



Facultad de Psicología  
**UNR** Universidad  
Nacional de Rosario

## **TRABAJO INTEGRADOR FINAL**

**TÍTULO:** “Diferentes modos de concebir lo psicosomático”

**AUTORA:** Antonella Aixa Chaparro

**LEGAJO:** C-5026/1

**DOCENTE RESPONSABLE:** Esp. Silvia Adriana Lagorio

**MODALIDAD DE TRABAJO:** Investigación bibliográfica

**AÑO:** 2018

## Índice

Resumen.....	3
Agradecimientos .....	4
1. Introducción .....	5
2. Metodología .....	8
3. Desarrollo.....	9
3.1. Origen, significado e historia del término.....	9
3.2. Aportes filosóficos .....	13
3.3. Paradigmas en la psicosomática.....	23
3.4. Diferentes perspectivas teóricas psicoanalíticas .....	28
4. Consideraciones finales .....	37
4. Referencias Bibliográficas .....	41

## **Resumen**

El siguiente Trabajo Integrador Final (TIF) consiste en una investigación bibliográfica acerca de lo psicosomático. Indaga acerca del origen, la historia del concepto y las diferentes acepciones del término. Realiza un recorrido por aportes filosóficos relativos al problema mente/cuerpo, y por diferentes perspectivas teóricas desde el psicoanálisis en algunas de sus vertientes, las neurociencias, la neuropsicología, la medicina psicosomática y la psiquiatría. Finalmente presenta algunas reflexiones en torno a los efectos de los posicionamientos ante la problemática de las relaciones entre lo psíquico y lo corporal en las teorizaciones psicológicas. La metodología empleada consiste en un rastreo bibliográfico del tema por fuentes confiables, la extracción de datos por afinidad al tema y autores más citados en publicaciones respecto del mismo. Su finalidad es el hallazgo de la pregnancia del pensamiento dualista en las concepciones de sujeto, de la salud, de la enfermedad y en las posiciones filosóficas y epistemológicas en los planteos teóricos en los desarrollos psicológicos y sus consecuencias en la práctica clínica, haciendo hincapié en la importancia del trabajo interdisciplinario y el cuidado integral de la salud.

- **Palabras clave:** psicosomática – problema “mente/cuerpo” – perspectivas teóricas - psicoanálisis – psiquiatría - neurociencias – neuropsicología - medicina psicosomática.

## **Agradecimientos**

A mi familia por su cariño y apoyo incondicional.

A mis amigos por el afecto, el aliento y la confianza.

A mis compañeros y compañeras por su solidaridad y complicidad.

A mis profesores y profesoras por despejar mis dudas, guiarme y motivarme en mi formación.

A la Facultad de Psicología y a los integrantes de esta institución educativa por alojarme en estos años y responder a mis consultas y requerimientos.

A Adriana por su predisposición y las sugerencias, y por animarme a perfeccionar la escritura de este trabajo.

## **1. Introducción**

El presente Trabajo Integrador Final (TIF) constituye una revisión bibliográfica acerca de distintas perspectivas teóricas respecto de lo psicosomático. En el mismo se tienen en cuenta los aportes filosóficos relacionados con el problema mente/cuerpo y se realiza un breve recorrido histórico acerca del origen e historia del término.

La problemática a investigar está dada por las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las diferentes posturas en relación a lo psicosomático? ¿Cuál es su relación con el problema mente/cuerpo? Por lo tanto, se buscará explorar los diferentes desarrollos teóricos en relación a esta temática, y la repercusión de las distintas posiciones tomadas respecto de la relación entre lo psíquico y lo corporal en los mismos.

Por lo expuesto, el objetivo del presente TIF es desarrollar una comprensión más amplia y abarcativa del tema, explorando algunas de las perspectivas que han producido, teniendo en cuenta el problema de las relaciones entre la mente/lo psíquico/el alma y el soma, así como exponiendo el origen del término y sus diferentes acepciones. Busca trazar un panorama mostrando las opiniones actuales respecto del concepto, incluyendo una perspectiva histórica para observar los cambios y continuidades que se han dado respecto de esta categoría.

