



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado
Monografía

Docente Tutor: Lic. Ana Laura Russo

***¿Las enfermedades ocultan
emociones?***

María Emilia Dabe Guinovart

4.481.500-5

Montevideo, noviembre 2016

INDICE

Introducción	2
Marco Teórico	4
Capítulo 1: Concepciones Arcaicas del Enfermar	4
Capítulo 2: Dos Miradas para un Mundo: el Reduccionismo y la Complejidad	5
Capítulo 3: el Proceso de Salud-Enfermedad	8
Capítulo 4: Psicósomática Psicoanalítica: un Abordaje Integral sobre el Enfermar	11
4.1 Aportes del psicoanálisis freudiano	11
4.2 Psicósomática Rioplatense.....	14
4.3 El significado inconsciente del enfermar.....	15
4.4 El Cuerpo lleva inscripta la Historia de Vida	16
4.5 La enfermedad en la Historia Personal: el estudio Patobiográfico	17
Capítulo 5: Bioneuroemoción y Biodescodificación	20
5.1 Aportes de La Psicología Analítica	22
5.2 La Biodescodificación.....	24
Reflexiones	28
Referencias Bibliográficas	32

Introducción

La presente monografía tiene el propósito de obtener el título de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología por la Universidad de la República; para ello se desarrollará una temática que, posicionada desde una epistemología de la complejidad permitirá abordar la relación existente entre las enfermedades y las emociones, en el supuesto de que, todas las enfermedades poseen un componente emocional. De igual importancia será, tener en cuenta el contexto en el que el sujeto se encuentra inmerso debido a que, la finalidad será dar cuenta que la enfermedad se encuentra influida por diversos factores que no sólo responden a lo genético y a lo patológico, sino a una multi-causalidad.

Desde la óptica compleja, superar el pensamiento reduccionista permite posicionarse desde una visión holística del ser humano, integrando cuerpo y mente, concibiendo el mundo como una red de interacciones, de las cuales el individuo es parte, perteneciente y pertinente al medio ambiente, del que surgen diversidad de circunstancias y de factores que, influyen tanto positiva como negativamente en el organismo.

El siguiente objetivo apunta a la promoción en salud comprendiéndola como: “un proceso que permite incrementar a las personas el control sobre su salud para mejorarla y ejercer un mayor dominio sobre la misma” (Carta de Ottawa, 1986). Se enfatiza en la autonomía de los sujetos frente a sus problemas, en tener más poder sobre sí mismo, en ser conscientes y activos, actitud que, colabora en la prevención de enfermedades y en la promoción de hábitos para una buena calidad de vida, así como también en una exitosa recuperación; escuchar el cuerpo habilita a una comprensión más profunda. De este modo, se considera a la salud como un concepto positivo que refuerza las condiciones sociales y personales, siendo el recurso más importante que los seres humanos tienen para progresar, considerando que son múltiples los factores que intervienen (Carta de Ottawa, 1986). La salud no es el objetivo último, sino una constante en la vida cotidiana que proporciona las condiciones para ser y defenderse por sí mismo.

Ser autónomo le proporciona al individuo la posibilidad de elegir, de conocer diversidad de posibilidades, de escuchar distintas versiones, de expandir su conocimiento y comprender que, las enfermedades poseen un factor emocional que espera por ser tratado.

La monografía se estructura en cinco capítulos, a lo largo de los cuales se recorrerá sobre las distintas nociones que se tienen sobre el concepto enfermedad,

para finalmente abordar aquellas terapéuticas que tienen como objetivo el tratamiento integral del hombre.

El primer capítulo es un abordaje sobre los aportes de Laín Entralgo (1950) en cuanto a las concepciones arcaicas y heredadas sobre el enfermar, de este modo se verá cómo la enfermedad se vivencia en ocasiones como un castigo. El segundo recurre a las perspectivas que el individuo posee para ver su realidad, se exponen dos paradigmas sustanciales para la temática. El tercero apunta a las definiciones de salud y enfermedad de tal manera que al integrarlos se podrá concebirlos como un continuo unidos en un proceso, y a partir de los paradigmas descritos, se detallará sobre las diversas nociones del enfermar y del cuerpo humano. El cuarto, abordará sobre la psicología psicoanalítica, disciplina que atisbe al sujeto como un todo interconectado, adentrándose en la búsqueda del sentido para sus dolencias; prestando especial énfasis en el relato de vida, que habilite una respuesta sobre el por qué y el para qué.

El último capítulo, corresponde a un apartado acerca de la bioneuroemoción, método que investiga la correlación de las enfermedades en el organismo, el funcionamiento del inconsciente y las emociones vivenciadas; encuadrado en una perspectiva holística sobre el entorno (Enric Corbera Institute: BioNeuroEmoción, 2015).

La importancia que adquiere este trabajo monográfico para el rol del psicólogo como profesional de la salud es fundamental ya que, la amplitud del padecimiento humano hacia sus características físicas, sin limitarse sólo a lo psíquico, contribuye a crear mejorías en la curación de las enfermedades; del mismo modo que el profesional obtiene una perspectiva integral para ayudar a elaborar diversas situaciones conflictivas encontrándole un sentido holístico a la enfermedad.

Este recorrido bibliográfico pretende partir desde algunos interrogantes tales como: ¿Son todas las enfermedades posibles de ser interpretadas? ¿Las enfermedades tienen un contenido inconsciente que se puede develar? La disociación mente-cuerpo instalada en el pensamiento y los hábitos de cada sujeto ha caracterizado la forma de percibir la realidad y las patologías clasificándolas, entonces ¿existen realmente pacientes psicósomáticos? O en realidad ¿psicósomáticos son todos los individuos? ¿Existen emociones detrás de todas las enfermedades?, finalmente citando a Viktor von Weizsäcker “¿Por qué una persona se enferma en un momento de su vida y no en otro, de esa enfermedad y no de otra?” (Korovsky, 1993, p. 30).

Marco teórico

Capítulo 1: Concepciones Arcaicas del Enfermar

El propósito de este capítulo es adentrarse en aquellas nociones tradicionales sobre la enfermedad, ideas que están vigentes en el pensamiento de los seres humanos, vehiculizadas mediante dichos o frases populares.

Se tomará para esto los aportes de Laín Entralgo (1950) quien postula que desde la antigüedad se han expuesto ideas sobre la enfermedad que, aun en la diversidad de culturas y de épocas, se han mantenido con la misma raíz: 'el enfermar como castigo', actuar inapropiadamente según lo esperado o cometer una falta hacia la ley de turno impuesta, sería motivo suficiente de exponerse a cualquier enfermedad.

Distingue a la cultura Asirio-Babilonia ubicada en tiempo y en espacio, en el actual continente de Asia hacia el Oeste y parte del Este de África, aproximadamente cerca del 1900 a.C., donde la noción reinante consideraba: "la enfermedad (...) primariamente un pecado, una impureza moral (...) interpretada como una rebeldía contra la divinidad, es el pecado, cuyo castigo se expresa en forma de contrariedad, dolor o alteración morbosa" (Laín Entralgo, 1950, p.20-21). Así mismo, se añade la idea de incurrir en el pecado sin ser consciente de ello, lo que condujo a la noción de "inconsciente moral" (Laín Entralgo, 1950, p. 23), por consiguiente, el castigo llegaría ante cualquier pecado voluntaria o involuntariamente. En esta época se observa una concepción del enfermar excesivamente personalizada donde el sujeto es el principal y único culpable de lo que le sucede, potenciando la actitud de victimario.

Posteriormente, con el advenimiento del Nuevo Testamento se manifiesta desde otra óptica y una época diferente, la necesidad de explicar qué era la enfermedad, como respuesta se encuentran dos posiciones: la del pueblo israelita y la de Cristo. Los primeros continuaban considerándola como pecado -moral, personalista-, e incluso para los israelitas el pecado podía ser heredado de los padres. En tanto que Jesús afirmaba que la enfermedad no era consecuencia de un pecado, sino para que, en el enfermo se manifestasen las obras de Dios, el hombre podía enfermar sin necesariamente haber pecado, la enfermedad adquiriría un segundo sentido: poner a prueba física y espiritualmente al sujeto (Laín Entralgo, 1950).

Estas nociones se han edificado como tradicionales en las sociedades occidentales y los sujetos han de pensarlas, creerlas y poseerlas sin tener consciencia de ello; son pensamientos relativos a la enfermedad que han perdurado en el tiempo, es un legado que ha quedado vigente y se manifiesta mediante dichos populares:

“¿por qué a mí?, “¿qué habré hecho para merecer esto?”, “es un castigo de Dios”; de manera que, si bien las interpretaciones de las enfermedades son siempre singulares, y la misma enfermedad no significa lo mismo para un sujeto que para otro, siempre se halla oculto algún pensamiento sobre el castigo. Gladys Tatto (2006) menciona que: “la culpa es un sentimiento que se encuentra con frecuencia en las profundas raíces de nuestra cultura occidental y cristiana, en la cual la enfermedad es vivida como un castigo” (p.31); esta culpa se siente como una carga y no aporta al mejoramiento del sujeto ya que al sentirse merecedor comprende a la enfermedad inconscientemente como una condena; sin embargo no sentirse merecedor, conlleva a sentirse víctima de un castigo que viene desde afuera, ambas posturas si bien son habituales entorpecen la mejoría. La responsabilidad por otra parte, significa ser protagonista y sujeto activo del padecer, ocupar esta postura abre el camino a vislumbrar otras formas de transitar la enfermedad, buscando creativamente qué hacer y cómo hacerlo, “el resultado de esta búsqueda por el camino de la comprensión da comienzo a una transformación personal” (Tatto, 2006, p. 31).

