

La enfermedad de los mil nombres: S.F.C.

Interpretación Psicodinámica del Síndrome de Fatiga Crónica (CFS)¹ y de otras biopatías similares como la fibromialgia.

Dr. José López Gálvez, Col.7473
Médico psicoterapeuta²

Resumen: Este trabajo es un nuevo acercamiento a una enfermedad multifactorial cuyo sustrato terapéutico general se desarrolla en sus desordenes orgánicos, por lo que se necesitan otras vías y claves para un tratamiento multi-disciplinar psicológico y social, en vez de un planteamiento únicamente médico.

STATEMENT: This report is a new approach of a multi-factorial disease that the general background of the therapeutics actions is in it organics disorders. The complete social, psychological and multi-disciplinary treatments needs other pathways.

PRESENTACIÓN

El motivo del presente trabajo se debe a varios factores; todos ellos surgen de una total implicación con la auténtica realidad clínica del paciente, no sólo como base y asentamiento de criterios preestablecidos, o metodologías clásicas y cerradas, sino que es otro intento ante la posibilidad de confrontar una nueva entidad nosológica, o deducir de ella su presencia en otros procesos en los cuales aparece de forma menos evidente.

Parto de la base de que no creo en medicinas o psicologías alternativas, sólo hay una medicina o psicología; el problema surge cuando esa medicina o psicología tienen que decidir entre ser científicas o por otro lado ser científistas.

Son **científicas** cuando se trabaja sin *aprioris*, con un espíritu crítico, con afán de investigar nuevas hipótesis. Para ello, se debe partir de hechos clínicos, tratando de aunar conocimientos multi-disciplinarios con el fin de crear un cuadro real del proceso para conseguir una hipótesis, a partir de los resultados, que sea sostenible y verificable.

Las posiciones **científistas**³ las desarrollan algunos sujetos planteando hipótesis previas en las que sólo les preocupa que “sus” hipótesis sean las verdaderas. Todo lo que se aparta de los dogmas establecidos no merece ni una mínima investigación. Se empeñan en que sólo hay una dirección clínica establecida y esa es la generalizada, sin opción ninguna a la autocrítica.

Debido a mi evolución profesional como anestesiólogo implicado en el tema del dolor -no sólo desde los aspectos físicos, sino desde los emocionales y psíquicos (el efecto placebo, etc.)- y por

¹ La denominación de “la enfermedad de los mil nombres” fue utilizada por primera vez por el Dr. David Bell, pionero en el estudio del SFC.

² Terapeuta carácter-analítico, médico adjunto de anestesiología y Reanimación (en excedencia, Hosp.. Clin. Univ. Valencia), miembro de la S.E.P.T.G., miembro de A.T.R.E; miembro de la S.E.P.I. .

³ Este concepto lo aporta Kuhn en su libro sobre el paradigma.

otra parte mi actual labor dentro de la psicoterapia, he tenido la oportunidad de tratar de forma global pacientes con fibromialgia y síndrome de fatiga crónica⁴, además de otros pacientes con diferentes procesos psicodinámicos que presentan síntomas interconectados e interrelacionados con los dos anteriores.

Esto me ha llevado, sobre todo ante la insistencia de una paciente de SFC⁵, a presentar el presente trabajo donde desarrollo una hipótesis clínica que permite una mayor asistencia y posibilidad de acción preventiva sobre un conjunto de pacientes, que desde mi hipótesis entran dentro de una tipología específica muy propensa a desarrollar biopatías⁶: son los sujetos cuya estructura caracterial entran dentro del tipo Borderline⁷.

En los casos que he tratado y de los que voy a comentar en este trabajo, se ha conseguido, en uno de ellos, que la fibromialgia esté asintomática⁸. En el otro, el cual lleva menos tiempo de trabajo psicoterapéutico y que sufre del síndrome de FC⁹, se ha conseguido una mejoría profunda de los síntomas depresivos y un inicio de mejor atención y comprensión de su estado neuromuscular y vegetativo, que en estos casos, además de los factores clínicos y humorales detectados, deben ser necesariamente valorados y tratados.

INTRODUCCIÓN

El nombre del SFC fue elegido de forma oficial por un grupo de científicos en 1998, por ser la fatiga el único síntoma común en el 100% de los pacientes. No hay realmente un acuerdo en como denominar el síndrome debido a la dificultad de encontrar la causa.

Aunque se considere una enfermedad de final de siglo, hay informes de casos descritos muchos años atrás con síntomas muy similares, pudiéndose afirmar que el SFC / EM¹⁰ actual se correspondería con una serie de enfermedades de corta existencia de antes¹¹.

En otros casos, el SFC se ha identificado con el denominado Síndrome de Sensibilidad química múltiple (MCS) propuesto por Cullen en 1987 o también con la hipersensibilidad ambiental, con la enfermedad del siglo XX, o incluso con la enfermedad ecológica. Otras denominaciones¹² también le son atribuidas: Agotamiento nervioso, Fiebre Nerviosa, Neurastenia, Síndrome de Da Costa, Enfermedad crónica por EBV, Síndrome de alergia total, encefalitis miálgica benigna, neuro-miasténia epidémica, etc..

La American Association for chronic fatigue syndrome (AACFS), por su parte, define el síndrome como un desorden multisistémico que se caracteriza por una **fatiga discapacitante**,

⁴ diagnosticados por especialistas de su área de salud, con intervención de reumatólogos e internistas.

⁵ SFC: siglas de Síndrome de fatiga crónica, a partir de ahora usaré la sigla de abreviación.

⁶ Biopatía, concepto acuñado principalmente por W. Reich, para definir las enfermedades crónicas y degenerativas, sobre todo las de etiología idiopática.

⁷ dentro de mi línea profesional, para mis colegas y para mí, ya no es una hipótesis sino un hecho clínico relevante.

⁸ La fibromialgia es definida por mí como una Simpaticotonía crónica

⁹ Quiero señalar -como sospecha clínica- que los hallazgos del SFC de esta paciente, a nivel de la situación neuromuscular, sería como una evolución tórpida de la fibromialgia, que lleva a la fatiga de la función muscular con la consabida sensación de eterno agotamiento. Esto requeriría otro trabajo aparte, con estudios sobre el músculo, que va más allá del momento actual.

¹⁰ SFC/EM: Síndrome de Fatiga Crónica /Encéfalo mielitis miálgica.

¹¹ Manningham, 1750; Beard, 1881.

¹² Dr. Arnold, Pablo A., Síndrome de Fatiga Crónica.

síntomas neurológicos y neuromusculares, trastornos cognitivos, desequilibrios neuroendocrinos y alteraciones inmunológicas.

El **factor inmune** juega un rol fundamental en la dinámica de este síndrome, al que muchos prefieren llamar Síndrome de Fatiga Crónica y disfunción inmune (CFIDS), debido a la frecuente afectación del estado inmunológico que se ve en estos pacientes. Por lo tanto, sí hay consenso en cuanto a que **es un desorden multi sistémico caracterizado por un espectro muy amplio de síntomas**. Por otra parte, no hay indicios de que los agentes infecciosos sean los responsables de la cronicidad de esta enfermedad, aunque se sabe que las infecciones son uno de los disparadores de la misma. A pesar de estas valoraciones, para algunos autores, sigue siendo de etiología desconocida, precisando aún más investigaciones.

En todos los trabajos publicados se incluyen numerosas formas de tratar la enfermedad, pero ninguna satisfactoria. Lo mas desesperante es, pues, que ninguna de las formas de tratamiento al uso es suficiente, y es aquí donde espero poder desarrollar no solo mi hipótesis clínica, sino mi aportación a la forma de tratar el síndrome y hacer una adecuada profilaxis a nivel social general.

El hecho mas evidente para mí es que **este síndrome es el resultado de un proceso, no una enfermedad en sí a ser tratada**, por ello me encuentro en la actualidad, con que, por un lado, debe ser mas bien paliada y prevenida y por otro, debido a la hipótesis que presento en este texto, el sustrato epidemiológico que define a estos pacientes entra dentro de una topología y nosología descriptiva bien definida (por la sistemática de la Vegetoterapia carácter analítica), con lo que son pacientes necesitados de encontrar un nuevo modo de abordaje terapéutico complementario.

En esta metodología de la Vegetoterapia carácter analítica se describe que este tipo de pacientes -los borderline, en general- presentan, a veces desde su nacimiento, problemas de origen biológico y psicológico, tanto de carácter hereditario como adaptativo, que son agravados por las situaciones de estrés emocional cronificado por las actitudes disfuncionales de sus núcleos familiares y a veces también de su ambiente socio cultural. Estos hechos son los que aparecen con frecuencia en los historiales de pacientes con SFC, ya que al pertenecer al grupo de los sujetos borderline son los sujetos con mas tendencia a este tipo de enfermar, y en general, los más propensos a padecer biopatías¹³.

Si el desarrollo de mi exposición consigue que mi hipótesis tenga una aceptación suficiente para ser discutida y experimentada, es posible que sea necesario un cambio de actitud global en los profesionales de la salud que los tratan, para poder acercarse a una sistemática nueva -sin tener que renunciar a sus propio modelos de trabajo- requiriendo un esfuerzo de implicación y formación personal y profesional mayor¹⁴.

¹³ Diabetes, HTA, etc.

¹⁴ No sólo para estos casos descritos aquí, sino en cualquier trabajo con sujetos enfermos, ya sea física o psíquicamente, los profesionales de la salud tendrán que hacer consciente que la relación médico (terapeuta) enfermo toca aspectos propios de la personalidad del profesional de la salud (ese fenómeno se denomina contratransferencia), y precisa por parte del especialista un gran nivel de empatía, formación y humildad personal. Eso ayudaría al especialista a atender con más eficacia al sujeto enfermo.

Síndrome de Fatiga Crónica, diagnóstico y conceptualización clínica clásica.

Como he señalado antes, la definición que resulta más acertada es la descrita por la AACFS, que considera que el **Síndrome de Fatiga Crónica (SFC)** puede definirse como un **desorden multisistémico cuyos síntomas más destacados son:**

1. **una fatiga discapacitante.**
2. **síntomas neurológicos y neuromusculares.**
3. **trastornos cognitivos.**
4. **desequilibrios neuroendocrinos y**
5. **alteraciones inmunológicas.**

Algunos de los diagnósticos diferenciales del Síndrome de Fatiga Crónica los presento en forma de cuadros para su mayor comprensión. Se incluyen el desorden somático (SD) y el desorden generalizado de ansiedad:

SFC	SD (desorden somático)
Síntomas	4 síntomas dolorosos:
<p>Fatiga: el primer hallazgo sintomático. Aparición repentina de síntomas complejos y variados, en los grupos de 30-40 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • síntomas cognitivos, • nódulos linfáticos / cuello dolorosos. • dolor muscular, • dolor poli articular, • llagas en la garganta. • jaquecas, • sueño no reparador, • malestar tras el ejercicio. • dificultad en iniciar / mantener el sueño. • disania (despertar cabeza nublada y confusa). <p>La intensidad de los síntomas en un buen patrón diferenciador respecto a estos síntomas en sujetos sanos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga: no se encuentra habitualmente. • síntomas gastrointestinales. • síntomas sexuales.

SFC	Desorden generalizado de ansiedad
Fatiga severa y debilitante.	Preocupación excesiva y persistente.
<p>Ambos participan de síntomas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fatiga. • dificultad a la concentración, • trastorno del sueño, • irritabilidad, • desasosiego, • latido cardíaco rápido. 	

También añadido los criterios de selección de casos del modelo canadiense, como se ve en la grafica siguiente:

Criterios Canadienses de Selección de casos:

1. menor morbilidad psiquiatrica.
2. mayor deficiencia funcional física.
3. mas síntomas neurológicos y psiquiátricos y fatiga / debilidad.

Si observamos el trabajo de la 6^o reunión de la AACFS, la conference report de MERGE ¹⁵, veremos en esta publicación, si nos fijamos en las estadísticas de la población que padece el síndrome de fatiga (en general, por otros motivos) un cuarto de la misma lo padece y además un 6% de los mismos corresponden al síndrome de fatiga crónica ¹⁶, lo cual ya no lo hace un síndrome raro, poco frecuente. Si vemos la proporción entre latinos, la media seria (726/100000;318/,337), tras estudio simple, un volumen importante. Nos señala un porcentaje importante entre las clases mas necesitadas.