Esta temática ha sido elegida debido al interés que despierta en la autora del trabajo el campo de problemáticas que se ha dado en llamar “psicosomático”, que según su consideración permite denotar la complejidad del trabajo en la salud y remarcar la importancia del trabajo en equipos interdisciplinarios en el mismo, como así también evidenciar las diferentes formas de conceptualizar un mismo fenómeno según la posición filosófica, teórica y epistemológica adoptada, con las posibles derivaciones clínicas que esto conlleva. A su vez, el tema adquiere relevancia al ser trabajado de manera fragmentada a lo largo de la formación de psicólogos en la Facultad de Psicología de la U.N.R., siendo un tópico en el que existen múltiples estudios clínicos y epidemiológicos que relacionan a las enfermedades orgánicas con la Salud Mental, el estrés y las características de la personalidad, es decir, que buscan relacionar aspectos clínicos psicológicos que en lo biológico constituyen riesgos de enfermedades.

Asimismo es un tema de importancia social. La Organización Mundial de la Salud (2013) refiere que las personas con padecimientos psíquicos presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad, así como los padecimientos psíquicos influyen en enfermedades tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares,

la infección por VIH/sida. Algunos factores de riesgo, como un bajo nivel socioeconómico, el consumo de alcohol o el estrés son comunes, e incluso se encuentra una considerable coincidencia entre el sufrimiento psíquico y el consumo de sustancias. Por otro lado también las personas con trastornos mentales suelen vivir situaciones de vulnerabilidad en las que se ven excluidas y marginadas de la sociedad, resultando un impedimento para el efectivo goce de los DD.HH.

Ya anteriormente el mismo organismo (OMS, 1975) planteaba que intervienen factores psicosociales en una serie de trastornos, entre los que cita a las coronariopatías, los trastornos cerebrovasculares, la hipertensión, el cáncer, las enfermedades mentales, la malnutrición, la úlcera péptica, la tuberculosis, la artritis reumatoide y muchas otras enfermedades transmisibles y no transmisibles, entendiendo por factores psicosociales a aquellos que inciden en la salud, en los servicios sanitarios y en el bienestar comunitario, originados en la psicología del individuo y en la forma en que se estructuran y funcionan los grupos sociales (características sociales -grupos familiares o laborales-, culturales -sistemas para resolver problemas-, y psicológicas -actitudes, creencias y factores de la personalidad, etc.-).

También, el TIF, representa un intento de hacer un recorrido y ampliar lo que a lo largo de la formación de grado se presenta segmentado en algunas asignaturas de la carrera, teniendo en cuenta la especificidad de nuestra disciplina. Asimismo conlleva una invitación a pensar las formas de conceptualizar esta cuestión y a reflexionar acerca de las consecuencias que éstas pueden llegar a tener en la práctica.

Algunas preguntas a modo de comienzo: ¿Por qué la psicósomática? ¿Por qué es necesario referirse a la interrelación entre el cuerpo y la mente como si fueran dos cosas separadas o dos componentes que puedan diferenciarse cuando en la realidad se presentan como una totalidad integrada en la que sus límites se funden? ¿Podría pensarse en la definición de la pulsión como límite entre lo psíquico y lo somático como un intento de “reunir” esas dos cuestiones que están separadas por una abstracción cuyo origen tiene que ver con ideas que son muy antiguas, que están arraigadas en nuestra cultura desde miles de años? ¿Por qué se conceptualiza a lo orgánico y a lo espiritual/psíquico/emocional/mental como cuestiones diferenciadas?

Existen falsas dicotomías en las cuales se corre el riesgo de sumergirse, que se realizan a los fines de poder estudiar los objetos de conocimiento pero luego pueden hacer creer que esos elementos se encuentran separados, como si lo corporal estuviera por un lado y lo psíquico por el otro, haciendo referencia a una doble dimensión de lo humano y en lo

humano, psiquis y soma, cuando en la realidad conforman una misma unidad. El dualismo alma/cuerpo es difícil de desprenderse en nuestras formas de pensar, en nuestras formas de expresarnos, en nuestras formas de conocer y de construir saberes, siendo ejemplo de esto la división entre ciencias de la naturaleza y ciencias humanas o del espíritu, o la dicotomía comprensión/explicación.

¿Qué es lo psicossomático? ¿Es menester centrarse en la “enfermedad”, “cuadro” o “psicopatología” inherente a este “campo”? ¿O podría pensarse lo psicossomático como algo propio de la constitución del sujeto? ¿Existe una personalidad psicossomática? Si se asume una unidad entre lo psíquico y lo somático ¿el término psicossomático no sería redundante? A lo largo de este trabajo se intentará dar ciertas respuestas al problema psicossomático.