Capítulo 2: dos miradas para un mundo: el Reduccionismo y la Complejidad

Este trabajo con la base holística que propone, presenta dos ópticas sustanciales para ver la realidad y concebir al organismo: el paradigma de la simplicidad y por contraste, el paradigma de la complejidad.

El primero se fundamenta en el método del pensamiento analítico que sugiere dividir los fenómenos complejos en partes, estudiar sus propiedades, para luego ‘sumarlas’ y así comprender el funcionamiento del todo; método que es aplicado hacia todas las esferas de la vida. El cuerpo humano se disocia de la psiquis, es equiparado con una máquina, y concebido como un conjunto de aparatos; a razón de esto, la medicina se diversifica en especializaciones que corresponden a cada parte del cuerpo. Al respecto Najmanovich (2005) dice: "la biología intentó explicar las funciones del organismo a partir de unidades más pequeñas; órganos, tejidos, células; la medicina humana dividió la “máquina humana” en decenas de especialidades que se ocupaban cada una de su “componente” correspondiente" (p.106).

De acuerdo con Laín Entralgo (1950), la patología según la Medicina Occidental ha considerado a la enfermedad humana en su aspecto orgánico, cultivando la división mente-cuerpo, de allí que surgen los distintos discursos de un

clínico o de un patólogo sobre un mismo sujeto; el primero toma en cuenta al sujeto real, como persona que vive, siente, se relaciona, contempla los aspectos psicofísicos y biográficos; el segundo se retrae sólo a lo que observa y concuerda con sus conocimientos científicos, extrapola la visión de una perspectiva del fenómeno como la verdad absoluta, reduciendo el cuerpo humano a la patología, al considerar sólo este aspecto para diagnosticar y tratar; lo mismo repica en las demás áreas.

Por su parte la relación entre el individuo –sujeto- y el mundo –objeto de conocimiento- es desde el sujeto hacia el mundo, no existe interrelación, el ser humano capta al mundo por fuera de él; la realidad objetiva es completamente diferente a la experiencia humana, por tanto, la subjetividad se encuentra apartada, no afecta el objetivo de la investigación. Según Najmanovich (2005), el sujeto es un observador de la realidad, no participa, está inmóvil; incluso en su metáfora sobre el Universo-Reloj detalla: "las relaciones entre los elementos no pueden ser transformadoras, la partícula elemental no cambia, es estable, eterna e igual a sí misma; (...) el todo es igual a la suma de las partes: no hay interacciones, solo transmisión y equivalencia" (p.106).

En suma, enfatizando los aportes de Najmanovich (2005) el paradigma de la simplicidad posee una:

"concepción del individuo y de las relaciones basada en una concepción individualistas, fundamentada en un sujeto provisto de voluntad y conocimiento, independiente de los otros sujetos y de la naturaleza. (...) El universo incluye todo menos al propio sujeto. (...) [No toma] en cuenta que un observador mira siempre desde una determinada perspectiva y observa sólo lo que es visible de ella, da lugar a la creencia de que es posible para el hombre un conocimiento absoluto y universal" (p.106-107).

Superar el pensamiento mecánico implica una transformación en las formas de percibir el mundo que parte de otra configuración para estar, vivir y sentir; integrando las realidades y comprendiendo al pensamiento lineal como uno de los tantos modos de ver la realidad. Najmanovich (1995) explica que para ser parte del paradigma de la complejidad no se debe dejar a un lado al reduccionismo sino integrarlo en un todo y comprender que, existen múltiples perspectivas desde las cuales observar un fenómeno, es desde la perspectiva que se mira, que se obtiene conocimiento, pero sólo desde ahí, el conocimiento absoluto y certero ya no tiene vigencia.

La complejidad incluye el pensamiento sistémico que propone: "las propiedades esenciales de un organismo o sistema viviente, son propiedades del todo que ninguna parte posee" (Capra, 1996), es una totalidad en la que se hallan

propiedades emergentes de las interrelaciones de cada parte que hacen a un todo. Por consiguiente, lo sustancial es atisbar el fenómeno en su contexto y desde la organización de la unidad (Capra, 1996).

El sujeto es constructor del objeto en interacción con él, y el propio sujeto se construye en interacción con su medio ambiente; es una “red de interacciones” (Najmanovich, 2005) de la que surgen distintos vínculos y circunstancias, que no se definen de una vez y para siempre, el mundo se presenta cambiante y transformador, incluso al incorporar la subjetividad es factible pensar que el individuo vive en un mundo que concierne a su “creación simbólico-vivencial” (Najmanovich, 2005); la realidad es distinta para cada sujeto que la construye y, se vivencia a su manera, gestando diferentes experiencias; realidad que depende no sólo del sujeto, sino que además emerge de su interacción con el medio ambiente y el resto de las personas.

La complejidad no es el fin último al cual llegar sino una nueva forma de estar, de vivir, y fundamentalmente de sentir en el mundo, donde los individuos se encuentran en permanente interacción tanto con su medio ambiente como entre sí mismos. Los estándares no son bienvenidos, hay apertura a la diversidad, la rigurosidad del método no se articula con este paradigma; de acuerdo con Najmanovich (2001) se construyen “nuevas figuras del pensar”, se inaugura una nueva sensibilidad.

El cuerpo revitalizado, viviente y vivido posee un sentido por ser decodificado, influido por sus relaciones interpersonales y sus vínculos; “las relaciones que consideramos necesarias y esenciales (...) se inscriben dentro de lo identitario” afirma Najmanovich (2005), los vínculos que se construyen son parte del individuo y lo hacen como tal ser quien es, se convierten en parte de su identidad y de quienes son, todos los sujetos son sociales, y por tanto, necesitan siempre de la mirada de Otro para confirmarse; es menester conformar vínculos y establecer relaciones que luego se vuelven una pieza componente en la definición del ‘quién soy’, estos vínculos no están absolutamente definidos de una vez y para siempre, sino que se van transformando en el tiempo, evolucionando a la vez que emergen nuevas interacciones.

Para el propósito de este trabajo, el paradigma de la complejidad ofrece una nueva visión que, por un lado, establece un pensamiento multicausal o multidimensional que aporta a una comprensión integral de la enfermedad, el individuo en interacción con su contexto, podrá contraer una enfermedad que no responderá a una única causa, sino a múltiples: desde los aspectos orgánicos hasta los aspectos emocionales; y por el otro, promueve la diversidad de perspectivas, lo que se ve

depende desde dónde se lo mire, no hay una perspectiva más relevante que otra, sino que, por igual todas las distintas maneras de ver un fenómeno son aceptables carezcan de científicidad o no.

El sujeto ve lo que es capaz de ver, a partir de su historia de vida y de su experiencia; se observa un mismo fenómeno, pero cada individuo tendrá siempre una percepción diferente, debido a que filtrará la información recibida, decodificándola dependiendo de su singularidad. Najmanovich (2005) afirma:

“El cerebro organiza la información recibida por los sentidos de manera que el individuo tenga un cuadro coherente, compatible con una acción eficaz en el mundo y para ello utiliza la información obtenida por los otros sentidos (...) En todo momento hay cierta parte de nuestro campo visual que nos es invisible, sin embargo, el cerebro rellena la información faltante para producir una imagen completa” (p. 102-103).

De esta forma, si bien todos los sujetos poseen sentidos, ninguno realizará la misma organización sobre la información recibida; por esto, la subjetividad es revalorada y, por tanto, las emociones y los sentimientos como componentes fundamentales de la particularidad de cada individuo, adquieren su sitio, siendo características vitales y definitorias de las elecciones de vida, de las circunstancias y de lo que cada sujeto “decide” ver.

Capítulo 3: el proceso Salud-Enfermedad

El proceso salud-enfermedad debe comprenderse como un continuo inmerso en la vida cotidiana de todos los sujetos; la salud y la enfermedad deben observarse atravesadas por múltiples aspectos como la economía, la política, la sociedad, la cultura, los afectos, no sólo aquellos aspectos del orden de lo individual sino además teniendo presente la comunidad y el contexto.

Desde el paralelismo entre los paradigmas antes detallados, será posible abordar los términos salud y enfermedad como un proceso, no como términos encapsulados como si se pudiese estar completamente sano o, de pronto estar enfermo.

La salud ha sido definida considerando diversos aspectos y desde diferentes ópticas, siendo distinta para cada época y contexto socio-cultural, modificándose a través del tiempo, y cambiando según los paradigmas vigentes. La OMS (1948) definió a la salud: “no sólo como la ausencia de enfermedades sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social”. A partir de este concepto diferentes autores

lo han problematizado, criticado y transformado; Tatto (2006) posicionada en una episteme compleja la resume como “el bienestar biopsicosocial” que se puede comprender en su forma compleja desde la integridad del sujeto o como la suma de las partes (biológico + psicológico + social). Estar sano dice Tatto (2006) no es la suma de los bienestares, sino: “es en primer lugar un sentimiento de bienestar íntimo e individual, un orden armónico en esa intimidad humana, que se traduce en un funcionamiento sano del cuerpo, en un equilibrio emocional y en una buena relación con el entorno” (p. 21).

La salud debe ser comprendida desde los múltiples aspectos que componen al ser humano y del que el ser humano es constitutivo, como sujeto activo se encuentra afectado no sólo por lo genético o el agente patógeno, sino también por sus relaciones vinculares, su familia, su trabajo, su calidad de vida, su historia personal; todo ello conforma la salud del sujeto. Ningún ser humano enferma idénticamente a otro sujeto, aunque sus enfermedades sean las mismas, siempre existen determinantes personales constitutivos de su singularidad y de su subjetividad que influyen y afectan.