Las diferencias raciales no son claras, aunque con su terrible sistema sanitario donde la buena salud sólo está en manos de las clases pudientes -siendo el resto de la población subsidiaria de un sistema mas débil, el Medicare- no podemos saber si el muestreo de población hace el trabajo estadístico veraz. Con lo que en el país donde hay mejores estudios sobre el proceso, no puedo sentirme seguro, que la muestra elegida de pacientes sea adecuada, con lo que ciertas variables y resultados, tanto de incidencia, como de métodos terapéuticos, pueden necesitar revisión.

También señala este informe que hay un mayor numero de mujeres que lo padecen. ¿Tendrá que ver los factores neuroendocrinos, la regla, debido a la importancia de la relación del sistema diencefalo-hipófisisario y los ovarios?.

En este trabajo se confirma una alta prevalencia de enfermedades auto inmunes que padecen el SFC un 50%. Es de señalar como se complica el diagnostico del proceso, debido a que incluso las analíticas realizadas dan resultados bastante normales, sólo en algunos casos se ve temperatura corporal baja, hipotensión, linfadenopatias, allodinia ¹⁷, aumento de las fosfatasas alcalinas, reducción de la IgG, aumento colesterol, etc.

Nos encontramos con descripciones de datos variados, que van delimitando su pertenencia o no a diferentes patologías ya diagnosticadas y la suma de determinados factores, nos acercan a suponer que tal sujeto, puede ser subsidiario de ser incluido en el SFC.

Aquí ocurre como con los criterios del DSM-IV, que nos sirven muy bien para comunicarnos entre profesionales de diferente formación, conductivistas, psiquiatras, psicoanalistas, etc. Que definen muy bien los comportamientos de lo sujetos, así como ciertas actitudes ya descritas como patológicas y con estos datos se les define como tal o cual etiología. Pero sin tener en cuenta el hecho biográfico, familiar, biológico, social, que sí define la enfermedad.

¹⁵ MERGE: Myalgic Encephalomyelitis Research Group for Education & Support.

¹⁶ Si los datos de la traducción que he recibido son correctos.

¹⁷ Hipersensibilidad al contacto que se hace doloroso incluso en situaciones que no debían serlo.

Como es el caso por ejemplo de las depresiones¹⁸, que dependiendo que la padezca un neurótico o un psicótico, o un sujeto fronterizo¹⁹, el pronóstico va a cambiar. Por ejemplo, las depresiones en sujetos psicóticos, son las que se pueden definir como crónicas e incluso idiopáticas²⁰.

Esto es un campo de batalla entre psiquiatras y psicoterapeutas (sean médicos o psicólogos), por suerte cada vez hay más psiquiatras con formación realmente psicoanalítica (se han formado como analistas y han realizado su terapia personal), y ya toman en cuenta todos estos factores como etiogénicos de los cambios biopáticos del sujeto.

Por eso todo el esfuerzo clínico hacia el SFC, viene después de un arduo diagnóstico, cuando ya la enfermedad es tan clara que es casi imposible hacer profilaxis. Cuando además a nivel social y laboral, es un trastorno que da mucho pie a falsas bajas de enfermedad y a fraude, con lo que se agrava el proceso.

El que en los diferentes autores nos encontremos con grandes discrepancias en los resultados diagnósticos, posiblemente es debido al uso de diferentes metodologías.

Una de las causas que señala el informe americano, es que algunos pacientes con SFC no están dentro del sistema tradicional de salud, y por lo tanto no tienen médico, esto dificulta el proceso no sólo diagnóstico, sino también preventivo.

Por ahora en nuestro país el sistema de salud abarca a casi toda la población, y el trabajo epidemiológico, aunque duro, es posible. Esperemos que siga siendo una prioridad no discutible por parte de TODAS las fuerzas políticas.

¿Por qué se ha tardado tanto en unificar criterios?. ¿Por qué es un proceso de desorden multisistémico?.

¿Se sabe realmente como hacer profilaxis o prevención?, pero... profilaxis, prevención...de qué, desde donde?.

Si nos fijamos todos los trabajos se dedican a hacer más precoz el diagnóstico, a buscar terapias paliativas de los síntomas (¿recordamos que el síntoma es la punta del iceberg de algo más profundo?).

Seguimos empeñados en buscar respuesta específicas para la enfermedad. ¿Pero es realmente un agente etiológico específico?, o **es un problema del terreno biológico subyacente**. Quiero decir que es muy importante la idiosincrasia del sujeto. Si queremos encontrar una causa única, un único agente desencadenante, corremos el riesgo de actuar de nuevo con una visión mágica buscando un factor y no viendo al enfermo dentro de un biotopo, es decir, el sujeto psíquico, con su cuerpo como terreno expresivo de sus vivencias y en relación al medio donde vive.

En los trabajos clásicos las causas no han sido aún identificadas ni hay aún pruebas clínicas que confirmen con seguridad el diagnóstico.

¹⁸ La depresión: ¿es un síntoma?, ¿es una enfermedad en sí?. Hay autores que difieren, Navarro, Serrano, Racknes, entre otros, yo mismo incluso matizaría mucho el término depresión.

¹⁹ Mas adelante daré detalles, sobre esta clasificación señalando los trabajos del Dr. Federico Navarro, véase bibliografía adjunta.

²⁰ Se trata de idiopático un montón de procesos cuyo curso se debe a una vitalidad y energía baja del sujeto, debida a factores genéticos, metabólicos, incluso. Siendo clave que cuando se habla de energía del sujeto, de potencialidad vital, se nos acusa siempre de subjetivismo; nunca se quiere ver la dialéctica del concepto metafórico de energía y de su sustrato en lo físico.

De hecho los neurólogos son renuentes a reconocer y describir el patrón de estos síntomas por no ser específicos. Sí que señalan que si los problemas neurológicos son precoces, respecto al SFC, o se empeoran durante los dos, tres primeros años, la evolución y el pronóstico de la enfermedad del SFC es peor, aunque los síntomas generales o físicos hayan mejorado.

Todavía hay profesionales que dudan de la existencia del síndrome y creen que todo está “en la cabeza” del paciente.

Las conclusiones del tratamiento clásico son, entre otras, que ninguna es satisfactoria y todas paliativas²¹.

Se tratan los **desordenes del sueño, dolores crónicos, depresión, fiebre, inflamación de los ganglios, etc**²², reposo y antidepresivos. ¿Sólo reposo y antidepresivos?. De nuevo nos encontramos con la mirada organicista hacia un ser global como es el enfermo.

Aparte de los problemas infecciosos, que cronifican la enfermedad, algunos autores quieren ver si la produce un virus. Aquí se ve de nuevo la relación del **terreno biológico** con la infección.

¿Recordamos la identidad yoica en relación a la identidad inmunológica? ¿Recordamos como el estrés (con gran relevancia de lo emocional) mantenido, aumenta la adrenalina y esta reduce el factor de complemento que es básico para la formación de células auto inmunes?. Cuantas gripes, catarros aparecen después...o ante problemas intensos a resolver, que agotan al sujeto.

Las “pupas” de las abuelas en el labio inferior, que achacaban a un enfado o una mala noche del nieto o del hijo, son pequeños ejemplos de la relación entre emoción, vegetativo e inmunidad.

HIPOTESIS CLÍNICA Y METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN EN UN TRABAJO MIXTO CLÍNICO Y DE CAMPO, DENTRO DE LA V.C.A. (VEGETOTERAPIA CARÁCTERO ANALÍTICA).

Síndrome de Fatiga Crónica, hipótesis clínica Psicodinámica, posibilidades de tratamiento y profilaxis. Un acercamiento multidisciplinar: terapéutica carácter analítica y herramientas convergentes (médicas, sociales, etc.)

De entrada no voy a hablar del Síndrome de Fatiga Crónica, sino que voy a intentar entrar de forma didáctica, poco a poco en el proceso de identificación de esta Biopatía, desde el campo clínico desde el que yo me muevo.

Todo ser humano, a partir del proceso de fecundación, cuando de dos cigotos se va a desarrollar en morula y a partir de ahí, en un ser multicelular muy complejo, sufre un proceso llamado de luminación; es decir, el proceso embrionario es como una gran bomba de energía, donde a partir de los patrones de los dos fragmentos de ADN que aportan los padres se desarrollará (en un ambiente adecuado) en el útero y se convertirá en ser humano.

²¹ Arbitrio, Mónica. El síndrome de fatiga crónica necesita tratamiento.

²² Están en negrita los datos que se van a ir interpretando desde la hipótesis clínica que voy a presentar en breve en este texto.

A este nuevo ser le van a afectar no sólo los factores genéticos, sino los medioambientales que proviene de la madre y del entorno y que son filtrados a través de la placenta por un lado y en la acción de la presión muscular de las fibras del útero por el otro, las cuales no permanecen estáticas durante todo el proceso del embarazo, sino que sin generar las contracciones propias del expulsivo, si se van contrayendo por estímulos vegetativos, dependiendo del estado emocional de la madre.

Siguiendo la evolución durante todo el proceso de psicoterapia de pacientes que además están embarazadas, se constata este fenómeno de las diferentes contracciones uterinas en función de su situación emocional, interviniendo a su vez como coadyuvante el diafragma. Pero desgraciadamente, el poder llevar un registro, requiere una metodología y aparataje de los que carezco por el tipo de actividad clínica que desempeño. Sería necesario un seguimiento hospitalario o de área de salud.

En medicina y en psicología sabemos la importante acción que tiene sobre el desarrollo embrionario los factores alimenticios (nutricios) y los cambios de estrés de la madre. Todos estos factores que interactúan a nivel orgánico, son perceptibles y medibles: tales como cierta hipertensión uterina por estrés emocional, aumento de la TA de la madre o los cambios menos perceptibles del pH en el líquido placentario y en la sangre de la madre, así como en la del feto.

A ese nivel, el embrión interactúa con su medio de forma quimiotáctica, forma que no es perceptible, pues hasta muy avanzado el embarazo, no hay un desarrollo del SNC y SNV²³, tras la diferenciación y separación de la hoja embrionaria del neuroectodermo, hacia la piel por un lado y hacia el SN por el otro.

Por un lado tenemos los trabajos históricos de investigación de W. Reich a este nivel, relacionados con la coraza y el sistema neuromuscular y neurovegetativo que son excelentes (no deberían ser tan cuestionados²⁴ pues son fácilmente demostrables). Por el otro lado tenemos los trabajos más actuales y relevantes del neuropsiquiatra y didacta carácteranalítico italiano Federico Navarro²⁵ (fallecido recientemente) que nos aportan la información relativa a la importancia del SNV, sistema nervioso autónomo y el diafragma como medio de autorregulación emocional, psicológica y de pulsación del biosistema en el animal multicelular que somos, en relación con la pulsación plasmática que tiene todo organismo unicelular, y que en el hombre que es un ser pluricelular muy diferenciado se expresa mediante la pulsación libre del diafragma -no sólo para la respiración, sino como regulador emocional- y la relación funcional del SNV con el sistema músculo-esquelético.

De tal forma que se ha comprobado²⁶ que a nivel biológico podemos hablar de **miedo**, aplicado también a las respuestas púlsátiles del bioplasma celular.

²³ SNC y SNV, corresponden a las siglas del Sistema Nervioso Central y Vegetativo.

²⁴ Si en cambio son discutibles sus teorías sobre el Orgón, que para nada estoy aquí directamente poniendo o comentando, mi concepción de lo energético es diferente. Dejo al lector interesado, que lea la obra de Reich y saque sus conclusiones, este trabajo se basa también en otros aporte clínicos empíricos.

²⁵ Discípulo de Ola Racknes, y su continuador y desarrollador de la importante metodología de la Vegetoterapia carácter analítica. Maestro de numerosos terapeutas postreichianos italianos, brasileños, franceses y españoles. Ver bibliografía al final.