## **2. Metodología**

La metodología empleada consiste en la realización de un rastreo bibliográfico del tema en libros disponibles en la biblioteca de nuestra unidad académica y artículos académicos en bases de datos confiables, llevando a cabo una selección estratégica de datos que permitan contestar las preguntas de investigación.

Es un tipo de revisión exploratoria debido a que tiene por objeto identificar rápidamente los conceptos clave que sustentan el área de investigación, las principales fuentes y tipos de evidencias que se encuentren disponibles, esencialmente porque ésta es un área de conocimiento compleja (Guirao Goris, 2015). Por ello, constituye una primera aproximación al tema, que permite la identificación de aspectos que pueden ser estudiados con más detalle posteriormente.

Se opta por este tipo de revisión porque es la que busca describir el conocimiento existente y posibilita la generación de hipótesis, así como el establecimiento de posibles líneas de investigación.

La selección de las fuentes bibliográficas es realizada con un criterio de relevancia respecto al tema de las perspectivas teóricas documentadas, dando prioridad a los desarrollos teóricos de los autores más citados en las publicaciones referentes a la temática en nuestro idioma. El recorrido propuesto pasa por algunas disciplinas, porque si bien convergerían muchas otras, el desarrollo de ellas excedería el objetivo de este trabajo y la extensión. En las disciplinas seleccionadas no hay lugar a dudas que en ellas se encuentran distintas formas de concebir lo psicosomático.

### **3. Desarrollo**

#### **3.1. Origen, significado e historia del término**

El origen de la palabra “psicosomático” no está muy claro. Parece ser que este neologismo fue acuñado por el médico alemán Johann Heinrott (1773-1843), en 1818, quien lo utilizó para referirse a malestares y angustias emocionales que se manifiestan en síntomas corporales. (González & Carreño, 2017).

Según el Diccionario de la Real Academia Española, “psicosomático-ca” (que deviene de “psico” y “somático”), es un adjetivo relativo a la medicina y a la psicología, cuya definición es la siguiente: “Que afecta a la psique o que implica o da lugar a una acción de la psique sobre el cuerpo o al contrario.” (D.R.A.E., 2017). Según otro diccionario consultado es el adjetivo que refiere a lo que pertenece al campo de las interrelaciones de la mente y el cuerpo, o relacionado con ellas (Diccionario de Oxford, 2013). Por otra parte, en un Diccionario de Medicina (Segura Munguía, 2004) se encuentran diferentes términos asociados:

- 1) Psicósomática: (psico – gr. somatikos “corporal” - soma, somatos “cuerpo”) f. Parte de la Medicina que trata de los trastornos corporales de causa psicológica y de la repercusión psíquica de las enfermedades orgánicas o somáticas.
- 2) Psicósomático: adj. Perteneciente o relativo a la relación existente entre la mente y el cuerpo – que tiene síntomas corporales de origen psíquico, emocional o mental. Se aplica a la Medicina que estudia la interdependencia de los aspectos orgánico y mental de las enfermedades.

El primero de ellos apunta a una rama de la disciplina médica y el segundo a un adjetivo tal como es posible leer en los diccionarios previamente enunciados (D.R.A.E, 2017 - Diccionario de Oxford, 2013). También, dentro de este mismo diccionario (Segura Munguía, 2004) es posible rastrear tanto una definición de “Psique” (Respiración, soplo, alma, corazón, órgano del pensamiento y el juicio), como de “Psico” (Soplar, respirar. f., mente; facultad humana del pensamiento, juicio y emociones; vida mental, incluidos los procesos tanto conscientes como inconscientes; alma; conciencia).

En el Diccionario de Filosofía de Ferrater Mora (2009) se aclara que

El alma es concebida con frecuencia como un tipo de realidad que engloba algunas de las operaciones psíquicas —como cuando en ciertas concepciones tradicionales se habla del alma como inteligencia, como voluntad, como sentimiento, etc., y hasta como todas estas llamadas "facultades" en conjunto- (...) las representaciones primitivas del "alma" son muy variadas, pero se destacan tres rasgos comunes a muchas de ellas. El alma es concebida a veces como un soplo, aliento o hálito, equivalente a la respiración; cuando falta tal aliento, el individuo muere. A veces es concebida como una especie de fuego; al morir el individuo, este "fuego" —que es el "calor vital"— se apaga. A veces, finalmente, se concibe como una sombra, presentida o