Las concepciones lineales del proceso salud-enfermedad, tienden a considerarlo desde las causas internas -biologista/organicista- y de las causas externas, como una cosa o la otra. El primero, responsabiliza al organismo y los agentes patógenos, como los únicos actores responsables de determinada enfermedad, quedando el individuo en una posición pasiva de recepción ante el diagnóstico y tratamiento. El segundo, relacionado con la culpabilidad de la enfermedad puesta en el exterior, responsabilizando a un agente externo como causante de la enfermedad e incluso interpretándola como un acontecimiento que se impuso; desde ambas posturas se continúa alejado del lugar de activismo frente a la afección, impulsando una actitud victimaria. Esto se desarrolla dentro del modelo médico hegemónico, que considera a las enfermedades unicasales, las que describe y detalla a modo general sin tener presente al sujeto que padece, siendo éste el que debe adaptarse a las características de la afección, de lo contrario el diagnóstico podría ser dudoso. Este modelo se caracteriza por ser biologicista y a histórico, desligado de los condicionantes y los determinantes personales, desligado de la sociedad, es un modelo que se impone sin dar relevancia al medio en el que se inserta, está profundamente centrado en el individuo; escinde por excelencia, la teoría y la práctica, el cuerpo y la mente, y el cuerpo en partes para ser analizados. El saber se estructura como mono disciplinario y pertenece a la medicina, que posee la cura o la mejoría. El fin último del trabajo es la enfermedad, luchar contra ella buscando atenuarla o eliminarla, el sujeto que padece no tiene lugar como persona, se lo

considera “nicho de la enfermedad” donde ésta se posa y se desarrolla (De Lellis, Saforcada, Mozobancyk, 2010). La fuerte crítica que encuentra este modelo es una gran falta de humanidad con un manejo estrictamente técnico-instrumental (Vergara Quintero, 2007).

Ver al sujeto en su integralidad implica ubicarse desde la perspectiva social-expansiva, que hace a un modelo centrado en el contexto en el cual vive el sujeto, teniendo presente la historia de la comunidad, la salud e higiene de la sociedad, entendiendo que el desarrollo de enfermedades se produce a partir de múltiples factores, siendo fundamental el lugar donde vive el sujeto. El saber está compuesto por múltiples disciplinas que se interconectan entre sí para ver al sujeto enfermo, observando el mismo fenómeno desde distintas áreas de conocimiento para dar un resultado que las integre. El objetivo del conocimiento es el proceso de la salud, se apunta a prevenir, promover y comprender desde una mirada holística. La etiología deja de responder a una causa o a un origen y, se comprende desde la totalidad considerando más de un factor desencadenante. El sujeto deja de ser el huésped de la enfermedad para considerarse parte del proceso de la salud, ya no se trata de una relación casual huésped-agente, sino de un ecosistema en donde están implicados: sujeto y entorno. Al transformar la perspectiva hacia la visión holística, el individuo deja de ser el diagnóstico, el órgano afectado, la infección determinada (De Lellis, Saforcada, Mozobancyk, 2010).

Capítulo 4: Psicopatología Psicoanalítica: un abordaje integral sobre el enfermar

“Este enfoque, que privilegia la búsqueda del sentido -sin desplazar la concepción etiológica, sino complementándola-, implica sí cuestionar los modelos estructurales rígidos que “encasillan” a las personas. (...) No existen cuadros psicopatológicos puros; si tratamos de incluir a alguien en un “molde” psicopatológico nos “sobra” persona por todos lados”. (...) Una persona es mucho más que un cuadro nosográfico” (Korovsky, 1993).

La psicopatología psicoanalítica es un área de la Psicología que cobra cada vez más importancia en el abordaje de las enfermedades físicas del sujeto, basada en la teoría psicoanalítica freudiana para formular la teoría de los afectos (Chiozza, 1977), atisbe de forma integral al sujeto otorgando énfasis a los aspectos emocionales, a la historia personal y a las conflictivas actuales.

Se entiende por Psicopatología:

“una disciplina que, en ese intento de unificar, lo que en realidad nunca estuvo separado, presenta un modelo holístico del hombre, donde lo sano o lo enfermo son manifestaciones de lo uno y de lo único. No hay dos aspectos, dos registros o dos instancias, sólo hay un ser que se expresa y conocemos a través de lo que manifiesta y del sentido que tiene para él esa manifestación” (Russo, 2009, p. 57).

Se puede afirmar que, a merced de las dicotomías heredadas se cree que, las enfermedades son psíquicas o somáticas, sin embargo, se debería concebir al sujeto de manera holística, en un todo unificado. Esta disciplina propone trabajar en el análisis y en la interpretación de los sentidos y los significados que permanecen ocultos fuera de la consciencia, no como un fin último y acabado, sino como un proceso empapado de reflexión.

4.1 Aportes del psicoanálisis freudiano

Debido a que, el psicoanálisis freudiano ha oficiado de base de la gran mayoría de las teorías desarrolladas en psicología, es necesario hacer hincapié en algunos conceptos fundamentales, tal como la noción de inconsciente, para luego adentrarse adecuadamente en la teoría de los afectos. Desarrollada la teoría psicoanalítica por parte de Freud (1890), abre camino a una nueva forma de pensar al ser humano visualizándolo como un sujeto íntegro; es partir del descubrimiento del inconsciente

que, se propone la búsqueda de contenidos en la psique más allá de lo tangible; los sueños y los actos fallidos fueron el pedestal para indagar acerca de los sentidos inconscientes, más adelante los síntomas también serán objeto de interpretación, constituyendo todos, vías de acceso al inconsciente. Laplanche y otros (1996), afirman:

"Ya es sabido que el sueño fue para Freud el «camino real» hacia el descubrimiento del inconsciente. Los mecanismos (desplazamiento, condensación, simbolismo) deducidos del sueño (...) se vuelven a encontrar en otras formaciones del inconsciente (actos fallidos, equivocaciones orales, etc.), que equivalen a los síntomas por su estructura de compromiso y su función de «cumplimiento de deseo»" (p.194-195).

Los estudios sobre los procesos inconscientes en el descubrimiento del inconsciente iniciaron con Charcot (1883-1893) -reconocido maestro de la Salpêtrière, un hospital público situado en París, Francia, construido en el siglo XVII- quien investigaba al fenómeno histérico hasta entonces carente de una etiología, se trataba en general de mujeres que, presentaban diversidad de síntomas: desde cegueras temporales, movimientos extraños, y hasta parálisis. Freud (1890) uno de los discípulos de Charcot, junto con Breuer, van a estudiar profundamente este fenómeno que expondrán en *Estudios Sobre la Histeria* (1895).

Será mediante la sugestión hipnótica que se intentará hallar respuestas al fenómeno histérico, afirmaban Freud y Breuer (1895): "el instrumento obvio para este propósito era la sugestión hipnótica —utilizada, no con fines directamente terapéuticos, sino para persuadir al paciente a que produjera material oriundo de la región inconsciente de la psique—" (p.11).

A merced de este método se advierte acerca de determinados contenidos que, los sujetos en estado consciente no tenían conocimiento, incluso los actos y los comportamientos cometidos bajo la hipnosis tampoco obtendrían su lugar en la consciencia, de acuerdo con Laplanche y otros (1996) la noción de inconsciente:

"En un sentido descriptivo (...) se utiliza en ocasiones para connotar el conjunto de los contenidos no presentes en el campo actual de la conciencia (...). En el sentido tópico, la palabra inconsciente designa uno de los sistemas definidos por Freud (...) constituido por contenidos reprimidos, a los que ha sido rehusado el acceso al sistema preconsciente-consciente por la acción de la represión" (p.193).

Así, se comprende como la agrupación de contenidos que están fuera de la conciencia; pero también, como uno de los sistemas de la psique humana que aloja

las emociones más profundas y reprimidas, a las que no se les permite el acceso a los demás sistemas: preconscious y consciente.

Con el hallazgo de la etiología de la histeria, y la terapéutica utilizada, se reafirma la noción del sujeto integral, comprendiendo que, lo que sucedía en el cuerpo – en el caso de las histéricas- estaba íntimamente ligado a las conflictivas psíquicas, recuerdos de acontecimientos traumáticos, que, al acceder a la conciencia, el fenómeno se aplacaba o revertía; por tanto se advierte sobre el sentido inconsciente que los síntomas poseían, y es a merced del análisis de estos síntomas y del hallazgo del sentido, que se obtiene además de una comprensión holística de la enfermedad, el sentido global de la afección y las respuestas acerca del ¿Por qué? (Korovsky, 1993).

Debido a estos descubrimientos, se postularon algunos aportes del psicoanálisis a la Medicina, de los cuales Laín Entralgo (1950) destaca: el descubrimiento de la necesidad de hablar con el enfermo tanto para su diagnóstico orgánico y el tratamiento de la enfermedad, como para el alivio del malestar. Es a merced de Freud que la anamnesis sólo descriptiva por parte del paciente hasta entonces, se convierte en objeto de análisis e interpretación. La palabra, comienza a ganar terreno, entendiéndose que es terapéutica, contar y relatar no sólo los padecimientos pertinentes a los síntomas de la enfermedad, sino además lo que le ha sucedido y le sucede en su cotidianidad; ya decía Freud (1890) en el “Tratamiento Psíquico (Tratamiento del Alma)” que las palabras eran “buenos medios para provocar alteraciones anímicas” (p. 123) y por tanto, no debería resonar enigmático el hecho de que, la palabra sea un método terapéutico para curar fenómenos orgánicos y psíquicos.

Se destaca por su parte, la influencia que el ánimo tiene en el organismo, constituyendo uno de los factores fundamentales en el desencadenamiento de una enfermedad; y, por último, el florecimiento del interés por ordenar cronológicamente la biografía del enfermo relacionando los padecimientos a lo largo de su vida, para obtener una visión comprensiva e integradora de su malestar.