²⁶ Dr. Navarro, F. Somatosicodinámica de las biopatías., Interpretación de las enfermedades de etiología “desconocida”.1997.Ed. Orgón. Valencia.

Con el cuadro de abajo vemos un pequeño resumen relativo a este tipo de miedo:

MIEDO (localización histórica y biográfica)	Base de toda patología como elemento de contracción. Psicopatología funcional.
Miedo Embriológico (embrionario) ^{27, 28}	Miedo intracelular (también Miedo primer campo (madre – hijo).
Miedo fetal ²⁹ (periodo fetal hasta los 10 primeros días de vida).	Miedo primer campo (madre – hijo)
Miedo neonatal	Miedo en el 2ª campo (familia)
Miedo postnatal	Miedo 3ª campo (social)

La respuesta a la emoción del miedo durante el periodo embrionario es celular. Es el terreno hipo energético. Este daño embrionario es responsable del autismo, de algunas neuropatías, de tumores malignos irrecuperables, especialmente infantiles³⁰.

El miedo periodo fetal, por su parte determina como respuesta de defensa una **hiper-simpaticotonía crónica**. La energía va a concentrarse en la base del cerebro reptiliano³¹ (fig.1), es decir, en la zona diencéfalo hipofisaria, donde están los centros nerviosos viscerales vitales, asegurando el funcionamiento de la vida.

El diafragma, que es definido por Salmonoff como el 2º corazón) queda hipo energético.

El miedo fetal es el responsable de los enfermos psicossomáticos, según estos autores³² y es una hipótesis que la clínica me sugiere como muy probable.

La **Simpaticotonía crónica** en el periodo fetal afecta al conectivo dañando su función de estroma, lo que causa enfermedades sistémicas y/ o degenerativas.

Además de ello, a nivel del adulto, esa simpaticotonía crónica se va reactivando y actualizando a partir de los sucesivos factores vivenciales que el sujeto va desarrollando y teniendo a lo largo de la vida.

Esta situación incide directamente sobre la célula muscular, sobre el sistema autónomo y vascular, provocando poco a poco alteraciones disfuncionales, que no pueden de entrada ser percibidas ni en laboratorio ni en las anamnesis médicas ambulatorias al uso.

Si en las circunstancias del adulto se mantiene una actitud de estrés larvado, esas alteraciones persistirán e irán apareciendo acompañadas de síntomas mas evidentes y relevantes, no sólo físicos sino psíquicos.

Estos datos deducidos de la constante observación del sujeto en el diván clínico, se ven continuamente en la consulta, en el desarrollo de la anamnesis de los pacientes a partir de su

²⁷ Biopatía primaria, muerte prematura.

²⁸ Terreno biológico con predominio hormonal.

²⁹ Terreno biológico con predominio neurovegetativo.

³⁰ Obviamente, estas afirmaciones surgen a partir de los hechos vistos en clínica, y a pesar de la clara evidencia y relación entre origen y suceder patológico, tenemos que afirmarlas como hipótesis de investigación, porque no tenemos el volumen suficiente de sujetos investigados, para que esta hipótesis basada en hechos empíricos constatables, sea totalmente aceptada; pero espero que los espíritus críticos, con los conocimientos psicodinámicos y médicos adecuados y medios técnicos suficientes lo puedan corroborar o aportar nuevas explicaciones.

³¹ McLean, teoría de los 3 cerebros: reptiliano, límbico y córtex.

³² Navarro, Salmonoff, Konya, ver bibliografía al final.

historia biográfica si se hace una adecuada exploración del sujeto. Esto se realiza mediante el DI.DE. (diagnostico inicial diferencial estructural), metodología muy bien desarrollada, que nos sirve para diagnosticar realmente, a que estructura de desarrollo psico-biológico³³ se encuentra el paciente aparte de la sintomatología por la que acude³⁴.

Dentro de ese diagnostico, podemos encontrar (entre otros) fenómenos y situaciones no sólo vivenciales y emocionales, sino elementos relacionados con la coraza neuromuscular, que estructuran el carácter, según la relación siguiente:

Personalidad del sujeto = carácter (coraza neuromuscular funcional o no) + YO del individuo (todos los aspectos psíquicos libres de la influencia biológica), aunque de alguna forma si afectados por ella (o sea las diferentes instancias psíquicas, que utilizamos en clínica como metáfora empírica, es decir real -pero virtual- de los procesos psíquicos). Estos son resumidos los medios que facilitan trabajar con los múltiples hallazgos que posteriormente da la actividad y la experiencia clínica y con los conocimientos teórico-prácticos-vivenciales, nos encontramos con los medios para detectar las diferentes formas de manifestar el miedo el sujeto.

A partir de la correlación del miedo- estrés- respuesta SNV y SNC, como base y sustrato de los mecanismos que utiliza la coraza neuromuscular para defenderse del mismo, se desarrolla en el paciente una activación crónificada de la contracción de la fibra estriada.

En este tipo de pacientes, tenemos una importante repercusión sobre todo el biosistema³⁵.

En la fig.2 se ven las interrelaciones del SNV y en la fig.3 aporto una visión esquemática y clara de la metodología utilizada.

Retomando el material señalado antes, hemos empezado indicando los efectos sobre el biosistema vivo de un embrión y posteriormente, de un recién nacido, que conlleva las diferentes situaciones de estrés y de daño biológico que padece nuestra población.

Eso conlleva que en el momento del nacimiento, aparte de los factores propios de la herencia genética, nos encontramos con sujetos con un determinado potencial y recursos relativos a la inmunidad, a su capacidad de afrontar la vida.

Sería lo que llamamos quantum energético, sus posibilidades psico sociales de desarrollar un yo equilibrado y fuerte.

Navarro³⁶ señala que los periodos mas iniciales de estrés en el sujeto se dividirían en:

³³ En la metodología Carácteranalítica, se suscriben varios cuadros básicos (Estructura psicótica, Estructura borderline, estructura neurótica y el carácter genital o saludable. Para mas detalle ver bibliografía de Reich, Navarro, Serrano.

³⁴ No es lo mismo atender a un paciente con estructura neurótica de depresión, por ejemplo, que aun siendo compleja, tiene en general muy buenos resultados con tratamientos psicodinámicos; que a un paciente con una estructura psicótica que padezca una depresión, pues aquí es donde entrarían en el tipo de depresiones tórpidas y crónicas de difícil resolución. Aquí advierto, que habría que hacer un trabajo de hermenéutica de los conceptos en patología, pues estos términos no tiene el mismo significado que los dados por el DSM-IV, que corresponde a la taxonomía descriptiva puramente sintomática (de origen Krepelliano, muy al uso por el mundo de los psiquiatras que no trabajan desde una base profundamente psicoanalítica o psicodinámica).

³⁵ Se sale del sentido de este trabajo aportar toda la deducción y los hechos clínicos que avalan este aserto, pero todo esto forma parte de la formación básica y especializada de un psicólogo o médico que complete su formación como terapeuta carácter analítico, durante mas de cuatro años, aparte de vivir un proceso de psicoterapia personal que lo capacite, libre de los elementos caracteriales de su historia personal, para tratar procesos donde los elementos aparentemente subjetivos se hayan tan presente.

³⁶ Ibid, de la nota 19.

Un **miedo** inicial que él denomina **embrionario**, desde la concepción hasta la 8ª semana de gestación, aquí obviamente las formas de respuesta al miedo son fisicoquímicas y sobre la interacción del ADN y El ARN, y las agresiones vienen dadas por alteraciones químicas, tóxicas, hipóxicas, etc.

A continuación tendríamos el **miedo fetal**, desde la 9ª semana de gestación hasta el día 10º de vida extrauterina. Aquí se añaden a los efectos anteriores todo el proceso del trabajo de parto, la acción de la tensión musculatura uterina y de la coraza neuromuscular de la madre, la forma de realizarse el parto, la posibilidad de cesárea, el uso de fórceps, etc.

El miedo neonatal, desde el 11º día del nacimiento hasta los 8 a 9 meses. Aquí hay mucha tendencia a pensar que como no hay aún un desarrollo madurativo de la glía suficiente ni del resto del sistema nervioso y muscular, aparte de que no hay posibilidad de un referente yoico en el bebé, las repercusiones de las situaciones emocionales no dejan huella importante, lo cual constituye un craso error.

Como ejemplo señalo que cuando aún era adjunto de anestesia, antes de pedir la excedencia en mi hospital, ya constaté, que días después de intervenciones realizadas a neonatos y bebés, su actitud de comportamiento y mirada, variaba en aquellos que eran los anestesiados con gases inhalatorios potentes, halothano®, forane®, etc., en lugar de la anestesia intravenosa con barbitúricos escasos (dosis mg/kg peso) y con potente analgésicos y relajantes musculares, y sólo oxígeno y óxido nítrico; cuyos rostros reflejaban una actitud energética y vital de mirada con miedo³⁷.

En aquella época, hace más de veinte años, se me discutía ese elemento basándose, en el estado del desarrollo del feto en esos momentos. Pero los médicos alópatas y la psiquiatría sin una potente base psicoanalítica, psicodinámica (no desde la farmacología) y por supuesto sin formación como terapeuta caracterológico, o simplemente con formación psicodinámica, no podían tener la información suficiente, para poder hablar de otros aspectos presentes en el desarrollo del infante³⁸.

Estos datos que he referido arriba indican que en ese periodo de desarrollo, el neonatal, con mayor motivo, señalan un yo no estructurado, que esté apenas incipiente, esto hace que todos estos procesos tengan su repercusión menos intensa en la esfera psíquica consciente, y pasen a ser vivenciados y corporeizados (somatizados) en las esferas en pleno proceso de desarrollo: el sistema límbico, el SNV y el sistema neuromuscular y endocrino.

A continuación tenemos el periodo del **miedo postnatal**, desde el 9º mes hasta la pubertad.

Aquí es desde los inicios hasta los 7 a 8 años, es variable, se va a desarrollar un yo más estructurado, dependiendo de las relaciones objetales vividas y de cómo ha repercutido todo el periodo de nacimiento y lactancia.

Se le sigue llamando miedo, porque, por muy desarrollado que esté la actitud pensante o la posición cortical, el animal humano responde siempre de forma vegetativa e inconsciente a los fenómenos de relación con respuestas instintivas, es decir emocionales e inconscientes.

Esta respuesta instintiva puede ser en unos casos la primera reacción que le provoque miedo a un sujeto, debido a diferentes factores externos y será esta reacción la que desencadenará la rabia, la

³⁷ Una vez descartado que no hubiera trastornos neurológicos u endocrinos de base, que justifiquen cierta actitud de la mirada.

³⁸ Por desgracia por aquel entonces tampoco yo tenía respuestas, sólo preguntas y dudas inquietantes sobre que era lo mejor para los neonatos. Lo mismo me pasaba en relación al cuidado del bebé en el momento de nacer, otra área de mi trabajo habitual en aquel entonces.

contracción del biosistema, etc. No vamos a analizar otras respuestas instintivas saludables como la sorpresa, el placer, la curiosidad, etc., pues no son relevantes en los procesos patológicos, sino como mediadores relevantes de los aspectos de salud y funcionales.

Por último y no menos importante es **el miedo pseudogenital**, desde la pubertad en adelante. Si el sujeto, tras vivir los procesos anteriores de respuesta vegetativa del tipo miedo, los ha superado con la suficiente capacidad para no dejarle secuelas que le hayan llevado a una respuesta biológica patológica -en función del miedo como hemos referido- nos encontraremos con sujetos que tienen un nivel energético, vital, neuromuscular y psíquico, en mejores condiciones, para enfrentarse a las situaciones represoras o conflictivas que se desencadenan desde la pubertad en adelante.

Como son aquellas relacionadas con los diferentes procesos moralizantes y castradores, que no adaptadores y mediadores en la comprensión del otro, de sí mismo y del sentido y repercusión que tiene **la expresión de la vida**, que es **la libido**.

No solo es la libido -como lo expresaba Freud- la sexualidad, sino que la libido es la energía vital del sujeto en su totalidad.