principalmente "vista" durante el sueño. En los dos primeros casos, el alma es más bien como un principio de vida; en el último caso, más bien como una "sombra o un simulacro". La idea del alma como aliento, hálito, exhalación, soplo, etc., es acaso la más común. (...) hasta el final de la cultura antigua —y en muchas concepciones "populares" dentro del Occidente hasta nuestros días— dominaron representaciones del "alma" formadas de muy diversas capas: el alma como un muerto-sombra que desciende al seno de la tierra; el alma como un "aliento" o principio de vida; el alma como "realidad aérea" que vaga alrededor de los vivos y se manifiesta en forma de fuerzas y acciones, etc. etc. Estas representaciones influyeron, además, sobre las ideas que no pocos filósofos se formaron del alma (pp. 74-74).

Al consultar en un Diccionario de Psicología (Anaya, 2010), se encuentra que “psicosomático” es:

Relativo, al mismo tiempo, tanto al componente psíquico o mental de la personalidad como al orgánico. Aunque hay diversas acepciones sobre este término, algunas concepciones tienen algo en común, y entre ellas, la más destacada es la idea de que cuando un elemento traumático produce un grado de desorganización que sobrepasa la capacidad efectora del aparato psíquico para dominarla y/o resolverla, es en el nivel somático donde se produce la respuesta (p. 228).

En otros trabajos consultados es posible leer que:

Se califica como psicosomático al trastorno psicológico que genera un efecto físico, provocando alguna consecuencia en el organismo. Puede decirse, por lo tanto, que una afección psicosomática se origina en la psiquis y después ejerce una cierta influencia en el cuerpo. (Coronel Urquiza & González Suárez, 2016, p. 38).

Se observa cómo el hecho de calificar una enfermedad o una dolencia como “psicosomática” implica la atribución de una causa emocional. Sin embargo, es imposible saber de manera exacta cuál es la preponderancia del factor “mental” en el desarrollo de un “trastorno psicosomático”, debido a que se trata de un fenómeno complejo en el que están en juego numerosas variables cuya cuantificación es inasequible.

A partir del análisis histórico del término, es posible afirmar que el enfoque psicosomático data desde la Antigüedad, pasando por un enfoque somatopsíquico propio del modelo hipocrático. Siguiendo a Napadensky (1986) “Los sofistas, particularmente, Protágoras, se preocuparon por los fenómenos psíquicos, interés que culminó en la Filosofía de Sócrates, Platón y Aristóteles, en una psicología racional, no demonológica, basada fundamentalmente en el conocimiento introspectivo.” (p. 16). Esta tradición racionalista ha podido ser retomada recién pasados más de quince siglos en el Renacimiento, porque es a partir de la lectura de Galeno que se redescubren las obras de Aristóteles y Hipócrates. "Hacia mediados del siglo XIX, Carus, un obstetra alemán postuló el concepto de inconsciente y con Groddeck, consideró que todas las enfermedades, tanto físicas como mentales eran el resultado de procesos mentales inconscientes." (Napadensky, 1986, p. 19). Más adelante, "En la segunda mitad del siglo XIX, Charcot demostró experimentalmente la

influencia de las ideas sobre los trastornos corporales en los histéricos. Fue este clínico quien inspiró a Freud en sus exploraciones de los fenómenos mentales inconscientes". (Napadensky, 1986, p. 20). De hecho,

La obra de Freud constituyó un aporte esencial para el desarrollo de una patología psicosomática. Mostró el papel del psiquismo en la enfermedad humana, conjuntamente con Jung y Adler. (...) El pensamiento freudiano con su integración del psiquismo (...) fue lo que permitió el surgimiento de la Medicina Psicosomática moderna. (Napadensky, 1986, p. 21).

Es por ello que, según Napadensky, "un enfoque psicosomático en medicina, basado en principios científicos hubiera sido imposible sin el descubrimiento del método psicoanalítico de Freud, que proporcionó a los clínicos el primer método confiable para el estudio sistemático de la personalidad." (pp. 24-25).

Desde la neuropsicología

Los términos psicógeno, funcional y psicosomático, se utilizan en presencia de una manifestación patológica cuyo origen no se encuentra en una lesión o alteración orgánica, sino en un trastorno psíquico, o cuya aparición y desarrollo se ven influenciados de manera importante por variables psicológicas. (Baeza-Velasco, 2010, p. 8).