La investigación freudiana dice Laín Entralgo (1950) aportó la apertura a un pensamiento integrador demostrando la existencia de una relación entre: el trastorno denominado físico, el trastorno psicósomático y “los sentimientos de culpabilidad de la persona que padece” (p. 127); comprendiendo que toda enfermedad encubre –cómo se menciona anteriormente en esta monografía- la nosología arcaica del castigo.

4.2 Psicopatología Rioplatense

La Teoría de los Afectos, también denominada Psicopatología Rioplatense, desarrollada por el argentino Luis Chiozza (1977) plantea que, detrás de las enfermedades se encuentran ocultos afectos; éstos son los que movilizan al ánimo, son emociones que se transportan mediante ideas.

Afectos que están en el inconsciente bajo el efecto de la represión, pero cuando alguna idea florece portando una emoción reprimida, el proceso de la represión se activa con el fin de, impedir que el desarrollo de tal afecto, porque trae consigo un recuerdo pasado alojado fuera de la consciencia, siendo un acontecimiento motor que, cuando surgió por primera vez era coherente con las situaciones vitales que sucedían; sin embargo, no es adecuado para las condiciones actuales, a pesar de que éstas de manera asociativa despierten el recuerdo; “a la represión no le interesa que las ideas pasen o no pasen, sólo le molestan cuando a través de ellas puede desarrollarse un particular afecto. Si para evitar esto último tiene que bloquear una idea, la bloquea” (Chiozza, 2007, p.87), y tergiversa la experiencia. Si esa idea consumara su fin, el individuo no soportaría ni sería capaz de comprender la magnitud de la emoción (Chiozza, 2007).

A pesar del trabajo de la represión, definida por Laplanche y otros (1996) como: “operación por medio de la cual el sujeto intenta rechazar o mantener en el inconsciente, representaciones (pensamientos, imágenes, recuerdos) (...)” (p.375), ésta no prospera y surgen las formaciones sustitutivas, aquello denominado actos fallidos, accidentes, lapsus, síntomas o el propio desarrollo de una enfermedad; por tanto, el afecto llega a la consciencia “disfrazado” y el sujeto lo percibe como un afecto actual, pero es una re-vivencia de un suceso pasado que se resignifica en la actualidad (Chiozza, 1977). Laplanche y otros (1996) se refieren acerca del “retorno de lo reprimido”:

“Proceso en virtud del cual los elementos reprimidos, al no ser nunca aniquilados por la represión, tienden a reaparecer y lo hacen de un modo deformado, en forma de transacción. Freud insistió siempre en el carácter «indestructible» de los contenidos inconscientes. Los elementos reprimidos, no sólo no son aniquilados, sino que tienden incesantemente a reaparecer en la conciencia, por caminos más o menos desviados y por intermedio de formaciones derivadas más o menos difíciles de reconocer” (p.388).

De acuerdo con la teoría de los afectos, el síntoma es entonces, una inhibición del desarrollo de esa emoción originalmente reprimida pero que continúa en el inconsciente; todos los síntomas sean alteraciones psíquicas o somáticas son afectos

que poseen un sentido psicológico, se relacionan a un lugar del cuerpo o, a una alteración somática (Chiozza, 1977), y poseen un lenguaje que comunican mediante el órgano afectado, no se contrae una enfermedad simplemente porque así sucedió. Chiozza (2007) dice al respecto: “el afecto nos ofrece características que permiten ubicarlo como una especie de “bisagra” que articula los territorios que denominamos “psíquico” y “somático”. Por un lado, es un “recuerdo” psíquico; por el otro, una “descarga” real “somática”” (p. 88); es una reminiscencia expresada en el cuerpo.

La psicósomática rioplatense propone por su parte, el concepto de fantasías específicas y lo relaciona con la enfermedad; desglosa fantasías universales de fantasías específicas, las primeras tienen que ver con las costumbres, las leyendas y los saberes populares de la cultura del sujeto, como bien se planteó sobre las concepciones arcaicas de la enfermedad en la que una gran parte de la civilización occidental cree que las enfermedades son un castigo; y las segundas apuntan hacia la subjetividad y lo particular del órgano afectado, órgano mediante el cual la enfermedad se está expresando y, tiene un sentido singular aun tratándose de la misma afección; el órgano siempre tiene un sentido y un significado particular (Russo, 2009).

4.3 El significado inconsciente del enfermar

“Cada enfermedad representa un drama diferente en la vida de quien padece, tan personal y subjetivo como la enfermedad misma; este drama es conocido por el sujeto, pero de forma inacabada o deformada, además de desconocer por completo la relación existente entre su enfermedad y su drama” (Chiozza, 2007, p. 34).

Toda enfermedad es un lenguaje corporal que está encriptado y el hecho de interpretar el significado de un síntoma no implica que se encuentren las causas, como así también, encontrar las causas no elude de la interpretación del síntoma y la búsqueda del sentido, ambos son complementarios y enriquecedores. Cuando el sujeto está preparado para comprender que una enfermedad representa un singular significado inconsciente, se acepta el hecho de que, hacer consciente lo que permanecía oculto llevará implícito una transformación en la enfermedad y en el sujeto mismo (Chiozza, 2007).

“El lenguaje –que es la enfermedad- como su significado, representan la misma fuente inconsciente, (...) que se relaciona con el órgano afectado y las fantasías ocultas; [por tanto,] el órgano habla mediante lo que en la conciencia se percibe como una alteración del órgano físico” (Chiozza, 2007, p. 48).

Ante un conflicto inconsciente, el individuo encuentra la vía de la somatización como forma de expresar aquello que le sucede pero que no sabe, encubierto en un síntoma o en una enfermedad. “Un hombre enferma porque se oculta a sí mismo una historia cuyo significado le es insoportable; además, es una respuesta simbólica que procura alterar el significado de la historia” (Chiozza, 2007, p. 75). El sujeto enferma porque no es capaz de soportar el drama que esconde su historia, el significado que se oculta en el inconsciente es intolerable, y por tanto, las resistencias actúan y reprimen, pero esta fuente inconsciente retorna y consigue sobresalir a la consciencia como síntoma.

Tato (1999) dice al respecto, el sujeto enferma como defensa ante una circunstancia de la vida que le es insoportable, un afecto que se resignifica del pasado en una afección actual, a través de una jerga arcaica y simbólica que, mediante nociones universales heredadas se manifiesta de manera desconocida.

4.4 El Cuerpo lleva inscrita la historia de vida

Según la teoría de los afectos, será fundamental considerar la historia implícita en el cuerpo, esto será parte del trabajo en la búsqueda del afecto oculto y de su sentido; no se refiere aquí sobre la historia ligada al orden cronológico, sino aquella que está íntimamente relacionada con la experiencia personal y subjetiva, determinada por las emociones que se vivenciaron y constituyeron el drama de la vida; cada recuerdo estará determinado por el impacto emocional que tenga en el sujeto, incluso el relato puede observarse desorganizado en cuanto a un orden lógico de hechos pero, lo que transmite como experiencia y vivencia sentimental es, la verdad del sujeto (Chiozza, 2008).

Lo sustancial de la interpretación de ese relato es el significado que permanece intacto en el presente, y que, además tiene un sentido para el sujeto; es el pasado que se re-vive en el presente y que marca la forma de estar y de vivir en la realidad actual.

El desarrollo de una enfermedad no está por fuera de la vida emocional y sensible del enfermo, incluso dice Chiozza (2008) hay una gran parte de la vida emocional que se encuentra reprimida, oculta en el inconsciente junto con el hecho que ha desencadenado la enfermedad; por lo tanto, se entiende que esa modificación en el cuerpo esconde una historia estrechamente relacionada con una circunstancia afectiva pasada (Chiozza, 2008). La comprensión del significado de la enfermedad junto con el significado de la historia personal, implica trascender ambas interpretaciones en la configuración de una amplia, dotada de un sentido distinto del

que sólo la enfermedad dice y del que sólo la historia dice, para crear un sentido en unidad.

Es el ser humano que coloca toda su vida en un acontecimiento traumático que esconde y aleja de la consciencia, es un drama que se paraliza en el tiempo dentro del cuerpo (Chiozza, 2008), queda “sumergido” en el organismo, encapsulado en el disfraz de la enfermedad. El destacado autor infiere que todas las enfermedades tienen ocultas distintas historias, particulares y universales, así como lo son los trastornos físicos en los que el enfermo se encubre, por esto es que, el sentido siempre es único.

Comprender los motivos implica alejarse del raciocinio y la determinación de las causas, sean físicas o psíquicas, lleva implícito la búsqueda del sentido en función de la trayectoria de vida. El concepto de “condiciones necesarias, pero no suficientes” fue introducido por Freud y citado por Chiozza (1977), quien explica que, aunque se presenten las condiciones para que se desarrolle determinada enfermedad nunca han de ser las precisas, sino que hay una compleja red de causas interconectadas que afectan y propician que se desarrolle una enfermedad y no otra. Basado en los aportes de Weizsaecker –fundador de la medicina antropológica- va trabajar en dar respuesta a la interrogante formulada ¿Por qué una persona se enferma en un momento de su vida y no en otro, de esa enfermedad y no de otra?; entendiendo que en este cuestionamiento se desglosan un ¿por qué?, un ¿cuándo?, y un ¿cómo? De acuerdo con Chiozza (1977) la respuesta al “¿por qué?” tiene una íntima conexión con lo afectivo y, marca la necesidad de comprender el significado que tiene la enfermedad para ese momento particular de la vida; por otra parte, responder al por qué no es encontrar tan sólo una causa y un origen, sino también encontrar el sentido y el significado inconsciente. La singularidad de cada individuo lo hace enfermar siempre de una forma distinta a otros; esto no quiere decir que lo psíquico y el contenido inconsciente sea la causa del enfermar, pero sí es el sentido que la enfermedad tiene para el sujeto; Korovsky (1993) plantea: “la enfermedad -cualquiera sea- se concibe como un suceso en la biografía de una persona, pleno de sentido, entramado en su vivenciar (...) parte de su historia y de su circunstancia” (p.31-32).