La vía funcional de expresión de la libido es la agresividad (que etimológicamente viene de *agredior: me acerco a..*) me acerco a ti..., me enfrento a un problema, me defiendo de algo, etc.; **respuesta saludable con dos expresiones antitéticas**, que son dadas o expresadas **mediante las emociones** (emoción viene *de ex movere: mover hacia fuera*):

1. **El placer**, en todos sus sentidos...incluyendo la sexualidad, la risa, la alegría, etc.
2. **La rabia**, como expresión de la insatisfacción, el dolor, etc. , que aparece antes los fenómenos de frustración, hecho habitual y funcional en toda relación del sujeto humano con los objetos que le rodean y le devuelven o le evocan respuestas.

Esto no tiene nada que ver con las represiones forzadas y antinaturales que suele aportar la sociedad, las religiones e incluso ciertos hábitos de salud mal entendidos.

El freno de cualquiera de las dos, placer y rabia, de forma no funcional, genera un estasis energético de diferente intensidad y distribución neuromuscular, que puede llegar a estallidos de descarga que se expresan con **la violencia**³⁹, la cual sí corresponde a un mecanismo no funcional ni saludable.

Sería muy largo y complejo explicar como relacionamos los trastornos biológicos subyacentes en estas enfermedades idiopáticas y su relación con los fenómenos psicológicos psicodinámicos (Pero este trabajo está fuertemente documentado y estructurado en la formación de nuestra especialidad y puede estar al alcance de cualquier profesional que quiera seguir los pasos correctos para la adquisición de esta metodología que le hará valorar la certeza de estos asertos y poder cuestionarlos a partir de su propia formación⁴⁰).

³⁹ De ahí la falacia de buscar el gen de la violencia y erradicarlo, cuando lo que tocarían investigar sería, si lo hay, el gen de la respuesta agresiva, herramienta de la función vital de la libido. Gen necesario para la expresión asertiva y evolucionada y funcional de la vida, por lo tanto sería aberrante tocarlo, no desde una posición moralista, sino desde una posición científica funcional. Por otro lado espero que pronto sean conscientes, que en una sola vida, en situaciones extremadamente patológicas y embrionarias, ciertos genes normales, pueden alterarse y dar patología, no hay que esperar al paso de milenios, para un cambio adaptativo. Lamento no tener la referencia del autor americano, genetista que señala esto.

⁴⁰ Desgraciadamente, no basta con un conocimiento teórico de esta metodología, como médico fui mi crítico de muchos asertos, hasta que tras la experiencia personal en el diván, puede percibir corporalmente y objetivamente los hechos, aunque luego es preciso limarlos de la inevitable subjetividad a toda experiencia personal.

Así vemos que hasta estadíos muy tardíos de la vida del sujeto⁴¹, la medicina oficial, no tiene posibilidades de hacer un trabajo preventivo adecuado⁴²: con el parto, los embarazo, las madres y la infancia. El trabajo preventivo actual abarca otras variables valiosas, pero hasta ahora no ha integrado nada de los medios que la metodología clínica que defiendo puede aportar. Sigue sin escucharse las voces de metodologías que no tienen nada que ver con la psicología cognitivo-conductual, ni con la medicina de la evidencia (es decir exclusivamente medicina alopática), que siendo válidas se quedan cortas, faltando todo el rico aporte de la psicología psicodinámica y de la medicina homeopática. Los trabajos que se publican únicamente abarcan el trabajo psiquiátrico clásico y la psicología cognitivo-conductual.

Además al modelo social vigente sólo le interesan los sujetos como elemento productivo y las empresa castigan la salud del trabajador con la aplicación de conductas no funcionales: horarios excesivos, trabajos de riesgo, sueldos bajos, etc. con la connivencia del estado y -a veces- de la ignorancia y buena fe del profesional de la salud.

Nos encontramos con deterioros en el desarrollo del niño a partir de las pocas facilidades que se dan a la pareja, a las madres, para una adecuada educación y cuidado de los hijos. Guarderías de bebés de menos de dos años, a veces parecen aparcamientos de bebés, pues no todas las guarderías están dotadas del personal adecuado, como alguna vez ha denunciado la prensa seria. Cuando hasta los tres años, la relación del bebé con los DOS padres es muy importante e imprescindible. Además de que la apertura perceptiva y reflexiva del bebé desde su mundo exclusivo de única realidad y descubrimiento de su yo hasta el encuentro con otros niños y adultos (desarrollo adecuado de sus relaciones objetales)⁴³ debe ser realizado paulatinamente y no agresivamente, como se ven obligados a hacer los padres, metiéndolos prematuramente en guarderías, ya que sus situaciones laborales les exigen descuidar su función primordial-el bebé- en atención a la demanda inexcusable social (su puesto de trabajo vital para su economía).

Sería pues muy importante ser conscientes, que lo señalado hasta ahora, en relación a las **repercusiones en el desarrollo del biosistema humano**, que todos los fenómenos descritos inciden de forma no perceptible, aparentemente asintomática.

Sólo es en el sustrato biológico donde van a incidir posteriormente los hechos que acontecen a cualquier sujeto adulto pero no apareciendo el trastorno hasta muy avanzado el deterioro funcional global. Luego, tenemos que una gran parte de la población no va a presentar importantes síntomas relacionados con las patologías descritas en este trabajo -fibromialgia y SFC- sobre todo aquellos sujetos que pudieran ser diagnosticados de estructuras psicóticas o borderline⁴⁴, apareciendo a veces asintomáticos en la mayor parte de su vida. Eso no quiere decir que si puedan padecer otros trastornos endocrinos (diabetes, HTA) propios de su situación hereditaria -tanto genética como

⁴¹ Puesto que muchos de los trastornos y/o daños que puedan aparecer se han ido gestando en las fases señaladas anteriormente en las que sólo los sujetos muy dañados van a dar una sintomatología precoz. El resto aparecerán con los cuadros clínicos larvados y con etiologías difíciles de detectar con la metodología interpretativa de la medicina actual, exclusivamente, ya que no tenemos aún una buena comunicación entre médicos y psicoterapeutas con el fin de encontrar una relación entre procesos psicodinámicos y su repercusión biológica

⁴² Aunque tenemos un nivel preventivo actual, que siendo mejor que lo era hace años, no llega a tener una fuerza suficiente para incidir directamente en los problemas base.

⁴³ Remito al lector a la abundante bibliografía de Melania Klein, Winnicott, Jean Piaget y otros autores con reconocida experiencia en estos campos.

⁴⁴ Quiero advertir, que esta es una clasificación clínica de los resultados funcionales / disfuncionales, de un sujeto desde su periodo embrionario hasta que se hace adulto; no está hablando de procesos psiquiátricos patológicos. Pues un ser cuya estructura biológica sea psicótica, por los diferentes factores agresivos previos, pero si tiene una posterior vida, muy protegido y sin desajustes sociales excesivos, estará asintomático, y no presentará trastornos importantes. Ejemplo, casos de jóvenes, que nunca han dado problemas, un día toman un psicoactivo potente en una discoteca y a partir de ahí, sin aparente lesión cerebral detectable, su sistema emocional y psíquico se derrumba. Tomemos el ejemplo con matices, no es una afirmación clínica.

ambiental- que en principio no tienen nada que ver con los trastornos que estamos estudiando, pero que si suelen acompañarlos cuando diagnosticamos de SFC a un sujeto y vemos su historial completo.

Hasta que el proceso de la simpaticotonía crónica empieza a interactuar sobre toda la estructura biológica (no sólo el sistema muscular, la respiración, etc.) no nos encontraremos a que ello conlleva , añadida, una progresiva y lenta repercusión psíquica, posiblemente por alteración de los niveles de serotonina y otros neurotransmisores, por la situación crónica de simpaticotonía⁴⁵.

Todo este señalamiento del desarrollo infantil desde la perspectiva psicodinámica, que incluye lo biológico y lo psíquico⁴⁶, incide en el desarrollo de un mayor número de disfunciones y patologías que la medicina actual suele observar y ser consciente, atribuyendo su etiología, cuando el cuadro nosológico no está muy claro a trastornos idiopáticos, auto inmunes, etc.

En este pequeño ensayo aproximativo, voy a describir dos patologías tratadas en mi consulta:

Paciente 1:

Una paciente diagnosticada de fibromialgia⁴⁷, de 42 años, con un cuadro depresivo cronificado, trabajadora hospitalaria, de baja durante mas de un año, que me fue derivada por otro colega.

El diagnostico aportado correspondía a una estructura Borderline, núcleo depresivo, con una cobertura narciso listero-masoquista cuyos datos diagnósticos personales (biografía) se soslayan por formar parte de la privacidad del encuadre clínico del caso.

Su historia familiar, vínculos afectivos, parto y nacimiento, favorecen el diagnostico estructural señalado por mi colega que me la deriva; y abordo el caso continuando desde donde lo dejó con el colega anterior, rescatando la relación y sanando esa ruptura y duelo.

Posteriormente, superada la atención en crisis y tras la creación de la alianza conmigo, trabajamos el cuadro global clínico del tratamiento de su problema base.

Ella acudió aparte del cuadro emocional, como complemento de una formación base como posible terapeuta u orientador caracterológico. El trabajo se retomó con la intención de tratar mediante la Vegetoterapia Caracterológica -metodología global psicofísica (no es una terapia corporal)- toda su problemática vivencial y existencial tanto histórica como actual, para resituarla en el aquí y ahora⁴⁸.

⁴⁵ Sería muy interesante poder hacer un estudio a doble ciego entre sujetos valorados como funcionalmente normal y aquellos que claramente se diagnostiquen de simpaticotonía crónica, intentando ver el máximo número de variables clínicas que aparezcan alteradas de forma relevante. Descartando otras causas a ese desvío de resultados e intentar seguir su cinética metabólica.

⁴⁶ Aprovecho para señalar que lo psíquico y psicósomático -para mí- es real, no metafórico. Forman parte ambos (psique y soma) de la materia, de la energía. Otra cosa, es que el proceso de relacionarlos sea virtual y no aprensible fácilmente. Pero tiene su lenguaje, sus mapas descriptivos y modificables, lo que me permite afirmarme en una hipótesis relacional de ambos ámbitos de sustrato real aunque virtual: de la psique y de su sustrato energético del soma y su sustrato biológico, energético mas perceptible. Ejemplo, todos usamos el PC con las carpetas y archivos, pero el disco duro solo tiene comandos de letras y números en base 2, pero nos creemos que abrimos carpetas, archivos, que vemos imágenes que son solo bites. Otro problema es que nos pongamos de acuerdo en de que hablamos cuando usamos la palabra energía.

⁴⁷ Diagnosticada a nivel hospitalario (hospital la Fe, de Valencia), por el equipo de reumatólogos y tratada sin resultados satisfactorios para la paciente.

⁴⁸ Más adelante en otro apartado se detalla la dinámica evolutiva del caso, y la metodología.

Condición necesaria el ser terapeutizado, aparte de su formación didáctica a fin de conseguir después el aval profesional, dentro del modelo clínico en que ella estaba siendo tratada.

En todo momento, se tuvo en cuenta el cuadro depresivo y la fibromialgia, pero se asumió tratar las bases de su historia no sólo los síntomas. Dejando en observación su situación de la **fibromialgia**, a que viéramos como evolucionaba su terapia. Se le apuntó la posibilidad de que “tal vez” su cuadro de fibromialgia mejorara de alguna forma, no sabiendo si en cualidad o en cantidad.

De esta forma, no se hacían falsas esperanzas, no se potenciaba ningún efecto placebo indirecto, y se dirigía la atención al CUADRO GLOBAL EXISTENCIAL, que es la base del vivir real de cualquier ser humano.

La paciente está actualmente en terapia, con una evolución funcional y psíquica muy satisfactoria; lleva casi cuatro años conmigo a razón de una sesión semanal de 90 minutos, hora y media, y un grupo de terapia una vez al mes y desde hace aproximadamente un año está totalmente asintomática de la enfermedad, entendiendo de qué forma se le generaba el proceso, como cortarlo y como prevenirlo.