Según Baeza-Velasco (2010) se produce un uso despectivo del término tanto por parte de los pacientes como por parte de los profesionales de la salud, lo que hace que, al tener la comunidad científica una comprensión peyorativa, la idea de que los procesos psicológicos intervienen de manera importante en las manifestaciones patológicas del cuerpo, es vista con reticencia por gran parte de los pacientes, quienes pueden sentir que no son tomados en serio si sus quejas físicas se consideran psicógenas. Según esta autora, pareciera que los síntomas tienen un determinado status según su etiología, siendo privilegiados los síntomas con etiología orgánica. Estos son los resabios organicistas en el campo de la Salud, que hacen que las enfermedades si son de causa orgánica sean más auténticas y verdaderas, y si son de causación psicógena no lo sean.

Según la medicina psicosomática la enfermedad no es una entidad en sí misma sino que en el diagnóstico, tratamiento y prevención de toda enfermedad se deben tener en cuenta factores biológicos, psicológicos y sociales del enfermo. De esta manera la psicosomática resulta una disciplina de intersección cuyo objeto es observar e interpretar las relaciones entre los acontecimientos psicológicos y los biológicos, formular leyes entre los procesos psicológicos y los fisiológicos, es decir definir tipos de relación entre variables muy heterogéneas (Roca Bannasar, Boatas Enjuanes, Agüero Ramón-Llin, 2000).

El término psicosomático también es utilizado frecuentemente en la cotidianidad, no

siempre con exactitud, e incluso hay quienes interpretan que cualquier enfermedad o síntoma que se produce mientras se vive una situación de estrés es psicossomático, como si fuera posible hacer una ecuación de causación directa. En general implica una gran dificultad el poder encontrar los orígenes de los “trastornos” que parecen estar ligados con lo emocional. Esto es para los profesionales un obstáculo a la hora de realizar un diagnóstico diferencial.

Según Levi (1988) “La relación causal entre la exposición a factores de estrés y la morbilidad psicossomática y psiquiátrica se compone de muchos elementos complejos, relacionados entre sí en forma no lineal y condicionados por múltiples influencia.” (p. 76).

Como se ha dicho, los factores psicossociales pueden influir en la salud y el cuidado de la salud mediante cuatro tipos de mecanismos: cognoscitivos, emocionales, de conducta y fisiológicos. De ello se deduce que los factores psicossociales intervienen literalmente en cada estado de enfermedad. En algunas ocasiones su contribución es marginal; en otras, tiene una importancia decisiva (Levi, 1988, p. 82)

También se encuentra asociado el término “psicossomatismo” a un proceso que tiene raíces psíquicas e influye en lo corporal. Si bien está dado por el reconocimiento de parte de la Medicina de la importancia de los procesos emocionales en el curso de determinadas enfermedades, son procesos difíciles de cuantificar y precisar.

Igualmente, existen algunos descubrimientos de la comunidad científica que han podido establecer las relaciones entre algunos padecimientos tales como la depresión o el estrés crónico con ciertos cambios en el organismo que implican variaciones hormonales, las cuales tienen influencia directa y consecuencias, por ejemplo, en el sistema inmunológico. Incluso existen teorías que relacionan al cáncer con el estrés crónico.

En la Medicina Psicossomática y la Psiquiatría Biológica es popular la teoría de que todo tipo de enfermedades pueden atribuirse a los efectos crónicos de la excesiva activación en personas expuestas a riesgos psicossociales. Pero es extremadamente difícil determinar los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad psicossomática y, aunque se han sugerido varios mecanismos posibles, ninguno se ha observado experimentalmente (Levi, 1988, p. 40).

Según una investigación realizada por Baeza-Velasco, Bulbena Vilarrasa, Fénérier & Gély Nargeot en el año 2011 “Algunas de las enfermedades psicossomáticas más comunes descritas en la literatura médica (...) ocurren en los sistemas digestivo, respiratorio, nervioso, endócrino y locomotor.” (p. 228). En el sistema digestivo un ejemplo es el colon irritable. En el sistema respiratorio el asma, las alergias nasales (ej.: rinitis), la sinusitis y la faringitis. En el sistema nervioso la cefalea de tensión, la jaqueca o migraña y la fatiga crónica. En el sistema endócrino el hipotiroidismo. En el aparato locomotor las artralgias (dolores musculares) y la lumbalgia (dolor en la zona lumbar).