4.5 La enfermedad en la historia personal: el Estudio Patobiográfico

El estudio patobiográfico es considerado una terapéutica para tratar al sujeto diagnosticado de determinada enfermedad, técnica que, siguiendo la línea de este documento, trata de integrar cuerpo y mente, pero además presta especial énfasis a la historia de vida relatada por el paciente, a la historia de las enfermedades que ha

padecido, sobre cómo ha enfermado actualmente, que sucedió antes de enfermar, cómo ha sido su vida, cuáles son los síntomas que presenta. Es una terapia holística que además de dar relevancia a los síntomas físicos, presenta una escucha activa sobre cómo ha sido y cómo es la vida de quien padece.

Fue desarrollado por Viktor Von Weizsaecker un médico antropólogo del siglo pasado, y materializado por Luis Chiozza, quien actualmente preside la dirección del Centro Weizsaecker, ubicado en la ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Los objetivos de este método apuntan a tratar situaciones puntuales que necesitan ser resueltas en tiempos breves y en las que, una intervención rápida se hace necesaria, por lo que, en ese sentido se aleja del encuadre psicoanalítico clásico. Se actúa con la comprensión de que, toda enfermedad es siempre un capítulo cargado de sentido en la historia personal de quien enferma y tiene un significado inconsciente íntimamente relacionado con las emociones, que determina la forma y evolución de la afección (Centro Weizsaecker, s.f).

El Estudio Patobiográfico consiste en recabar dos tipos de historias, una que responde al orden de lo clínico, indagando sobre los síntomas, los signos y la evolución de las enfermedades que el sujeto ha padecido y se encuentra padeciendo, entendiéndolo como procesos que encubren una misma causa. La otra historia tiene que ver con lo biográfico, interroga acerca de los hechos de la vida, entendiéndolos como escenas y circunstancias cuyo significado posee un sentido en el tramo completo de la vida. Conjuguar ambas historias permite descubrir aquello que la persona calla y está expresando mediante su cuerpo (Chiozza, 2008). Siempre hay una causa vigente y particular que propicia al desencadenamiento de la enfermedad, que coincide en el tiempo con la aparición de la afección, identificar esto permite comprender el significado inconsciente que la enfermedad actual simboliza. (Chiozza, 2008).

Este estudio trata de ubicar el “mapa” que ha creado el sujeto para transitar la vida, identificando su forma y sus características, debido a que, es el producto de la infancia vivida y mediante el cual ha diseñado su forma de estar y de ser. Es el estilo del mapa que da unidad a la biografía relatada por el sujeto, y moldea el nudo alrededor del cual está girando su vida; por tanto, los personajes de la historia presente, son una versión contemporánea de los sujetos que configuraron la trama de la infancia, son personajes re significados en el presente. Se conoce de antemano que la enfermedad encubre una parte de esa historia y simboliza un determinado rol frente a la trama, se trata de identificar y comprender en profundidad qué parte del drama se

está expresando en la enfermedad. Mientras, esa afección ha sido la mejor forma de resolver el conflicto inconsciente, al re-significar la historia surge la cura o la mejoría en la enfermedad (Chiozza, 2008).

Capítulo 5: Bioneuroemoción y Biodescodificación

“Existe una estrecha relación entre lo físico, emocional, mental y espiritual. Por ello, desde la Bioneuroemoción proponemos una visión unificada de la vida en todas sus manifestaciones” (Enric Corbera Institute, 2015).

La bioneuroemoción es una metodología enmarcada dentro del paradigma de la complejidad, que, de acuerdo con una noción del ser humano integral, comprende a los conflictos desde la relación inherente entre el cuerpo, la mente y las emociones; por esto resulta un aporte adecuado para la temática del trabajo. Se posiciona como una manera de ver el mundo que se complementa con los demás tratamientos, y apunta, fundamentalmente a “promover una visión holística de la vida, conectando la mente con el cuerpo y el entorno” (Enric Corbera Institute, 2015).

Estudia la correlación entre las emociones inconscientes provocadas por situaciones traumáticas, y su localización en el Sistema Nervioso, así como también, las modificaciones que provoca en el organismo: manifestándose a través de un síntoma, una dolencia, una enfermedad (Corbera, 2013); en otras palabras, investiga el impacto de las emociones en el cuerpo y el funcionamiento del inconsciente, teniendo en cuenta el contexto en el que está inmerso el sujeto (Corbera, 2015). Las emociones afectan al organismo, dice Corbera (2015), y plantea como ejemplo: “cuando nos ponemos nerviosos se nos quitan las ganas de comer”, o “ante un examen se tiene una diarrea”.

Postula que, el principal problema nunca está fuera del sujeto sino en su mente, y es el entorno el principal recurso que posee el ser humano para comprender cuál es su estado interior, el contexto muestra un reflejo de lo que el sujeto es, hace, piensa y siente; para esto pone especial énfasis en la modificación del aspecto emocional y conductual del sujeto, trabajando por un cambio de consciencia. De acuerdo con Corbera (2015): “La Bioneuroemoción es un nuevo enfoque en la gestión del bienestar que permite trabajar sobre todos los aspectos que condicionan nuestra calidad de vida y ofrecer a las personas una actitud de desaprendizaje para superar las limitaciones”.

Se parte desde diversos fundamentos teóricos de los que se destaca principalmente, la biología y la anatomía, la teoría psicoanalítica de Freud desde quien toma aportes sobre el concepto de inconsciente; y esencialmente, la psicología analítica de Carl Gustav Jung, en cuanto a los estudios sobre el inconsciente colectivo

y la sombra, noción de la que terapéuticamente trabaja con el efecto espejo (Enric Corbera Institute, 2015).

Enric Corbera es un psicólogo español que desarrolló la Bioneuroemoción luego de dedicar años a la investigación de la relación entre las enfermedades y las emociones; actualmente lleva más de veinte años estudiando acerca de cómo las enfermedades afectan a la biología humana y qué influencia tiene el cambio de creencias en la vida de las personas, entendiendo que las creencias son lo que socialmente forma al sujeto y que, éste toma como propio edificando su vida, de modo que la gran mayoría de las veces se actúa de una forma que ni siquiera es cuestionada, 'porque así siempre fue'. Enric actualmente preside el centro de investigación "Enric Corbera Institute" en la ciudad de Barcelona donde se ofrecen cursos, talleres y postgrados en Bioneuroemoción (Corbera, 2015).

Dentro de esta línea de investigación la enfermedad es concebida como:

"un mecanismo de adaptación biológica, que afecta al individuo, a su familia y al entorno social y que aparece a partir de programas, algunos de los cuales, se transmiten transgeneracionalmente o a partir de canales de socialización como son: la familia, la educación, los medios de difusión, la religión, etc. (de forma consciente); perpetuando así de generación en generación las actitudes, creencias y valores que contribuyen al modo de pensar, sentir y actuar de las personas" (Corbera, 2013, p.13).

Se puede inferir entonces que la enfermedad es una forma inconsciente en el sentido psicoanalítico jungiano, que, el sujeto encuentra para adaptarse a las circunstancias que debe enfrentar y, como individuo siendo parte de un todo genera efectos no sólo en él mismo, sino también en su entorno.

Esta manifestación orgánica se debe a su vez, a 'programas' inconscientes, entendidos como conjuntos de creencias adquiridas a lo largo de la vida e internalizadas como propias, formas de estar y de vivir que resultan tóxicas, pero naturalizadas; por otro lado, se plantea algo innovador, y es, la idea de que, generacionalmente se pueden transmitir determinados hábitos, conductas, pensamientos y formas de ser y de estar.

Así mismo, la enfermedad afectada por múltiples causas, se desarrolla a partir del no-reconocimiento sobre determinadas emociones, porque éstas no son coherentes con lo que la sociedad dictamina sobre lo que está bien y lo que está mal, cuando no son lo esperable a lo políticamente correcto. En estas circunstancias se produce una incoherencia, lo que se piensa, lo que se dice, lo que se siente y lo que

se hace, no está en coherencia con lo que de verdad se quiere hacer, sentir y pensar. En ocasiones, los pensamientos y los sentimientos son unos y las acciones son otras, lo que genera que la incoherencia se muestre en el cuerpo mediante malestar físico (Corbera, 2012). Al respecto, se adhiere la noción de “re-sentires”, definida como:

“Resentir: Es la huella de una función biológica no satisfecha, es la emoción oculta no expresada, es somática por lo que se manifiesta en el cuerpo (...) está en el inconsciente biológico por lo que solo accederemos a ella a través de la emoción y la somática, esta oculta en la sombra de la emoción expresada conscientemente. El resentir es específico, es concreto, la persona siente pena, desespero, impotencia, etc. El resentir es una frase que se hace consciente, es algo que nunca se ha dicho o expresado. Cuando sale a la luz nos libera” (Cobera, 2011, p.13).