Está advertida de que aunque el cuadro de la fibromialgia, al nivel que vino a mí, está asintomático, puede que a nivel celular ya no desaparezca, que pudiera recaer, o tener signos neuromusculares del daño anterior. Sería necesaria una biopsia, evolutiva y diagnóstica, actual de la enfermedad pero el hecho clínico grato, es que para ella el cuadro de fibromialgia ha desaparecido, se me olvidaba decir que la depresión se fue, también, aunque unos meses antes. En la actualidad está a punto de terminar todo el proceso de la Vegetoterapia⁴⁹ y ser dada de alta.

Paciente 2:

El siguiente cuadro es otra paciente, de poco más de 50 años esta diagnosticada de SFC: funcionaria pública, declarada de baja permanente, inutilidad total. Todos estos diagnósticos me son aportados a mí y proceden del nivel hospitalario de la seguridad social.

La paciente presenta una serie de antecedentes:

Histerectomía por mioma, mastopatía fibroquistica, enfermedad de Meniere, hipertensión arterial esencial y diabetes mellitus 2.

Ya desde niña tenía poca fuerza, retrasada en el caminar inicial y menos “ágil” que otros niños en el colegio. Muy en relación con los datos precoces que la metodología que yo desarrollo en la clínica previene.

El examen clínico del informe de la Generalitat señala que conserva el trofismo muscular siendo el balance muscular variable debido a la fatiga que señala la paciente. Resto exploración que me aporta la paciente sin hallazgos, salvo la marcha limitada⁵⁰.

En las pruebas complementarias los enzimas séricos y el ácido láctico aparecen normales. El estudio electrofisiológico descarta trastorno de la transmisión neuromuscular. En la biopsia

⁴⁹ Es el método de terapéutica psicodinámica que se precisa vivir y aprender en la formación como vegetoterapeuta caraceroanalítico, aunque sería una metodología que yo recomendaría vivir, es decir experimentar a todo médico o psicólogo, yo la recomendaría como base para poder ejercer una adecuada función clínica, incluso desde la perspectiva médica, sólo.

⁵⁰ Los informes de la paciente, a pesar de tener permiso de ella (como de la paciente anterior) para poder publicar sus casos, no los aporé, ni tampoco los nombres, para respetar su anonimato, sólo en un caso de investigación profesional posterior y a un facultativo responsable, no tengo inconveniente en mostrarlos.

muscular hay leves anomalías de escasa significación. Sin anomalías mitocondriales ni depósitos de glucógeno.

Además presenta una hernia en herida por laparotomía (herniorrafia mas faja de Prolene®).

Distensión progresiva del abdomen, hernia umbilical; hipoacusia bilateral irreversible, sobre peso (por cierta bulimia añadida).

El TAC lumbar muestra en L5-S1 desplazamiento del saco dural por nódulo de 8 mm. Compatible con material discal destruido.

Acude a mi consulta entre otras cosas por un cuadro depresivo que se ha acentuado a partir de su situación laboral, junto a un deseo de aliviar y mejorar su cuadro de enfermedad.

En mi exploración, la enferma me señala que ya inició un trabajo breve con la vegetoterapia en Italia con el neuropsiquiatra Dr. D. Federico Navarro, pero que por diferentes circunstancias lo dejó hasta la actualidad que buscaba reiniciar un trabajo personal.

En la anamnesis nos encontramos con una historia familiar disfuncional, la tercera de dos hermanos. En el parto nada mas nacer, se ahogaba, síntomas de asfixia, no respiraba, pero no se moría según le contaron después, fue un poco prematuro, a los 8 meses.

Padre muy ausente, apenas contacto y las relaciones afectivas de baja calidad, criada con la abuela y lactancia a través de ayas.

El diagnostico estructural diferencial de la vegetoterapia (el DIDE), sería largo de describir aquí, sin conocer el lector los rudimentos de la metodología, pero voy a intentar un acercamiento lo mas exhaustivo y preciso, intentando aportar los referentes clínicos mas semejantes, a fin de que se pueda hacer una mínima valoración crítica constructiva.

En ese diagnostico valoramos en primer lugar la exploración física: examinando el tono muscular, temperatura, que nos van dando una idea del terreno biológico donde se sitúa el daño o el trastorno funcional del sujeto que viene a tratamiento.

En ese cuerpo tenemos toda la expresión de la coraza Caracteroanalítica de la persona, donde el carácter hace su impronta en lo físico⁵¹. Vemos también las tensiones neuromusculares, los bloqueos y las zonas de máxima presión emocional con reflejo en lo corporal.

En este caso, la musculatura abdominal, es débil, blanda y depresible, con mucho dolor y tensión en el abdomen al presionar sobre la zona diafragmática, bajo el apéndice xifoideo, con dolor transfixivo que le impide respirar. Musculatura de brazos y piernas con apenas tono, contrastando con un agarrotamiento y endurecimiento de la musculatura del cuello y espalda, propio de un intento defensivo de ese cuello -como representante corporal de la identidad del yo- de su musculatura en la postura propia de combate y defensa a nivel animal⁵². Donde la paciente, paradójicamente (es un símil), toda la fuerza la tiene utilizada en la musculatura del cuello-espalda.

Siempre dentro de la etapa diagnostica, la exploración con una linterna de los movimientos oculares que habitualmente buscamos, mediante unos ejercicios específicos, nos muestra que había una tensión ocular importante, gran dolor en la musculatura de la mandíbula⁵³, además de la valoración que tienen otros ejercicios enclavados dentro de la terminología nuestra como Actings.

⁵¹ Reich, W. Análisis del carácter. Ed.1986,3ª.Paidos Estudio.

⁵² Esto se verá a nivel practico asociando las posturas corporales en los primates y humanos en relación a las diferentes actividades y su cronificación.

⁵³ Navarro, F. La Somatosicodinámica, sistemática Reichiana de la patología y de la clínica medica.1988.Ed. Orgón. Madrid.

Se le hizo un Test T de Reich⁵⁴, con los siguientes resultados:

VALORACIÓN DEL TEST T DE REICH:

En la observación macroscópica: el color de la gota y la viscosidad son saludables.

En la observación microscópica: el tamaño de hematíes variado da ya un GMA de -1, . El color del estroma blanco indica patología; el tamaño por debajo de 1/4 del centro de los hematíes no es saludable.

La pulsación del centro del hematíe es reducida (-2 GMA), así como la pulsación del hematíe. Junto a un color del campo orgonótico(se refiere al campo luminoso que despiden el hematíe a la refringencia, que suele ser azulado y aparece pálido). Los hematíes pre-bionosos presentes no es saludable tampoco⁵⁵.

Desintegración bionosa: corresponde a la respuesta de los hematíes de la gota al autoclave (simula una situación de estrés biológico). Es un tiempo largísimo de degradación, a los 190 minutos se degrada el 50% de los hematíes. Indica sobrecarga y sobreexcitación celular, que coincide con una parte de mi diagnóstico clínico que es el padecimiento de una Simpaticotonía crónica (que se presenta tanto en la fibromialgia como en el SFC), donde una hiper-tonicidad vegetativa crónica, actúa sobre la fibra estriada muscular y a la larga provoca un agotamiento y un enlentecimiento del movimiento de los músculos, que es vivido por el paciente como agotamiento y falta de fuerza.

Tiene un GMA⁵⁶ de 4 cuando la normalidad está sobre el 6. Esto nos indica el actual momento biológico de la paciente que es de sobreexcitación y de agotamiento energético (este último no como concepto metafórico o descripción psicológica, sino como una realidad funcional corporal).

Con estos datos se acuerda con la paciente un trabajo a largo plazo y adaptado a sus posibilidades psicofísicas de Vegetoterapia caracterioanalítica.

En la actualidad todavía el trabajo está en sus inicios, a pesar de llevar más de un año en terapia, pues la situación física y emocional de la paciente requieren un trabajo sistemático y lento (adaptado a su ritmo biológico) buscando en todo momento la funcionalidad, dentro de lo posible. En estos momentos hay una mejoría en el sentido de que los síntomas no se han agravado, según señala la paciente, su situación de agotamiento y fatiga empiezan a depender de factores causales: momentos de crisis emocional actual, tras esfuerzos físicos más intensos que no hacía, etc. Actualmente está en un grupo de vegetoterapia con otros pacientes y para su sorpresa, está pudiendo rendir física y emocionalmente al trabajo y aunque se cansa mucho, siente que “le vienen las fuerzas” de no sabe donde.

⁵⁴ Este test al ser con una gota de sangre en vivo, como siempre, es muy cuestionado por la medicina oficial respecto a su fiabilidad, pero en la actualidad el número de casos examinados por dos médicos expertos en este test, los Drs. Mikel García y Manuel Redón (ver bibliografía) y la colaboración de la farmacéutica D^a Carmen Sepúlveda, hacen que tenga para mí una fiabilidad muy alta, pues nos aporta una batería de datos en cierta medida subjetivos, pero relevantes, sobre la vitalidad energética global de la paciente, y de su evolución posterior y del nivel de estrés biológico que padece. Por las dificultades técnicas y económicas actuales de la paciente, no se pudo hacer el test de Vincent, que nos daría otras variables de su nivel de oxidación – reducción y de su metabolismo.

⁵⁵ Para especificar estos datos es preciso dirigirse a la bibliografía precisa, presente en la revista *Energía, Carácter y Sociedad*; editada por la sociedad Es.Te.R.

⁵⁶ GMA, es una valoración global, que en este momento soslayo, requiere entender el test en profundidad y no es ahora el momento en el texto.

Soy consciente y cauto con los resultados en este momento, teniendo en cuenta el posible efecto placebo, o las propias expectativas de la paciente⁵⁷, que pueden subjetivar los resultados. Además, cuido con la forma del trabajo terapéutico de no sobrecargarla físicamente: atención a su corazón (pulso, tensión arterial), aceptarle sus ritmos de parada y descanso. Los grupos duran 4 horas con un descanso de 15 minutos en ellos, una vez al mes. Llevamos mas de ocho meses sin interrupción y con buen nivel por parte de ella.

En la actualidad a nivel individual esta paciente está entrando en una fase aparentemente mas depresiva, pero que en realidad tiene que ver con la toma de conciencia de su situación personal, psíquica y física reales. Con la aceptación de su handicap y el modo cómo manejó su vida antes. De cómo acometió tareas y actitudes erróneas debido a su aprendizaje e historia familiar y vivencial, es decir, en relación a la forma en que evolucionó su carácter. Esta nueva constatación existencial, dirigida y elaborada en diván ha llevado a no necesitar un aumento de su medicación de base⁵⁸ además de un mayor insight personal, una mayor responsabilidad vital con un mayor deseo de afrontar su problemática.

Según relata la paciente, este trabajo (la psicoterapia que lleva conmigo) le está permitiendo: cuidar de su ritmo personal, no asustarse excesivamente de su situación y aceptar el nivel actual de deterioro sin excesivo temor. Empezar a regular sus relaciones personales de forma que no la agoten. Evitar auto engañarse con una productividad excesiva. Asumir con que facilidad pierde el punto de realidad, cómo aún le es imposible dominar su carácter, pero si reconocer cuando se dispara y poder pararse y pedir ayuda, etc. .

Ya quisiéramos que muchos de los pacientes tanto hospitalarios como ambulatorios, asumieran una actitud adulta y responsable de su enfermar como lo hace esta mujer y su hermoso esfuerzo por alcanzar un mejor nivel de salud física y emocional.

Hasta ahora he planteado un acercamiento a dos casos clínicos aparentemente muy dispares, pues para algunos profesionales que desconozcan la metodología de la Vegetoterapia, entiendo que les sea difícil asociar relación clara entre ellos. Teniendo en cuenta que son dos pacientes muy distintos, no solo desde la patología medica habitual sino incluso desde el aspecto energético que contemplamos en la vegetoterapia, pues en el segundo paciente el quantum energético es muy bajo y el fenómeno hiper-energético, apenas se produce, excepto en forma compensatoria, por lo que las posibilidades vitales y funcionales del segundo paciente son estructuralmente mucho más bajas de entrada. Además, la fibromialgia es un cuadro claramente reconocido por la profesión médica, en cambio el SFC sigue recibiendo acerbas críticas y un porcentaje alto de especialistas no lo reconocen ni como síndrome como ya he señalado en otros momentos del texto presente. Afortunadamente parece que las cosas están cambiando.