Es por ello que se ha investigado acerca de las alteraciones químicas implicadas en

cada padecimiento. La psicopatología ha de tener una base bioquímica.

En efecto, los resultados de las investigaciones permiten distinguir tres tipos de bases bioquímicas en psicopatología: I) Un primer tipo en el que está establecida, con todo rigor, la relación entre el cuadro clínico y su condicionamiento bioquímico. (...) II) Un segundo tipo, menos bien definido, viene constituido por el grupo de las psicosis endógenas (esquizofrenia, depresión, manía, etc.). (...) III) Por último, en el tercer grupo incluimos a síntomas o funciones psíquicas elementales más que a síndromes o a entidades clínicas. (Montserrat-Esteve, 1972, p. 5).

### **3.2. Aportes filosóficos**

El problema mente-cuerpo tiene que ver con la dificultad de explicar la relación entre la mente/alma/psique y la corporeidad. ¿Cómo es que determinados estados mentales o subjetivos (ej. sensaciones, creencias, decisiones, recuerdos) explican a, interactúan con, o sobrevienen de las sustancias y procesos del mundo de objetos estudiado por la ciencia?

Este conflicto fue desarrollado por René Descartes en el siglo XVII y por los filósofos aristotélicos, tales como Averroes, con su diferenciación entre el intelecto agente y el intelecto posible, o Santo Tomás de Aquino, quien intentó unir las teorías de Aristóteles con el cristianismo buscando fundamentar teóricamente su fe, con el objetivo de demostrar la existencia de Dios y reconociendo como dos entidades fundamentales al cuerpo y el alma.

A lo largo de la historia se han propuesto, desde diversas tradiciones filosóficas, diferentes tipos de ontologías, en su mayoría con una concepción dualista, y de dichos dualismos, se han derivado, por un extremo o el otro, ciertos monismos reduccionistas. La ontología dualista sostiene una discriminación entre lo material y lo mental; pudiendo llegar a ser lo mental algo inmaterial o sobrenatural. En cambio, el monismo defiende la existencia de sólo una realidad, sustancia o esencia.

A continuación, se tomará como referencia el desarrollo que realiza Koval (2011) en su artículo “Crítica al dualismo cartesiano”. Según el dualismo, la realidad está separada en dos esferas, dos órdenes de fenómenos divididos por una brecha inexorable, respondiendo de este modo a un pensamiento binario, una lógica de válido/inválido, una epistemología de verdadero/falso, una ética de bueno/malo y en el terreno de lo óntico la dualidad ser/no ser.

El dualismo se manifiesta en la división entre apariencia y realidad de los presocráticos (Pitágoras, Empédocles, Anaxágoras); en la filosofía de Platón, en la división entre un mundo de ideas eternas e inmutables y un mundo de cosas finitas y en cambio permanente; en la división de Kant entre nómeno (lo pensado, la cosa-en-sí, que está al margen de la sensibilidad, más allá de la experiencia y no puede conocerse) y fenómeno (aquello que podemos conocer); en la separación de Hume entre hecho y valor; o en el

contraste de Sartre entre el ser y la nada. También se relaciona con esto la doctrina de las dos verdades, la sagrada y la profana o la religiosa y la secular, que es una forma dualista de dar respuesta al conflicto entre religión y ciencia. La teoría de la doble verdad es introducida por Sigerio de Brabante en el siglo XIII, según quién la razón y la fe han de ser dos órdenes distintas, una natural y otra sobrenatural y cierta, por medio de la razón se conoce el mundo natural, y por medio de la revelación la verdad divina. Otro pensador que separa razón y fe es Guillermo de Ockham (siglo XIV), quien las considera como fuentes de conocimiento diferentes, con contenidos diversos, defendiendo la imposibilidad de demostración racional de la existencia de Dios, de la inmortalidad y del alma, siendo la fe la creencia en lo que no se ve y la razón el conocimiento de lo que se ve.