Corbera (2011) describe dos formas de expresar las emociones que denomina: “resentir primario” y “resentir secundario”, comprendiendo la noción de resentir como “volver a sentir”, no como aquella noción que proviene del resentimiento. El resentir secundario es aquel que está calificado por la sociedad como el correcto, y que además al expresarlo no modifica nada, por ejemplo: “un marido expresa cólera cada día y no cambia nada, sigue teniendo cólera” (p.9). El resentir primario, afirma, es la emoción que se teme decir y sentir, que se califica como incorrecta por la sociedad, por ejemplo: “¿cómo puedo yo odiar a mi madre?”. La diferencia sustancial entre uno y otro, es que al develar el resentir primario y hacer consiente la emoción temida, se produce un cambio, un quiebre que modifica la percepción de la realidad, Corbera (2011) lo define como “un cambio suave, ligero, profundo, de comprensión (hay luz en la oscuridad)” (p.9).

5.1 Aportes de la Psicología Analítica

Las nociones fundamentales de la psicología analítica desarrollada por Carl Gustav Jung son aquellas que ofician de base para edificar la teoría de la bioneuroemoción, por tanto, se detallara acerca del inconsciente colectivo y la sombra, haciendo especial énfasis en el efecto espejo, para luego adentrarse en una articulación de ambas terapéuticas.

El inconsciente colectivo es una noción introducida por Jung (1970), que parte desde el aporte teórico de Freud sobre el inconsciente, que denominará inconsciente personal: “estado de los contenidos mentales olvidados o reprimidos” (p.9). Una parte del inconsciente será personal y estará sobre otra más profunda que no surge de la

experiencia ni se adquiere individualmente, sino que es innata, y se denominará inconsciente colectivo. De acuerdo con Jung (1970):

“se denomina colectivo porque este inconsciente no es de naturaleza individual sino universal, en contraste con la psique individual tiene contenidos y modos de comportamiento que son, los mismos en todas partes y en todos los individuos. Es idéntico a sí mismo en todos los hombres” (p.10).

En efecto, el inconsciente posee un fondo que es universal para todos los sujetos, son contenidos (imágenes, pensamientos, símbolos) arcaicos que se heredan sin distinción de cultura ni de épocas. Básicamente, esos contenidos se componen de instintos y arquetipos, según afirma Hyde y McGuinness (1992): “los instintos son impulsos que, a partir de una necesidad, se traducen en acciones; son de carácter biológico” (p.59), y así como los instintos habilitan acciones, los arquetipos regulan la percepción y la intuición. Continúan: “del mismo modo que los instintos rigen nuestras acciones, los arquetipos establecen cual será nuestro modo de captación del mundo. Ambos son colectivos, en el sentido de que se refieren a contenidos universales heredados que están más allá de lo personal o individual: y ambos guardan correlación entre sí” (p.59).

La Sombra por su parte, se refiere a aquel aspecto del sujeto que se considera oscuro, que presenta características inferiores, consideradas incivilizadas o primitivas, y que, el sujeto quiere encubrir a los demás (Hyde, McGuinness, 1992); esencialmente, constituye todo lo que el sujeto no acepta como propio, como sus ‘defectos’, ya que, cree que su personalidad no corresponde con estos rasgos. Jung afirma en alguna de sus frases célebres:

“La sombra representa cualidades y atributos desconocidos o poco conocidos del ego tanto individuales como colectivos. Cuando queremos ver nuestra propia sombra nos damos cuenta de cualidades e impulsos que negamos en nosotros mismos, pero que se pueden ver en otras personas”.

La sombra se compone además de, deseos reprimidos e impulsos primitivos que no corresponden con la imagen que el sujeto tiene de sí mismo, los percibe como inferiores para el ideal que tiene de sí, representa todo aquello que el sujeto no acepta de sí mismo porque no le gusta (Zamorano, 2001). Sin embargo, estas características excluidas de la personalidad se manifiestan mediante los sueños, los actos impulsivos, las enfermedades; por otra parte, son percibidos en los demás sujetos, mediante el mecanismo de proyección, que se refiere a ver esos aspectos inconscientes no reconocidas en los otros sujetos, por la gran dificultad que implica aceptar las miserias propias, la proyección es una de las maneras más cotidianas de atribuir los propios

defectos a los demás. El individuo coloca fuera de su personalidad todos los aspectos de su sombra, porque teme encontrar en el mismo las miserias (Zamorano, 2001).

Enric Corbera en sus fundamentos sobre la Bioneuroemoción, propone trabajar a la sombra en la terapia del espejo y afirma: “alegrémonos de tener tantos espejos para poder ver aquellas partes de nosotros mismos que no podemos ver por nosotros mismos” (Corbera, 2015).

En base a estos fundamentos teóricos, surge la noción de inconsciente biológico por parte de Corbera (2011), al que le atribuye cuatro características: en primer lugar, “El Otro no existe”, para el inconsciente biológico solo existe el propio sujeto, de manera que el Otro oficia de “espejo” de aquel aspecto que el sujeto no puede reconocer. Es atemporal, solo existe el presente, no hay pasado ni futuro. La realidad es igual a la virtualidad, no se diferencia entre la imaginación y lo que realmente sucede, todo llega a través de los sentidos o los pensamientos. Es inocente, todo es relativo, las nociones del bien y del mal dependerán del sujeto y de su estructura psíquica, por esto se plantea el poder que cada uno posee de modificar las creencias.

La terapia del espejo tiene sus fundamentos teóricos en La Sombra, y, propone un trabajo reflexivo para reconocerla, redescubrirla e integrarla. De acuerdo con Corbera (2011): “Todo ser humano se proyecta en los demás (...) cuando lo que percibo me produce gran desasosiego, malestar, enfado” (p. 236). Sin embargo, cuando lo que se percibe no afecta ni genera ningún tipo de emociones, el sujeto estaría aprendiendo.

La sombra siempre intenta manifestarse y representarse en la consciencia a través de sentimientos como: ansiedad, culpa, miedo; la sombra cuando es negada se transforma en síntoma y, por tanto, en enfermedad. Si se aprecia lo opuesto a lo que conscientemente se considera, se logrará hacer contacto con los opuestos, expresarlos, y reconocerlos, esta es la forma que plantea Corbera (2011) para sanar las afecciones.

5.2 La Biodescodificación

“La biodescodificación no es la solución a todos los males, pero si es un paso más a la toma de conciencia al para que yo estoy viviendo como estoy viviendo, y es el inconsciente biológico que se expresa a través de mi biología” (Corbera, 2015).

En los inicios el método utilizado se denominaba Biodescodificación, que apuntaba a la salud física y a complementar los tratamientos, mejorando la eficacia. Sin embargo, Bioneuroemoción es un término contemporáneo que describe una forma de vivir basada en el bienestar emocional, contiene todos los aspectos de la vida, no sólo dando respuestas a los problemas físicos, sino además a las conflictivas interpersonales, a todas las situaciones que generen una problemática emocional.

A pesar de la actualización del término será necesario adentrarse en la descripción del método de la biodescodificación, ya que la modificación fue ampliar el espectro de conflictivas a resolver; las problemáticas antes eran solo referidas a las enfermedades físicas, en la actualidad las problemáticas pueden ser diversas.

Se propone superar las creencias individuales, familiares y culturales inconscientes, con el fin de comprender que todas las vivencias tienen que ver con el mismo sujeto, donde los demás no existen, de esta manera la posición de víctima se transforma en una posición de activismo.

‘Bio’ proviene biología, y ‘descodificación’ proviene de código, en el entendido de que además del ADN, el resto de los aspectos de la vida se encuentran codificados, todo es información que se encuentra codificada; sin embargo, aún permanece vigente el paradigma de que las circunstancias suceden por buena suerte o mala suerte. La biodescodificación propone descubrir ‘*para qué*’ la biología da esa solución orgánica que se denomina enfermedad, el para qué, abre camino hacia uno mismo (Corbera, 2015).

El trabajo consiste en, indagar acerca de las emociones reprimidas en el inconsciente, entendido desde los fundamentos teóricos de Jung, que pugnan por manifestarse a través del lenguaje del cuerpo: una forma de ‘decir’ lo que sucede en el interior. Esta técnica promueve y enseña a ser sujetos activos en las circunstancias de la vida, siendo participes en una actitud de activismo y ocupación sobre los padecimientos. De acuerdo con Corbera (2011):

“la Biodescodificación pretende enseñar a acompañar (...) a esta zona *oscura*, a esta área de dolor anclada en el inconsciente, para que [el sujeto] dé un nuevo giro a la emoción causante del síntoma o malestar. Este nuevo giro debe ser, por supuesto, emocional. Nosotros le llamamos *tripal*, en el sentido de que cuando se experimenta se puede observar objetivamente en el [individuo]. Si no hay reacción fisiológica, no hay descodificación” (p.4).

Este método se enfoca en la búsqueda de la situación que se vivió conflictivamente, y que, produce una sintomatología, que esconde una emoción;

encontrar cual fue la circunstancia que posibilita a ubicarse en el contexto previo antes del malestar físico, advirtiéndole en cual aspecto de la vida se perdió la coherencia entre el sentir, el pensar y el hacer. Sin embargo, es de destacar que, detrás de un síntoma no hay un solo conflicto y una sola emoción (Corbera, 2012).

No se trata de un registro de las emociones ocultas y de las emociones que se manifiestan, todas se pueden manifestar de una forma u otra, lo fundamental es develar cuales son, expresarlas, poder hacerlas conscientes y así, dar cuenta de, qué es lo que se está reprimiendo y por qué. Es fundamental que el ser humano se permita volver a sentir aquella emoción o aquellas emociones que una vez no se permitió, para comprender la vivencia en perspectiva desde el presente y así, lograr una plena sanación; a esto Enric lo denomina resentir: volver a sentir la emoción que generó determinada afección (Corbera, 2012).

Corbera (2011) afirma: “El objetivo principal de la Biodescodificación es que el cliente se haga consciente de esta emoción, que hasta el presente se mantenía oculta por razones educativas, culturales, religiosas, tabús, etc.” (p.4).