Yo voy a plantear varios frentes en este trabajo:

- La hipótesis etiológica que yo pienso como causal, relaciona la fibromialgia con el SFC, al menos desde la perspectiva clínica en la que me manejo y trabajo desde hace mas de 10 años.

⁵⁷ Deseo de mejorar, cierto productivismo que le pueda aparecer, simulación de sus posibilidades reales en ese momento, seguimiento de su estar en casa tras los grupos, etc. .

⁵⁸ Supervisada y prescrita por sus médicos de hospital.

- Otro aspecto es conseguir un acercamiento lo mas comprensible posible al tipo de trabajo terapéutico que he desarrollado con las pacientes en este tema, es decir: acercar al lector (profesional de la salud, especialista o no) a la metodología de la vegetoterapia caracteroanalítica.
- Un planteamiento de posible prevención y profilaxis del síndrome de fatiga crónica y de la fibromialgia..

Un acercamiento lo mas comprensible posible al tipo de trabajo terapéutico que he desarrollado con las pacientes en este tema, es decir acercar lo mas sucinto y claro al lector a la metodología de la vegetoterapia caracteroanalítica.

VEGETOTERAPIA CARÁCTEROANALÍTICA

Es una metodología desarrollada, iniciada e investigada por el psiquiatra Wilhelm Reich y es la base de su metodología, los postreichianos la denominan orgonterapia, o metodología orgonómica en relación al concepto de Orgón, hipótesis de Reich de una energía vital universal. Con la metodología actual yo no me manifiesto en defensa de esa forma de entender la energía pues en la actualidad no se ha podido demostrar, con lo que la sitúo como hipótesis. Reconozco que hay un amplio colectivo de profesionales que consideran este concepto básico en la metodología, y por respeto a ellos lo señalo, pero yo no estoy de acuerdo en como es interpretado. No por ello dejo en el aire que su hipótesis energética sea cierta, el tiempo dirá.

Lo que sí es importante, es que independientemente de la posible relación o expresión del concepto de energética con la biología, si tengo ampliamente demostrado en la clínica durante todos estos años de trabajo profesional y en mi mismo -que viví mi propio proceso de terapia personal durante 4 años mediante esta metodología- su eficacia clínica en varios frentes. Considero que sí hay una expresión de un proceso energético real, no subjetivo, que requiere ser definido. Falta dirimir si estamos hablando de energía bioeléctrica, energía potencial neuromuscular o vegetativa, respuesta pulsátil del biosistema (ya sea de origen bioeléctrico, neurotransmisor, etc.). Puede que sea un simple concepto descriptivo de algo, que espero en el futuro sea medible como la electricidad, el magnetismo, etc. . O tal vez sólo sea una medida descriptiva -como el Amstromg, el metro, que no existen en sí y son unidades inventadas y estandarizadas por todos para poder medir, etc.-. Este hecho se sale de la realidad de este trabajo, y espero me sea permitido como , al menos metáfora descriptiva de un léxico usado por todos para entendernos. Es un concepto que su utilización mas habitual es como libido o energía libidinal. Es eficaz a nivel de psicología profunda (en psicología psicodinámica) y como regulador de la funcionalidad del sistema neurovegetativo. Ver figuras. 1, 2, 3 y 4). Pero que también es un concepto que describe fenómenos vitales reales pero de difícil medida.

Esta metodología se basa, entre otros muchos asertos y datos empíricos demostrables, en el concepto de que el cuerpo y la psique forman una unidad funcional, con un equilibrio energético pulsátil en ambas partes (es la Somatosicodinamia, el pensamiento funcional de Reich), donde se trabaja considerando al ser vivo con una carga energética (energía bioplasmática) con una circulación energética pulsante y un metabolismo propio.

Esa buena funcionalidad nos lleva a **un estado de conciencia sana con una buena relación con el mundo exterior y el interior, el mundo intra psíquico**. Además de favorecer la expresión de la llamada fórmula del orgasmo: tensión – carga – descarga - relajación⁵⁹.

Con el psicoanálisis, la metodología que se utilizó -entre otras- fue la asociación libre, con la palabra, para hacer aflorar información del inconsciente, que estuviera reprimida y conseguir una catarsis emocional y un insight, conocimiento de los procesos que inhibían la conducta del sujeto⁶⁰.

En la vegetoterapia caracterológica analítica, a partir de ahora la indicaré con las siglas VCA, el trabajo analítico se hace mediante unos ejercicios sistematizados, que se denominan actings (ver figura 6), donde se favorece una asociación libre de tipo neuromuscular – vegetativa – psicoemocional⁶¹, donde a pesar de las resistencias del sujeto, se consigue una evocación activa, espontánea y ordenada de las memorias inconscientes, tanto de nivel psíquico como biológico (las que están retenidas en la memoria neuromuscular).

Es un trabajo (ver figura 5) que por su repetición sistemática, con un orden sistemático previo y a lo largo de diferentes sesiones, se consigue una abreación neuromuscular (ver fig. 4) que conlleva aparte de la mejora de la situación neuromuscular y vegetativa del sujeto, una liberación emocional -si había sustrato adecuado y una memoria (recuerdo)- con un insight de los hechos vividos en el pasado, que luego, durante el trabajo analítico psicodinámico hay que ir integrando con el paciente a lo largo de las sesiones (figura 7), mediante el uso adecuado de la palabra, ligando lo emocional con lo físico y lo psíquico.

El **acting** facilita, mediante el movimiento muscular que provoca, una estimulación en la corteza cerebral, en la sustancia reticular y en el sistema talámico e hipotalámico, actuando sobre los centros vegetativos. Provocando, con cierta repetición del mismo, un movimiento vagotónico expansivo, acompañado muchas veces de una saludable hiperventilación, apareciendo en un momento determinado una materialización mental y corporal de la emoción al momento histórico pasado, facilitando una abreación muscular.

La abreación tiene la ventaja respecto a la catarsis, que es un fenómeno más funcional y constructivo pues hay un contacto real con el proceso vital histórico y lo actual en el aquí y ahora.

Esta metodología (como cualquier formación profesional profunda) requiere años de experiencia y de desarrollo de la funcionalidad de los ejercicios, que fueron diseñados por diferentes especialistas, buscando además de su función específica su sentido en el desarrollo ontogénico y biológico del ser humano, desde el nacimiento hasta que alcanza la identidad yoica básica o al menos sus rudimentos. Este entorno, varía según los autores, se origina desde el nacimiento, (para nosotros, desde la gestación⁶² misma), hasta los 6 u 8 años del niño.

Esta compleja metodología exige por otra parte que el terapeuta que la aprenda debe vivir un PROCESO COMPLETO de terapia, de VCA, y sólo hacia la mitad y final de la misma puede

⁵⁹ Reich, W. La función del Orgasmo. Paidós. 1991.

⁶⁰ No es mi intención extenderme en dar más detalles sobre el psicoanálisis, aun a sabiendas que mi comentario básico ha sido excesivamente escueto y simplista. Pero ya es este trabajo de por sí farragoso y complejo, para extenderme más de la cuenta y distraer al posible y paciente lector.

⁶¹ Ver los gráficos señalados con el número 1, 2, 3 y 4 que he indicado arriba.

⁶² Para nosotros los factores genéticos, el medio uterino, la situación ambiente y familiar y el nivel de salud psicofísica y energética de la madre también se tienen en cuenta.

acceder a una formación científica y profesional de la metodología⁶³, debido entre muchos factores a uno básico:

Que todo sujeto en y por el proceso de adaptación a la vida y a las normativas castrantes de su sociedad más o menos neurotizada y moralizante, suele arrastra una serie de tensiones y bloqueos neuromusculares y vegetativos, y a veces incluso psíquicos, que le impiden percibir de forma natural y funcional el desarrollo de las respuestas funcionales y pulsátiles del ser vivo humano no acorazado, con lo cual podría tergiversar o no percibir y por supuesto, menos aún, orientar los diferentes fenómenos que el proceso de terapia va desencadenado⁶⁴.

Con el agravante que uno mismo, a no ser que esté realmente muy afectado funcionalmente o psíquicamente, no suele ser consciente de sus limitaciones de la coraza y aduce como “normal” ciertas actitudes y sentimientos.

Esta metodología aporta una clasificación de etiologías muy extensa y precisa, que abarca desde la vida intrauterina hasta los 12 a 18 años del sujeto y se analizan la ontogénesis del sujeto y su patología desde el desarrollo del instinto sexual fases sexuales, relaciones objetales, funcionalidad somática corporal, predominio neurofisiológico, la funcionalidad psíquica y la estructura yoica caracterial, buscando como meta a alcanzar la situación de sujeto genital, es decir sujeto maduro, adulto funcionalmente energético y vital. Este modelo ha sido desarrollado por Serrano⁶⁵ entre otros autores.

En ese estudio de la ontogénesis del ser humano se llega a una descripción muy aproximada al momento del paciente en tres estructuras de carácter específicas con sus variables intrínsecas. Esta clasificación, para que no lleve a error, aunque utiliza los términos psicótico, borderline (las siglas serán BL) y neurótico, adquieren una dimensión distinta a las clasificaciones que pueda dar el DSM-IV o cualquier otro manual psiquiátrico.

A un sujeto se le señala como perteneciente a la **Estructura de carácter psicótica**, si los procesos ontogénicos tuvieron lugar desde la vida intrauterina hasta los 3 primeros meses aproximadamente, son sujetos con predisposición a las biopatías primarias, anclaje en la etapa oral, paralización el proceso de estructuración energético corporal, escisión preobjetal, disfunción neurohumoral, núcleo psicótico primitivo, yo muy débil o primariamente desarrollado. Esto conlleva otros aspectos de cierta mimetización caracterial, que definen la personalidad específica de cada sujeto.

En la **Estructura borderline**, tenemos aquellos cuya disfunción ontogénica ocurra desde los 3 a los 12 meses, se denominan E. BL, con **núcleo psicótico**, presentan disfunción en la fase oral primaria⁶⁶, derivándose en una etapa oral canibalística. Además esta estructura se presenta

63 Navarro, F. Metodología de la Vegetoterapia Carácter-analítica, a partir de Wilhelm Reich.1993.Ed. Orgón, Valencia.

64 Para el lector atento será notorio la insistencia con la que marco la necesidad que los terapeutas hagan un análisis personal, hecho que repito con gran insistencia. En ningún momento pretendo animar a los profesionales de la salud a someterse a esta metodología porque sí. Pueden elegir en las diferentes líneas que tengan un trabajo psicodinámico prolongado, pero una de las dificultades en compartir los hallazgos y de que se adelante la discusión, es la gran dificultad de muchos colegas en percibir elementos básicos de la pulsación vital, de las interrelaciones humanas y de percibir la forma en que podemos distorsionar la percepción de los mismos. Por otro lado sería una falacia para mi pretender que las psicoterapias profundas son una panacea. Nada mas lejos de mi intención. Si señalar que son un instrumento que nos mejora en nuestro quehacer humano vital personal y profesional.

65 Ver bibliografía señalado como Serrano, X.

66 Esta división difiere de la inicial descrita por Freud, ya que la suya define los procesos patológicos hallados por él y sus seguidores en el desarrollo sexual del ser humano. Reich y los posteriores clínicos encuentran y desarrollan una clasificación ateniéndose al fenómeno funcional, es decir natural y saludable de las fases sexuales.

con una predisposición a biopatías, secundarias, diabetes y otros trastornos neuroendocrinos; con una disfunción relacional, el objeto amoroso es ocasional, los padres no son figuras muy claras y presentes. Cierta tendencia a la depresión (las llamadas depresiones endógenas), gran sentimiento de pérdida, con núcleo yoico más desarrollado, es un núcleo psicótico secundario, tendencia a trastornos maniacos y ciclotimias.

