síntomas fenoméricamente evidentes, y vino precisamente de quienes en la actualidad han hecho de esta premisa parte natural del lenguaje médico biomecánico actual, subordinando dicha proposición a la lógica mecanicista en que se funda dicho modelo.

Consciente de que esta condición se mantendrá, solo queda perseverar en trabajar por una sistematización rigurosa, concienzuda y sistemática del Bioanálisis, y de la riqueza conjetural que de ello se deriva; profundizar en la revisión epistemológica que la Ciencia de la Salud Humana aun demanda, e invitar a una revisión de la Historia de la Medicina a lo largo del tiempo y a lo extenso del planeta, que considere desde una *vox temporare*, las variadas circunstancias e hitos a través de la cual ella se ha ido construyendo.

BIBLIOGRAFÍA

- Bion, W. R. (1962a) A theory of thinking, International Journal of Psycho-Analysis, vol.43: Reprinted in Second Thoughts (1967).
- _____ (1962b) Learning from Experience London: William Heinemann. Aprendiendo de la experiencia. Barcelona: Paidós Ibérica.2003.
- _____ (1963) Elements of Psycho-Analysis, London: William Heinemann. Elementos de psicoanálisis. Buenos Aires: Hormé-Paidós.1988.
- _____ (1965) Transformations. London: William Heinemann. Transformaciones. Valencia: Promolibro. 2001.
- _____ (1967a) Second Thoughts, London: William Heinemann.
- _____ (1970) Attention and Interpretation. London: Tavistock Publications. Atención e Interpretación. Buenos Aires: Editorial Paidós.1974.
- _____ (1973) Bion's Brazilian Lectures 1. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- _____ (1992) Cogitations. (Edited by F.Bion). London: Karnac Books. (1996). Cogitaciones. Valencia: Promolibro.
- _____ (1982) La tabla y la cesura: Bion en Nueva York y San Pablo. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Boyle, Mary. Ph. D, Todo es hecho con humo y espejos o de como crear la ilusión de que la esquizofrenia es un enfermedad cerebral. Xxx. University of East London
- De Castro Maria da Graca; Ramos Andrade, Tania M; Muller Marisa C. El concepto de la mente y el cuerpo en la historia.
- DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”, MASSON, S.A., 1995, Barcelona, Pierre Pichot Coordinador general de las ediciones española, francesa e italiana, Juan J. López-Ibor Aliño Director de la edición española, Manuel Valdés Miyar Coordinador de la edición española. Realización de la versión electrónica, Instituto Municipal de Investigación Médica Departamento de Informática Médica Barcelona.
- Ferenczi, S (1900a) “Conciencia y Desarrollo”. Escrito 7, “Los Escritos de Budapest”, de Les écrits de Budapest Traducción francesa: Gyorgyi Kurtz et C. Lorin... E.P.E L.. París. (1994). Trad: Indepsi, no editada.
- _____ (1924 e) “Thalassa, Ensayo sobre la teoría de la genitalidad”. Obras Completas Cap. XLII Tomo III Psicoanálisis. Editorial Espasa Calpe. Madrid. 1981.
- _____ (1909a) “Sobre las psiconeurosis”. Obras Completas Cap. V. Tomo I Psicoanálisis. Editorial Espasa Calpe. Madrid. 1981.
- _____ (1909c) “Tranferencia e introyección”. Obras Completas Cap. VII. Tomo I Psicoanálisis. Editorial Espasa Calpe. Madrid. 1981.
- _____ (1921f) “Georg Groddeck: El explorador de almas”. Obras Completas Cap. XV Tomo III Psicoanálisis. Editorial Espasa Calpe. Madrid. 1981.
- _____ (1922d) “La psiquis como órgano de inhibición”. Obras Completas Cap. XXI Tomo III Psicoanálisis. Editorial Espasa Calpe. Madrid. 1981.
- _____ (1922e) “Psicología colectiva y análisis del ego”, de Freud”. Obras Completas Cap. XXII. Tomo III. Psicoanálisis. Editorial Espasa Calpe. Madrid. 1981.
- _____ (1925a) “Psicoanálisis de las costumbres sexuales”. Obras Completas Cap. XLIII Tomo III Psicoanálisis. Editorial Espasa Calpe. Madrid. 1981.
- _____ (1926e) “El problema de la afirmación del desagrado”. Obras Completas Cap. XIX Tomo III Psicoanálisis. Editorial Espasa Calpe. Madrid. 1981.
- _____ (1929a) “Masculino y Femenino”. Obras Completas Cap. IV Tomo IV Psicoanálisis. Editorial