Luego de haber hecho consciente la emoción oculta y la falta de coherencia, se da paso a la sanación, para lo cual es sustancial emprender la búsqueda del motivo oculto que no permitió actuar de una forma, y llegar a la profunda comprensión de que existen multiplicidades de maneras de actuar, de comportarse, de sentirse, de pensar y pensarse, que no están ni bien ni mal, que no se juzgan como correctas y esperables de un sujeto o, como incorrectas y condenables, sino que tan solo son formas; se debe dejar a un lado al pensamiento intelectual que racionaliza y juzga para lograr sentir con el corazón que se pueden tener todas las emociones, que todas son posibles.

El estudio de la biodescodificación abarca tres grandes aspectos: la edad cronológica, es decir, el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad; el proyecto sentido, que comprende desde nueve meses antes de la concepción hasta los tres años de edad y pone especial énfasis en las circunstancias que sucedían en el momento que el sujeto fue concebido, fundamentalmente que le pasaba a su madre; y, el transgeneracional, todo lo que se hereda de los ancestros, entendiéndose que repercuten hasta la tercera y cuarta generación, con esto hace referencia a que determinados hábitos, conductas, problemáticas, han de ser heredados también. Este último aspecto se relaciona con dos apartados trabajados, la concepción arcaica heredada y el inconsciente colectivo, entendiéndose que, todos los sujetos poseen pensamientos sobre determinados hábitos y conductas que heredan de inconsciente en inconsciente, por ejemplo, Corbera (2013) ejemplifica: “en la Biblia está escrito que

«los pecados de nuestros padres se heredarán hasta la tercera y la cuarta generación» (p.39).

En suma, esta línea de investigación propone una invitación al sujeto a pensarse a sí mismo, y sugiere, el sentido biológico de la enfermedad, que insta a auto-preguntarse: ¿el porqué de esta solución biológica?, dando otra perspectiva a la comprensión de la enfermedad (Corbera, 2011). Explica, todo síntoma posee un sentido biológico, es una adaptación a una circunstancia que no ha podido resolverse desde el exterior, y que se expresa en el interior del sujeto, Corbera (2011): “cuando no hay soluciones a nivel exterior, el organismo se adapta biológicamente y se genera una solución interior; por esto se debe buscar la utilidad del síntoma ya que éste tiene un sentido que es automático, inconsciente y adaptado a la circunstancia problema” (p.14); el sentido biológico insta fundamentalmente a preguntar el ¿para qué?, entendiendo que, según las características del inconsciente biológico, el por qué remite hacia el Otro -que no existe-, y el para que, hacia el sujeto mismo (Cobera, 2011). El síntoma siempre presenta una coherencia, la historia detrás de la historia manifiesta es la que otorga la congruencia del síntoma en el momento actual de la vida de quien padece.

Reflexiones

Luego del recorrido bibliográfico realizado sobre las teorías que apuntan al estudio de la relación entre las emociones y las enfermedades, enmarcadas en el paradigma de la complejidad, se puede afirmar que existe una estrecha relación entre el sujeto y su cuerpo, entendiendo que, todo lo que le suceda al cuerpo no es ajeno a la actividad diaria. Tatto (1999) afirma: “toda enfermedad hasta la “más orgánica”, guarda relación con nuestros estados de ánimo, con nuestros problemas conscientes o inconscientes” (p.19).

A través de este trabajo fundamentalmente se destacaron los grandes aportes de Najmanovich (1995) con sus estudios sobre la simplicidad y la complejidad, autora destacada que posibilita a introducirse en la temática planteada, abriendo panorama hacia un contexto holístico de multicausalidad. Luis Chiozza (2007), como autor destacado de la Teoría de los Afectos que acerca hacia la comprensión integral de la enfermedad; y finalmente Enric Corbera (2015), con la línea de investigación de la Bioneuroemoción, ayuda a complementar la propuesta de trabajo.

En las presentes reflexiones se abordarán cuatro ejes fundamentales, el primero que buscará re-pensar los objetivos propuestos en la introducción e intentará dar respuestas a las preguntas iniciales; luego se hará especial énfasis en la noción de sujeto y en el proceso de salud y enfermedad; siguiendo, se realizará un paralelismo entre las dos grandes teorías propuestas; para, finalmente dar una valoración general y personal sobre la línea de estudio del presente trabajo final de grado.

Las interrogantes esbozadas para ser develadas durante el recorrido bibliográfico, se consideran en este apartado de manera reflexiva y hasta quizás, personal. La primera pregunta partía de: ¿son todas las enfermedades posibles de ser interpretadas?, luego de las dos teorías presentadas, es posible determinar que sí, que todo lo que le sucede al ser humano tiene una razón o más, un por qué y un para que, sin embargo, es el sujeto quien debe decidir si puede indagar más allá del padecimiento tangible. La siguiente pregunta enlazada a la anterior: ¿las enfermedades tienen un contenido inconsciente que se puede develar?, se cree a partir del estudio realizado que sí, que dentro de ese “por qué” y ese “para qué” se encuentra el sentido que la enfermedad tiene y que representa un conflicto, un problema no resuelto oculto.

La próxima interrogante alude a la naturalización de la disociación mente-cuerpo, considerada habitual, y plantea: ¿existen realmente pacientes psicósomáticos, o psicósomáticos son todos los sujetos? Existe una tendencia a creer que hay

determinados pacientes que son psicosomáticos, y su sufrimiento presenta un fuerte componente psicológico, y que, por otro lado, hay pacientes que simplemente presentan enfermedades físicas que son 'verdaderas'. Esta noción, es un mito fuertemente impuesto en la sociedad occidental, una creencia que no se cuestiona; sin embargo, en esencia todas las personas son psicosomáticas debido a que, cualquier padecimiento lleva implícito un significado y un sentido; el cuerpo habla y la enfermedad es el lenguaje, porque muestra simbólicamente, pero oculta el sentido.

Es importante tanto cuando sea visible el síntoma, como cuando no lo sea, de cualquier forma, está expresando 'algo'. Las enfermedades tienen que ver con multiplicidad de factores, fundamentalmente con aquellos asuntos conflictivos que han sido traumáticos para el sujeto, de forma que, los sentimientos y las emociones adquieren un sitio de relevancia. Sin embargo, en la consulta médica no han de ser sustanciales en la determinación de un diagnóstico, ya que comúnmente, este aspecto no es relevante, si el síntoma no es visible, la dolencia pasa a la categoría de "nerviosa" o "estrés" o "emocional", de acuerdo con Tatto (1999) para el médico en general, si no se percibe una alteración específica en el organismo entonces no se está enfermo. En realidad, desde esta posición, las enfermedades son nerviosas, son emocionales, y son además orgánicas.

Respecto a la tan mencionada pregunta, propuesta por Viktor von Weizsäcker, y citada por Korovsky (1993): "¿Por qué una persona se enferma en un momento de su vida y no en otro, de esa enfermedad y no de otra?" (p. 30), es una interrogante que invita a reflexionar, a dar cuenta que ningún sujeto se enferma ni presenta una dolencia por el sólo motivo orgánico.

La última pregunta refiere a: ¿existen emociones detrás de todas las enfermedades? Considerando que, en esencia el ser humano es un sujeto biológico, social, psicológico y emocional, es posible plantear que, detrás de todo lo que al sujeto le pase siempre hay una emoción, un afecto oculto como también plantea Chiozza en su teoría de los Afectos.

La noción de sujeto se modifica, y por tanto, las nociones del proceso de salud y enfermedad también, o quizás ambas nociones en interjuego se modifican mutuamente sin poder distinguir cual modifica a la otra. A partir de estas menciones es esencial vislumbrar el cambio en el proceso de salud y enfermedad, en el entendido que el individuo deja de ser aquel que se postulaba en el modelo médico hegemónico "nicho de la enfermedad", ni siquiera noción de sujeto parece haber. Desde esta mirada que se propone, no sólo el sujeto obtiene un lugar sino además es escuchado,

y no sólo ante su sintomatología física, sino igualmente sobre sus problemas cotidianos, sus conflictivas vinculares, que siente, que piensa, que le pasa. De acuerdo con Najmanovich (1995):

“El sujeto no es una sumatoria de capacidades, propiedades o constituyentes elementales; es una organización emergente de la interacción de suborganizaciones entre las que se destacan la cognición, la emoción y la acción; que son las formas de interacción del sujeto con el mundo. El sujeto solo adviene como tal en la trama relacional de su sociedad” (p.20).

Respecto al paralelismo entre las teorías propuestas, es para destacar que, ambas de diversa manera apuntan al análisis de las emociones ocultas en las enfermedades, conjugadas en una epistemología de la complejidad que habilita a concebir un sujeto integral y holístico, comprendido como un individuo complejo y compuesto por múltiples dimensiones. Así, la concepción del ser humano se transforma, el sujeto deja de ser identificado con, sólo sus características físicas o sólo sus características psíquicas, también deja de ser comparado con una máquina como proponía el paradigma de la simplicidad; al respecto Najmanovich afirma (1995):

“Desde la perspectiva de las ciencias de la complejidad, el sujeto no es meramente un individuo, es decir un átomo social, ni una sumatoria de células que forman un aparato mecánico, sino que es una unidad heterogénea y abierta al intercambio” (p.20).