Si la disfunción ontogénica ocurre desde los 12 a 36 meses, podemos hablar de una E. BL, con **núcleo depresivo**; con una etapa anal en lugar de la fase oral secundaria y con predisposición a biopatías secundarias. Presentan una disfunción relacional, rigidez parental, familia disfuncional de doble vínculo, etc. ; disfunciones neurovegetativas, ambivalencia oral de base anal, disfunción neuromuscular, núcleo depresivo secundario, ciertos rasgos paraniodes y una cobertura narciso masoquista⁶⁷ (de 12 a 24 meses) o cobertura histórico fálica (de 24 a 36 meses).

Desde los 3 a 7 años, 7 a 12 años, y 12 a 18 años, tenemos la posición de la **Estructura de carácter neurótica con diferentes coberturas**: etapa fálica-edípica, etapa de latencia reactiva y etapa genital inmadura, ambivalente, su **contrapartida es el carácter genital (al que debemos tender todos) que es el funcional y saludable y que se da en los sujetos viviendo las siguientes fases funcionales sexuales: fase genital infantil (inicio masturbación), fase genitalización (masturbación, maduración psíquica [manto cortical], integración viscerolímico-cortical); fase genital adulta (abrazo genital, economía energética).**

La hipótesis etiológica que creo que relaciona la fibromialgia con el SFC, al menos desde la perspectiva clínica en la que me manejo y trabajo.

Con el trabajo que desarrolla la VCA, aplicable a todo ser humano, el que haya fibromialgia y/o SFC, es un elemento más del puzzle y no se convierten en protagonistas del enfermar, forman parte de todo el cuadro existencial de la persona, como debería ser con el resto de los demás trastornos o enfermedades humanas, pero la excesiva especialización médica, psiquiátrica, etc. conlleva a una visión plana y mecánica del estudio del paciente y su enfermar.

Por otra parte, existe un nuevo oscurantismo pseudo mágico, de fe ciega en la estadística y en un mal uso y comprensión de la medicina de la evidencia, que hace que se pierdan datos interesantes de ciertos procesos disfuncionales y se les empieza a etiquetar como síndromes aparecidos con entidad y nosología exclusiva, desgajados del contexto global del paciente tanto en su versión social como personal y existencial.

Antes de continuar con la evaluación de estos casos y de la patología de que hablamos, quiero señalar que dos casos clínicos que, además presentan aparentemente diferentes síndromes, no permiten afirmar rotundamente ninguna tesis concreta. Soy muy consciente de que sólo pretendo acercar unos resultados interesantes que teniendo en cuenta las variables presentadas, sería interesante elaborar un trabajo multidisciplinar de carácter epidemiológico (de entrada) con la batería de preguntas adecuada, que favorecieran la presentación del mayor número de casos con fibromialgia y SFC, con un buen estudio de las variables que he señalado, con lo que de en una primera aproximación podríamos ver la veracidad de mi primera hipótesis:

⁶⁷ Estoy dando datos globales y someros que requerirían mayor ampliación y aclaración que se salen del estudio presente y por otra parte advertir que no estoy hablando de rasgos definidos exclusivamente o específicos de los pacientes en el caso, no he creído necesario aportar NINGÚN dato clínico histórico emocional que sea relevante, dejando simplemente una visión global y genérica de la tipología.

Que estos trastornos acontecen en un substrato específico de la población que abarca las estructuras de carácter psicótica y Borderline y de manera más reducida en la neurótica; siendo incluso la fibromialgia mas frecuente en BL con núcleo psico depresivo o depresivo. Que es mas frecuente en las mujeres y que **tiene un alto componente psíquico y emocional, aunque no precisamente de índole psiquiátrico ni con posibilidad de tratamiento cognitivo conductual exclusivamente.**

Este trabajo de carácter epidemiológico, no requeriría preparación específica excesiva en el modelo terapéutico desde el que trabajo: la vegetoterapia, pues bastaría la preparación, ya de por si compleja y completa, del médico de familia o de los especialistas de área: especialistas de reuma, traumatología, etc. que ya de por si conocen las variables habituales de estos dos síndromes. Junto a una colaboración de los especialista en Vegetoterapia que lo desearan y como no, de los demás psicólogos y psiquiatras interesados en el tema pues todas las aportaciones y críticas son importantes a la hora de dirimir este tipo de problemática. Una vez hubiera una batería completa de datos podrían ser investigadas las diferentes variables aquí presentadas y ver su relevancia.

A continuación, sería necesario cotejar los casos presentados y ver en cuales se puede desarrollar un adecuado tratamiento integral de la persona, es decir, multidisciplinar, y ver de que modo la administración y la sanidad está dispuesta a cambiar la forma de tratar estos pacientes. A partir de que los resultados obtenidos sean relevantes en la dirección que yo señalo.****aquí iba un texto que quiero que elimines.

Conseguir el interés de la profesión medica y de la política sanitaria sería todo un logro inicial. La segunda parte sería como poder tratar a estos pacientes y aquí entramos en un escollo importante, por varios motivos. Principalmente el económico (coste de los tratamientos) otro problema sería como repartirse las competencias en áreas de la salud mental que son exclusiva de unas únicas líneas terapéuticas.

Retomo la valoración final de estos dos casos:

En el primero, el alta se va a producir en muy pocos meses y la paciente está totalmente asintomática respecto a la fibromialgia⁶⁸. Requiere un seguimiento posterior a lo largo de varios años, no de la situación emocional o psíquica, sólo, sino de la fibromialgia *inactivada*.

En el segundo caso, más delicado, el proceso continuará ... por mucho tiempo, tanto como dese la paciente, pues necesita un apoyo mayor, debido al estado vital tan deteriorado que ya padece. Pero espero, que con su esfuerzo, las herramientas que yo empleo y la medicina convencional, consigamos un nivel de vida, lo mas digno y saludable, que ella y todos los pacientes para los que trabajamos todos los profesionales de la salud se merecen.

Este caso, yo considero es el que mas precisa ser valorado, también cuestionado, pues es muy pronto para sentirnos seguros de nada. Realmente, todo lo expuesto, a pesar de los datos veraces y objetivos, aun aceptando que las hipótesis que yo presento sean ciertas en su totalidad, genera más dudas que soluciones. Pero creo sin embargo que por la forma de entender el enfermar que yo señalo, si se consigue un acuerdo en hacer un trabajo de campo en colaboración puede traer

⁶⁸ Se me olvidaba señalar la coetilla de muchos médicos cuando un proceso que sugieren no tener solución aparece asintomático, suelen decir: "ah, debió estar mal diagnosticada", aunque fueran ellos los mismos los que hicieron ese diagnóstico, pues entrar en cuestionar otros procedimientos o etiologías...¿es comprometido, requiere revisión de conceptos, no es cómodo?. Lo dejo al lector como valoración.

repuestas a este y otros campos de la medicina, sobre todo en la de estos dos síndromes idiopáticos entre otros. Al menos ese es mi deseo.

Un planteamiento de posible prevención y profilaxis del síndrome de fatiga crónica y de la fibromialgia, a sabiendas que la manera de plantarlo va a conllevar, o puede producir, en el mejor de los casos, intensas críticas

Modo de iniciar un tratamiento reglado de estas patologías:

Desgraciadamente, un tratamiento eficaz y amplio a parte de los apoyos médicos actuales que son básicamente paliativos conlleva un tratamiento psicodinámico profundo, desarrollado por especialistas adecuados. Partimos de entrada de que la administración no considera “científicos” ni el psicoanálisis ni la aún más desconocida, la vegetoterapia. Con su obsesión por lo estadístico y las pruebas objetivas⁶⁹, sólo admite la psiquiatría y la psicología cognitivo conductual. La eficacia que en estos temas tienen estas dos modalidades señaladas antes es escasa⁷⁰ y generalmente sólo de apoyo. No digamos para la psiquiatría, ya que no están incluidos estos síndromes dentro de la patología psiquiátrica, por lo menos en el DSM-IV.

Por lo tanto, ¿como valorar y acceder a un estudio reglado y satisfactorio de las nuevas hipótesis aquí señaladas?⁷¹.

De entrada voy a pasar por alto el tratamiento individual de cada sujeto ya diagnosticado de fibromialgia o SFC, mediante la VCA, pues es obvio que los especialistas que llevan a estos pacientes precisan más datos verificables que las anotaciones señaladas por mi en este trabajo aunque ya me he extendido anteriormente esperando haber conseguido aportar la información suficiente.

Otra cosa es que personalmente, los pacientes quieran acceder a este tipo de tratamiento, que además es privado, por no entrar dentro de la Seguridad Social.

En primer lugar sería elaborar una base de datos nueva recogiendo las referencias clínicas tanto físicas, como biográficas y psicológicas, incluyendo un diagnóstico inicial diferencial estructural (D.I.D.E.). Utilizando ya las bases de datos de pacientes reconocidos dentro de estos dos síndromes por supuesto, separando de entrada, ambas patologías. No añadiendo ninguna otra, ya es de por sí bastante complejo.

Con estos datos, poder valorar un perfil general e individual de los sujetos, viendo los resultados clínicos presentes en la actualidad, recogiendo los tratamientos hechos y los resultados.

Observando, si los D.I.D.E. hechos nos dan un número importante de sujetos dentro de la estructura descrita en mi hipótesis, es decir, que pertenecen a una situación evolutiva caracterial, biofísica y existencial muy próxima a la estructura de carácter borderline, en sus dos posibilidades, núcleo psicótico o núcleo depresivo.

⁶⁹ Tendríamos que valorar también como son de objetivas las pruebas aceptadas habitualmente.

⁷⁰ Dr. Fernández-Solá, Joaquín. Sobrevivir al cansancio. Ed. Oxigen Viena. Barcelona.2003. 5.4,pags. 90 y siguientes.

⁷¹ Nuevas para el colectivo médico y psicológico habitual, no para los profesionales de la vegetoterapia.

Ya que los especialistas en Vegetoterapia no trabajan en el ámbito S.S. (S.V.S.), ver la posibilidad de solicitar una subvención o una beca para pagar este proceso diagnóstico, sólo, elaborando un informe que lo justifique, y dinero que sea regulado por los centros de salud pertinentes que se interesen por esta investigación.

Tras la consecución de un número suficiente de casos, el trabajo se podía hacer a nivel nacional. Si los resultados son suficientemente significativos, entonces habría que valorar, si se desea hacer un trabajo a largo plazo, atrevido e intenso, con apoyo económico de la administración, llevando un número importante de estos pacientes en terapia psicodinámica.

En ese trabajo de investigación se podía, una vez asumido que mis hipótesis previas tienen un sustrato abundante de casos que las validan de alguna forma, establecer dos frentes de actuación con diferentes pacientes.

Un grupo extenso de pacientes de fibromialgia y otro de SFC, tratados como hasta ahora: **Con ayuda psiquiátrica y/o psicológica cognitivo conductual, amén de los apoyos médicos y farmacológicos requeridos.**

Otro grupo extenso de pacientes de fibromialgia y otro de SFC, **tratados con VCA, por especialistas adecuados en la misma, para lo cual haría falta un programa concertado con la administración que cubriera parte de las ayudas. Junto a los correspondientes e idénticos apoyos médicos y farmacológicos requeridos**⁷².

Un grupo de especialistas de las diferentes áreas clínicas, diferente al que lleva los casos para mayor objetividad, que a lo largo de diferentes meses, con reuniones cada tres o seis meses (para poder percibir más funcionalmente los cambios), pueda seguir los casos de forma externa a los implicados, pacientes y terapeutas.

Esto no impediría que la medicina alopática pudiera hacer las determinaciones analíticas que precise, del tipo que se valore que son relevantes en estas patologías, con el fin de tener un sustrato más objetivo, que ayuden a entender mejor el proceso.

Yo sería partidario de incluir el Test T de Reich a pesar de las críticas que ello conlleve. Conozco la seriedad de los médicos y farmacólogo que lo trabajan, tanto en Valencia como en Navarra, teniendo un importante número de casos para considerar el test relevante, aunque al ser una prueba en vivo, no con la muestra fijada (es decir muerta) por un reactivo, será un test muy criticado al principio.