En Descartes se lee que si la realidad objetiva de alguna de sus ideas es tal, que puede estar seguro de que ella no existe en él de manera efectiva y prominente, y que por lo tanto no puede ser él mismo la causa de tal idea, se sigue necesariamente que él no es el único ser existente, sino que también existe alguna otra cosa, la causa de esa idea. Es por ello que considera otra substancia, diferente de la cosa pensante, clara y transparente: la substancia extensa (res-extensa). El mundo material es una serie indefinida de variaciones en la forma, tamaño y movimiento de una materia homogénea, única y simple que denomina res extensa que incluye a todos los eventos físicos y biológicos, incluso el complejo comportamiento animal que él considera como el resultado de procesos puramente mecánicos. En este sentido, el cuerpo humano es una substancia extensa que se encuentra en el espacio, sujeto a leyes físicas y mecánicas, y sus procesos y estados pueden ser controlados por observadores externos. De esta forma, el dualismo de la substancia propone que a la par de la res extensa que constituye el universo material, hay una res cogitans, independiente de la materia (Koval, 2011).

El autor distingue problemas que se derivan del dualismo cartesiano anteriormente desarrollado, y plantea que el primer problema que surge tiene que ver con dos preguntas: “¿Cómo es posible que una sustancia no espacial pueda interactuar con una sustancia que está en el espacio? ¿Cómo puede ser que mente y cuerpo, dos sustancias tan distintas, guarden estrechísimas relaciones?” (Koval, 2001, p. 7).

El cartesianismo podría responder situando a la mente en un lugar espacial, no obstante, todavía tendría que sostener que dichas relaciones son inmediatas, no mediadas por ningún mecanismo subyacente, hecho que parece imposible de verificar. Por tanto, el problema sigue abierto y el funcionamiento de las relaciones causales entre ambos estados permanece sin explicación (Koval, 2011, p. 7).

Para continuar reflexionando acerca de esta cuestión tomaré en lo que sigue los

planteos de Beorlegui (2007) acerca de la filosofía de la mente, quien desarrolla la historia del problema de las relaciones mente-cuerpo.

La filosofía de la mente hace referencia a un resurgimiento del interés por el tema de la mente y lo mental, cuyo nacimiento se ubica alrededor de los años setenta en el contexto norteamericano, relacionado con el nacimiento de lo que se ha llamado psicología cognitiva, o las ciencias cognitivas en general, que retoman de otra manera el viejo tema de la relación alma-cuerpo que se remonta a la Grecia antigua. Debido a la hegemonía cultural de los EE.UU., esta disciplina se está extendiendo con fuerza por Europa y el resto del mundo.

La denominación filosofía de la mente corresponde al conjunto de reflexiones filosóficas respecto de las siguientes preguntas: ¿Cuál es la naturaleza de lo mental? ¿Cuál es la relación mente-cerebro? ¿Cuál es la naturaleza del conocimiento mental, y de la realidad?

El interés por lo mental ha motivado desarrollos sobre la metafísica u ontología de la realidad, sobre la naturaleza del conocer (epistemología) y sobre el ser humano en general. Si bien en sentido estricto la filosofía de la mente se vincula con la propuesta funcionalista de lo mental, esto es, la teoría filosófica que es concomitante con el conjunto de las ciencias cognitivas (psicología, lingüística y antropología cognitivas, neurofisiología, inteligencia artificial y filosofía de la mente) originadas en los setenta, cuyos primeros atisbos datan de los años cincuenta, en los que se produce una fuerte crítica al conductismo, esta problemática no se ciñe sólo al ámbito anglosajón y a este nuevo resurgimiento, sino que debe situarse también en el contexto de la historia de la filosofía.

El conflicto del alma y de las relaciones alma-cuerpo tiene una historia, de hecho la historia de la filosofía parte de la existencia del alma como fundamental en la existencia humana, y de las diversas doctrinas religiosas nace la necesidad de establecer una diferencia esencial entre el hombre y los animales.

Dentro de las posturas pre-filosóficas hay algunas que defienden una concepción unitaria del hombre, es el caso de la mentalidad homérica y la mentalidad bíblica. Luego, en la tradición de la filosofía griega, se encuentran dos posturas principales: el dualismo platónico y el hilemorfismo aristotélico. Más adelante, en la Edad Media, las diferentes escuelas escolásticas se dividieron entre quienes seguían a Aristóteles y quienes seguían a Platón. Predominó sobre todo el dualismo platónico, el cual impregnó la mentalidad antropológica popular. Hubo una línea franciscana que siguió los lineamientos platónicos y de San Agustín adscribiéndose más bien a tesis dualistas, y una línea representada por Santo Tomás, que buscó cristianizar la filosofía aristotélica.