La Teoría de los Afectos, propuesta por Chiozza (1977), permite acercarse a la concepción de sujeto integral porque, habilita a trabajar sobre aquellos aspectos ocultos e inconscientes que esconden el sentido de la enfermedad para el sujeto, considerando que siempre se hallan ocultos afectos pasados que, se resignifican en el presente. Por su parte la Bioneuroemoción, desarrollada Corbera (2015), plantea el hecho de que, detrás de toda enfermedad o sintomatología hay una emoción; hasta aquí ambas teorías con diversas palabras, apuntan hacia la misma finalidad. Sin embargo, la diferencia radica en la forma de abordar al sujeto, la teoría de los afectos tiene su base en el psicoanálisis freudiano y la consideración del inconsciente planteada por Freud; por otro lado, la bioneuroemoción tiene en sus raíces a la psicología analítica propuesta por Jung. Esto quiere decir que, las terapéuticas utilizadas se manejan de distintas maneras básicamente porque los cimientos son diferentes.

Continuando con la comparación, se observa otra diferencia entre ambas teorías, la psicósomática rioplatense apunta a un trabajo psicoanalítico de constancia, que requiere de una asistencia estable al encuentro con el terapeuta, es un abordaje

con un objetivo establecido, donde el paciente realiza un recorrido. La bioneuroemoción a comparación resulta ser más concreta, con técnicas corporales de resolución de conflictos, con preguntas específicas que van develando la emoción y el conflicto oculto, con esto quiere decir que, no se apunta a un trabajo terapéutico de larga data, sino a la resolución del conflicto en el tiempo que lleve, una sesión, dos sesiones, seis meses.

A modo de visión general sobre este trabajo, no es esta monografía en sí, sino la temática seleccionada que, proporciona una apertura mental ante la salud, comprendiéndola de forma íntegra, compuesta por diversos aspectos. Por otra parte, es relevante para el rol del psicólogo, quien se verá beneficiado al poder ver a su paciente no sólo como una psiquis humana, o como un inconsciente, sino como una persona, como lo que es en su vida cotidiana. Esta posición habilita a tener una comprensión holística frente a cualquier conflictiva del paciente y poder verlo integralmente. Ya decía Korovsky (2008):

(...) así como nunca entró en mi consultorio un inconsciente flotando sino que venía - envasado - en un cuerpo, encontré que lo inconsciente de esa persona se podía expresar no solamente en forma verbal a través del relato de sus sueños, de sus lapsus o de sus actos fallidos, sino también mediante otros dialectos: el corporal en forma de gestos, de la postura o incluso de un lenguaje visceral (Korovsky, 2008, p.5-6).

Finalmente, de manera personal, este trabajo final de grado, ha aportado como futura profesional la visión holística de los conflictos que puedan surgir, al entender que existen tantas panorámicas como sujetos. Fundamentalmente ante el abordaje con pacientes, posibilita una visión amplia ante los procesos de salud y enfermedad, considerando el paradigma de salud compleja, al advertir que los individuos no son sólo un aparato psíquico o solamente un cuerpo biológico que responde a estímulos, sino un solo organismo: cuerpo y mente integrados. Además, la realización de este trabajo, habilita a continuar los posteriores estudios, siguiendo la búsqueda de más respuestas acerca de las emociones que se ocultan en las enfermedades.

Referencias Bibliográficas

- Capra, F. (1996) Cap. 1 Contexto Cultural, Cap. 2 La Emergencia del Pensamiento Sistémico. En: *La Trama de la Vida, una nueva perspectiva de los Sistemas Vivos*. Ed. Anagrama: Barcelona.
- Centro de Estudios Oníricos de Chile. (2001). Por el Sendero de Jung. La sombra. José Francisco Zamorano. Recuperado de: http://www.ceoniric.cl/spanol/send_jung_col/la_sombra.htm
- Centro Weizsaecker (s.f). Centro Weizsaecker de consulta médica: El Estudio Patobiográfico. Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.weizsaecker.com/estudio.php?lang=es>
- Chiozza, L. (1977). *Cuerpo, Afecto y Lenguaje. Psicoanálisis y enfermedad somática*. Ed. Paidós: Buenos Aires.
- Chiozza, L. (2007). *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*. Ed. Libros del Zorzal: Buenos Aires.
- Chiozza, L. (2008). Cap. 1 El Alma en el Cuerpo. En: *Afectos y Afecciones 3: Los afectos ocultos en la enfermedad del Cuerpo*. Ed. Libros del Zorzal: Buenos Aires.
- Chiozza, L. (2008). Enfermar y Sanar. En: *Metapsicología y Metahistoria 5. Escritos de Teoría Psicoanalítica. Obras Completas. Tomo VII*. Ed. Libros del Zorzal: Buenos Aires.
- Cobera, E. (2015). Enric Corbera Institute: BioNeuroEmoción®. Barcelona: Dinamiweb. Recuperado de: <https://www.enriccorberainstitute.com/bioneuroemocion>
- Corbera, E. (2013). *Fundamentación Teórica de la Bioneuroemoción: evolución de la biodescodificación*. Barcelona: ULM Productions e-books. Recuperado de: http://api.ning.com/files/Dy9ynGqwNIRs5La20dwxnKE5kf-NrDWcSzEbyU5JelrhYf2tLJVhBBqmtL4WWVFe6Uk0903aMxtBq8WBSscgSLc h*F30x5io/FundamentacintericadelabioneuroemocinEnricCorbera.pdf

Corbera, E., Marañón, R. (2011). *Tratado de Biodescodificación*. Ed. Indigo: Barcelona. Recuperado de: http://api.ning.com/files/DkRfQoehpOp7pjVfLwuFLgW8OFJzMGMMKunsm4MlvpIV3FvSu99EMwQm2GGIZ4*ZEHqxFHsnnE9jvtt44x3IPxsFqvhs03f/Tratadodebiodescodificaci4nEnricCorbera.pdf

Corbera, E., Marañón, R. (2012). *Biodescodificación. El código secreto del síntoma*. Ed. Indigo: Barcelona. Recuperado de: http://api.ning.com/files/Dy9ynGqwNIRIPWNLo49dmYog3Cswvh5GMOfanRVLwNAfaEyDOyES9QmgWr*ZSljkda1oYmqo04ALwige8S8y7YCe2-UCEFO/BiodescodificacinelcdigosecretodelsntomaEnricCorbera.pdf

De la Cuesta, P.; Díaz, A.; Vaeza, R. (2009). Consideraciones sobre el Concepto de Salud. En: Equipo Docente de Introducción a las Teorías Psicológicas Corrientes Teórico Técnicas. *Perspectivas Psicológicas en Salud*. (pp. 29-37). Ed. Psicolibros: Montevideo.

Freud, S. (1890). Tratamiento Psíquico (Tratamiento del Alma). En: Obras Completas Vol. 1. Ed. Amorrortu: Buenos Aires.

Freud, S. (1895). Estudios Sobre la Histeria. En: Obras Completas Vol. 2. Ed. Amorrortu: Buenos Aires.

Hyde, M., McGuinness, M. (1992). Jung para principiantes. Ed. Era Naciente: Buenos Aires.

Jung, C.G. (1970). Arquetipos e Inconsciente Colectivo. Ed. Paidós: Barcelona.

Korovsky, E. (1993). *Psicosomática Psicoanalítica*. Ed. Roca Viva: Montevideo.

Korovsky, E. (2008). *Desde el corazón del psicoanálisis. Psicosomática Psicoanalítica II*. Montevideo, Uruguay: Ediciones de la casa.

Laín Entralgo, P. (1950). *Introducción Histórica al Estudio de la Patología Psicosomática*. Ed. Paz Montalvo: Madrid. Recuperado de: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/introduccion-historica-al-estudio-de-la-patologia-psicosomatica.pdf>

Laplanche, J.; Pontalis, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Ed. Paidós: Buenos Aires.

Najmanovich, D. (1995). *El lenguaje de los Vínculos. De la Independencia absoluta a la autonomía relativa*. Revista *Redes del lenguaje de los Vínculos*. Ed. Paidós: Buenos Aires. Recuperado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7q2lYhy7UwJ:www.denisenajmanovich.com.ar/upload/EI%2520lenguaje%2520de%2520los%2520vinculos.%2520De%2520la%2520independencia%2520absoluta%2520a%2520la%2520autonomia%2520relativa.doc+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=uy>

Najmanovich, D. (2001). *La complejidad: De los paradigmas a las figuras del pensar*. Revista de Complejidad, Ciencia y Estética; Buenos Aires. Recuperado de http://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Complejidad_de%20los%20paradigmas%20para%20pensar.pdf

Najmanovich, D. (2005). *El Juego de los Vínculos. Subjetividad y Redes: Figuras en mutación*. Ed. Biblos: Buenos Aires.

Russo, A. (2009). *Psicosomática Psicoanalítica. Un enfoque que supera la clásica dicotomía mente-cuerpo*. En: Equipo Docente de Introducción a las Teorías Psicológicas Corrientes Teórica Técnicas. *Perspectivas Psicológicas en Salud*. (pp. 57-68). Ed. Psicolibros: Montevideo.

Saforcada, E., De Lellis, M., Mozobancyk, S. (2010) Cap. 1. *Salud Pública: perspectiva holística, psicología y paradigmas*. En: Saforcada, E., De Lellis, M., Mozobancyk, S. *Psicología y Salud Pública*. (pp. 19-42). Ed. Paidós: Buenos Aires.

Tatto, G. (1999). *Cuando el Cuerpo Habla*. Ed. Trilce: Montevideo.

Tatto, G. (2006). *Los Mensajes del Cuerpo: el Enfoque psicosomático del enfermar*. Ed. Trilce: Montevideo.

Vergara Quintero, M. (2007) *Tres Componentes Históricos del Proceso Salud-Enfermedad. Hacia la Promoción en Salud*. Volumen (12), 41-50. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf>

Webdianoia (2001-2005). Webdianoia: Historia de la Filosofía. Madrid: Webdianoia.
Recuperado de: <http://www.webdianoia.com/contemporanea/kuhn.htm>