Esto nos aportaría, tras la primera fase de búsqueda de casos para ver la veracidad de mis asertos, unos posibles resultados clínicos en diferentes áreas, que ya nos darían la posibilidad de valorar si esta nueva forma de intervención en enfermedades auto inmunes, de origen idiopático, tiene una importante utilidad. Esta metodología no descarta ninguna de las investigaciones clásicas, microscópicas buscando el origen ya sea genético, ya sea bioquímico, etc. las hipótesis que la VCA aporta por suerte no excluyen ninguna metodología, sino que pretenden abrir nuevas formas de preguntar e investigar, no hay ningún deseo de poseer la verdad, sino hacer la investigación de la salud y de la vida desde una perspectiva más funcional.

⁷² No descarto la posibilidad del psicoanálisis como herramienta en otro grupo de pacientes, pero, como la forma de proceder clínica del mismo psicoanálisis parte de una posición del individuo sólo en sus relaciones objetales, considero que es problema de los psicoanalistas el acceder a esta investigación.

RESUMEN Y CONCLUSIONES:

Por las características de este trabajo, es muy difícil aportar las conclusiones o incluso hacer un resumen, debido a las variables que he utilizado, novedosas en muchos sentidos a la medicina oficial, que las puede ver como simples especulaciones. Por otro lado la casuística de estos casos es dramáticamente escasa en los habituales trabajos de investigación de esta índole.

Aunque los casos aportados son escasos en número respecto a estas patologías, creo que los años de trabajo clínico, no sólo como médico anesthesiólogo, sino como vegetoterapeuta, me han facilitado un aceptable conocimiento de las estructuras de carácter disfuncionales, aquí presentadas y sus secuelas biológicas, psicológicas y físicas, hecho creo suficiente para darme una cierta autoridad en presentar este trabajo.

El segundo hecho, es subjetivo y nada científico: acepté el intenso, reiterativo, emocionado y angustiado deseo del paciente que aquí señalo como numero dos, de implicarme en aportar mis conocimientos a quien desease conocerlos, en atención a la sensación de esta persona que mi trabajo, y el de todos los vegetoterapeutas podía mejorar su enfermar y su vida. En este caso, fui incapaz de eludir este reto que espero sea de utilidad a todos nosotros o al menos nos ayude a reconocer que seguimos sabiendo muy poco, pero que queremos aprender y compartir.

A continuación voy a hacer un resumen de lo que el trabajo aporta y sus conclusiones.

1. Que con el trabajo que desarrolla la VCA, aplicable a todo ser humano, el que haya fibromialgia y/o SFC es un elemento mas del puzzle y no se convierten en protagonistas del enfermar, forman parte de todo el cuadro existencial de la persona, como debería ser con el resto de los demás trastornos o enfermares humanos.
2. Que estos trastornos acontecen en un substrato específico de la población que abarca las estructuras de carácter psicótica y Borderline y muy reducido en la neurótica; siendo incluso la fibromialgia mas frecuente en BL con núcleo psico-depresivo o depresivo. Que es mas frecuente en las mujeres y que tiene un alto componente psíquico y emocional, aunque no precisamente de índole psiquiátrico ni con posibilidad de tratamiento cognitivo conductual exclusivamente.
3. Que se requeriría un trabajo epidemiológico diferente al actual.
4. Que sería precisa una colaboración de los especialistas en Vegetoterapia que lo desearan y como no, de los demás psicólogos y psiquiatras interesados en el tema pues todas las aportaciones y críticas son importantes a la hora de dirimir este tipo de problemática.

La conclusión final, es que estos síndromes pueden ser incluidos en unos cuadros genéricos disfuncionales, multifactoriales, que requieren una nueva forma de actuación terapéutica y de profilaxis, más compleja, más arriesgada y de mayor investigación e intervención multidisciplinar. Esta forma de trabajo, si los resultados son eficaces y relevantes pueden ser aplicados a otras patologías más comunes y conocidas, tachadas de psicósomáticas, que podrían llevar a una mejor salud global e individual, mejorando no sólo el sujeto y su entorno social, sino produciendo a medio y largo plazo un ahorro en el gasto público de sanidad.

Valencia, 17 de agosto de 2004.

Bibliografía

Bibliografía mínima del SFC/ FM:

1. MERGE Conference Report; AACFS 6th International Conference of Chronic Fatigue Syndrome, Fibromyalgia and Related illnesses. 31 Friday-February 2003. Chantilly, Virginia (Washington DC). Dr. Abbot, Neil C.'s report.
2. Dr. Arnold, P.A.
3. Lic. Arbitrio, Mónica.
4. Dr. Maglio, F.
- 5.

Bibliografía sobre Terapéutica Carácter – Analítica.

- Dr. Navarro, F. La Somatosicodinámica, sistemática Reichiana de la patología y de la clínica médica. 1988. Ed. Orgón. Madrid.
- Dr. Navarro, F. Somatosicodinámica de las biopatías,. Interpretación de las enfermedades de etiología “desconocida”. 1997. Ed. Orgón. Valencia.
- Metodología de la Vegetoterapia Carácter-analítica, a partir de Wilhelm Reich. 1993. Ed. Orgón, Valencia.
- Anuario uruguayo de psicología. 1. vol. 1. Eppal. Montevideo.
- Buscaino, V.M..
-

BIBLIOGRAFIA DE ORGONOMIA

1 BIBLIOGRAFIA ASEQUIBLE DE W. REICH EN CASTELLANO

- “La revolución sexual”. Edit. Ruedo Ibérico, colección El Viejo Topo, 1970.
- “La irrupción de la moral sexual” (de la edición de 1934). Edit. Homo Sapiens, Argentina, 1974.
- “La represión en la sociedad contemporánea” (artículos sobre Reich, contiene el artículo suyo: “La Sexualidad en el Combate Cultural). Edit. Cepe, Argentina, 1972.
- “Psicoanálisis y educación”. Recop. de artículos sobre el tema de Reich y de Vera Schmidt. Edit. Anagrama, Barcelona, 1973.
- “Psicología de masas del fascismo”. Edic. íntegra en Edit. Bruguera, colección “Pensadores y temas de hoy”, Barcelona, 1980.
- “Si tu hijo te pregunta”, artículos de Anna Reich y de W. Reich. Edit. Anagrama, 1976.
- “El análisis del carácter”. Edit. Paidós, Barcelona, 1980.
- “La función del orgasmo”. Edit. Paidós, Barcelona, 1980.
- “La plaga emocional en el trabajo”. Recop. de artículos entre los que están “La naturaleza Biosocial del Trabajo”; “Democracia natural del trabajo”... Síntesis 1980.
- “Reich habla de Freud”. Edit. Anagrama, 1970.
- “Escucha pequeño hombre”. Edit. Bruguera, colección “Pensadores y Temas de hoy”, 1980.

- “El asesinato de Cristo”. Edit. Bruguera, idem 1981 (Primera parte de “La plaga emocional del género humano”).

- “Orgasmo y orgón”. Edit. Tropos, Madrid, 1976. Recopilación de artículos sobre Reich, conteniendo la traducción de tres artículos no publicados en castellano; “El descubrimiento del orgón”; “El desierto emocional”; “Los principios del Cloud-Buster”:

- “La biopatía del cáncer”. Edit. Nueva Visión. Argentina, 1985.

1 LIBROS PUBLICADOS EN INGLES, FRANCES E ITALIANO (que no están en castellano), en las editoriales: FARRAR, STRAUS and GIROUX; PAYOT y SUARCO, correlativamente.

- “Primeros escritos”. Recopilación de todos los artículos de Reich sobre 1920 a 1938, entre los que figuran: “El coito y los sexos”, “Sobre la energética de las pulsiones”, “La superación caracterológica del complejo de Edipo”, “El onanismo en la infancia”, “El orgasmo como descarga electrofisiológica”, “El origen del conflicto libido-angustia”, “El carácter y la sociedad”, “La libido de Forel a Jung”...

- “La biopatía del cáncer”.

- “Superposición cósmica”.

- “El éter, Dios y el diablo”.

- “Gente con problemas”. (También traducido por “El Hombre y el Estado”).

- “Experimentos biónicos sobre el origen de la vida”.

1 INGLES (Exclusivamente)

- “Selected writings”. (Escritos seleccionados de la última época de Reich en Farrar, Straus and Giroux), y

- “Genitality”. Early Writings, Vol. II. Farrar, Straus and Giroux.

- “The character impulsive and other writings”. New American Librars.

- “The Einstein Affair”. The Wilhelm Reich Museum. P.O. BOX687. Rangelos, Maine 04790.

- “The Bioelectrical”. Investigation of sexuality and anxiety. Farrar, Straus and Giroux.

- “Children of the future”. On the prevention of sexual pathology. Farrar, Straus and Giroux.

- “Sex-pol essay” (19-34). Vintage Brooks, 201 East 50 thstreet. New York 10.022.

1 EN ITALIANO

- “Genitalit a”, en Sucargo ediciones, 1981, Mil an.

LIBROS SOBRE W. REICH Y LA ORGONOMIA

1 **EN CASTELLANO.** (Sólo citamos aquellos que aportan datos reales, y que toman la obra de Reich globalmente, sin parcelarla por etiquetas diversas).

- “Wilhelm Reich, biografía de una idea”. Luigi de Marchi. Edic. Península, 1974.

- “Cien flores para W. Reich”. Roges Dadoun. Edit. Anagrama, 1979.

- “Wilhelm Reich”. Ilse Ollendorf de Reich. Edit. Granica, Argentina, 1972.

- “Libro de ensueños”. Peter Reich. Laertes, 78.

- “La Somatosicodinámica. Sistemática reichiana de la patología médica”. Dr. Federico Navarro. Edit. Bio-Medic, 87.

1 **EN ITALIANO**

- “Del corpo a la mente”. Padrini y Binosi. Edit. Savello, 79 Roma.

- “La forza vitale nella salute e nella malattia”. A.t. westlake Astrolabio, Roma, 1975.

- “Wilhelm Reich e la orgonomia”. Ola Raknes, Astrolabio, Roma, 1976.

- “l_uomo nella trappola”. Baker, Astrolabio, Roma.

1 **EN INGLES**

- “Wilhelm Reich, the evolution of his work”, recopilaci n de David Boadella, Edit. Vision Press, 73, Londres.

- “Man in the trap”. E. Baker. Farrar, Straus and Giroux.

- “Man and the orgone”, Orson Bean, edit. St. Martin_s, N. Y., 78.

- “Orgone energy. The answer to atomic suicide”. 1972. Edit. Exposition Press. Jerome Eden.

- “Orgone, Reich and eros”. Edwarr Mann, Edit. Simon y Scuster, Nueva York.

- “Record of a friendship, The corespondence of Reich and Neill”, Edit. Farrar, Straus and Giroux, N.Y. 81.

- “Fury on Earth, a biographs of Wilhelm Reich”. Myron Sharaf. St. Martin_s Press. Marek, New York, 83.

1 **REVISTAS DE ORGONOMIA**

- “Orgonomy”. Edit. Peter Jones. 15, Rusell Road. Manchester, 16.
- ”Sex-Pol. Sexologia Politique”. Mensual, ya desaparecida. Importante el extra 18-19. 42 Rue du Ruisseau. París, 18.e.
- “Energía, carattere y societa”. Tres números al año. Revista de la “Scuola Europea di Orgonterapia”. Suscripciones: Dr. Borrelli, S. Pasquale a Chiaia, 64. Nápoles (Italia).
- “Journal of orgonomy”. Revista del “American College of Orgonomy”. P.O. box 565 Ansonia Station New York.
- “Scienza orgonomica”. Edita el Dr. Camarella. 215 Via Flaminia Roma 00196.
- “Communications su l_ergie vitale emotionelle”. Edita L.O.G. (Laboratorio Orgonomía General) B.P. 83, 75925 París, 19 e.
- “Offshoots of orgonomy”, Offshoots Publications, Inc., P.O. Box 1248, Gacie Station, New York, N.Y. 10028.
- “Energy and character”. Edita David Boadella. Abbotsbouty Publications. Abbosbury, Weymonth. Dorset, England⁷³.

⁷³ Tomado de la Revista energía, carácter y Sociedad. Valencia, Recopilación: Xavier Serrano