- Espasa Calpe. Madrid. 1984.
- _____ (1930) “Principio de relajación y neocatarsis”. Obras Completas Cap. VI Tomo IV Psicoanálisis. Editorial Espasa Calpe. Madrid. 1984.
- _____ (1933a) “Influencia de Freud sobre la medicina”. Obras Completas Cap. VIII Tomo IV Psicoanálisis. Editorial Espasa Calpe. Madrid. 1984.
- _____ (1932) “Diario Clínico”. Editorial Conjeturales, 1984.
- _____ (post.-hacia 1920). “Matemática”. Obras Completas Cap. XV Tomo IV Psicoanálisis. Editorial Espasa Calpe. Madrid. 1984.
- _____ (post.1922) “La Metapsicología de Freud”. Obras Completas Cap. XX Tomo IV Psicoanálisis. Editorial Espasa Calpe. Madrid. 1984.
- Ferrater Mora, José (1979) “Diccionario de Filosofía”. Alianza Editorial. Madrid.
- Gallardo C, Juan V. “Sandor Ferenczi. Biografía”, Revista de Psicoterapia Bioanalítica, págs. 23-38, Vol. 1, año 1, 1998, Santiago, Chile.
- Gallardo C, Juan V. “El diagnóstico en la terapia bioanalítica”, Revista de Psicoterapia Bioanalítica, págs. 85-98, Vol. 1, año 1, 1998, Santiago, Chile.
- Gallardo C., Juan V. “Sandor Ferenczi y lo órfico: Una nueva tópica” En: http://www.academia.edu/8773458/Sandor_Ferenczi_y_lo_Orfico_Una_nueva_t%C3%B3pica
- Groddeck, Georg (1923). “El Libro del Ello”. Editorial Taurus. Madrid. 1973.
- Lopez Corvo, Rafael. (2008). “Diccionario de la obra de Wilfred R. Bion”. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. España
- MacLean, Paul D. (1990). The triune brain in evolution: role in paleocerebral functions. Nueva York: Plenum Press.
- Manual de Patología General. Cap 1.- Conceptos Básicos. Universidad Católica de Chile http://escuela.med.puc.cl/publ/patologiageneral/patol_004.html
- Martínez Miguélez, Miguel Un Nuevo Enfoque Paradigmático de la Medicina . (Universidad Simón Bolívar)
- Martínez Miguélez, Miguel Un Nuevo Paradigmáa para la Ciencia del Tercer Milenio Real Academia Española. RAE. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima Primera Edición. 1992
- Reich, Wilhelm (1933) “Análisis del Carácter”. Editorial Paidós. Barcelona. 2005.
- Reich, Wilhelm (1942). “La Función del Orgasmo”. Editorial Paidós. Barcelona. 2010.
- Salazar de la Cruz, Miriam; Jurado-Vega, Arturo. Niveles de Intervención Familiar. Acta méd. peruana [online].2013,vol.30,n.1[citado 2014-12-09],pp.37-41. Disponible en: Sifneos, Peter (1972). Short-term psychotherapy and emocional crisis. Cambridge, Mass.: Harvard University Press
- Spagnuolo de Iummato, Ana Medicina Psicosomática
- Spitz, René (1946). “Anaclitic depression; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood, II”. The Psychoanalytic Study of the Child, Vol 2, 1946, 313-342.
- Stanton, Martin (1997) “Sandor Ferenczi: Reconsiderando la Intervención Activa”. Ed. Biopsique. Santiago, Chile.
- Starfield, Barbara (2000) Is US Health Really the Best in the World? Journa American Association. Vol 284, N° 4. 483-485.
- Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10).” Versión electrónica, Editor Norman Sartorius Director División de Salud Mental Organización Mundial de la Salud, Juan J. López-Ibor Aliño Secretario General de la Asociación Mundial de Psiquiatría, OMS, 1999, Ginebra.

Volver News-1 ALSF

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org .