En la Edad Moderna, surge el dualismo referente a la obra de Descartes. Este filósofo

no defiende un dualismo absoluto, sino una interdependencia entre las sustancias alma y cuerpo. El problema del dualismo es siempre la dificultad de explicación de las interacciones entre esas dos sustancias. Luego, desde fines del siglo XVII y en el siglo XVIII, de la mano de pensadores como Spinoza, Leibniz, Hegel y Kant, el debate filosófico se centra en el problema de la libertad humana y el determinismo, por lo que se corre el eje de la discusión, y se deja de hacer foco en la relación alma-cuerpo.

En el siglo XIX se produce el surgimiento de las ciencias humanas no positivas, y, al igual que en el resto de las disciplinas que conforman este tipo de ciencias, la psicología científica busca investigar lo mental a través de parámetros científicos, y se vuelve a una postura cartesiana, identificando al ser humano con la conciencia, dejando la corporalidad como un elemento secundario. La psicología científica, de la mano de Wundt y James es diferente en cuanto a lo metodológico, ya que no utiliza el método introspectivo de Descartes, sino que privilegia el método empírico, que toma al comportamiento humano como lo evidente y real, problematizando el acceso introspectivo a la conciencia.

Posteriormente al siglo XIX se bifurcan dos tipos de planteamientos respecto al acercamiento a lo mental y la relación alma-cuerpo o mente-cuerpo. Se diferencian la tradición continental (alemana y francesa) de la tradición anglosajona. En la tradición continental se reflexiona desde parámetros filosóficos tradicionales que consideran como válido el método introspectivo. Se destaca Husserl con su filosofía del yo empírico y trascendental, que intenta alcanzar la esencia del yo (reducción fenomenológica) en su dimensión trascendental. Éste pensador descubre la naturaleza mundana e histórica de la subjetividad, y abre una reflexión en torno al "Lebenswelt" (mundo de la vida), que es el origen de las teorías de Heidegger acerca del ser-en-el-mundo.

Otro autor importante es Merleau-Ponty, quien teoriza acerca del cuerpo propio, advirtiendo la ambigüedad radical de la realidad humana. Esta consiste en una síntesis de racionalidad y corporalidad, en la que el cuerpo no es una realidad al margen de uno mismo. Por ello la racionalidad se encuentra impregnada de irracionalidad y corporalidad, que hacen que no se pueda entender al ser humano al margen de la confluencia de ambas perspectivas. Esta postura unitaria será criticada por Sartre, quien defiende su postura en con la división entre el "en-sí" y "para-sí".

Por otro lado, las investigaciones psicoanalíticas (Freud, Lacan, etc.) que refieren a la estructura de la conciencia, al inconsciente y a la interpretación de los sueños, buscan hallar una vía científica al estudio de la psique por el camino de la introspección (diferente en relación al resto de las psicologías y a la filosofía) y el análisis de la conciencia. Desde esta

perspectiva, el cuerpo y sus tendencias cobran mayor importancia que lo mental, que es reducido a funciones superiores. La línea anglosajona, más allá de la escuela inglesa de psicoanálisis (M. Klein, E. Jones, D. Winnicott), no acepta estos lineamientos debido a su anclaje en la filosofía analítica y las tradiciones empiristas que constituyen parámetros para el estudio de lo mental.

Dentro de la tradición anglosajona se destaca el Conductismo, el cual se basa en una concepción materialista de la realidad, orientado por el positivismo lógico y la filosofía analítica del Círculo de Viena. Existe una línea original, llamada conductismo científico o psicológico nacida a partir de Watson y Skinner, que se centró en el estudio experimental de la conducta animal y humana. El esquema básico que guía la conducta para ellos es el de la relación Estímulo - Respuesta, dado que los individuos nacen como tabulas rasas y orientan su comportamiento de acuerdo a los estímulos del ambiente, siguiendo las huellas de la escuela reflexológica del ruso Pavlov. Skinner complejizó el esquema con los refuerzos (positivo y negativo). Los primeros desarrollos de esta corriente predominan en la psicología norteamericana la primera mitad del siglo XX, siendo predominantes los aportes de Skinner durante la segunda mitad del siglo XX.

Una segunda línea está dada por el conductismo lógico, el cual parte de los mismos parámetros que la línea original, agregando las tesis de la filosofía analítica y el neopositivismo del primer Wittgenstein y del Círculo de Viena. Su objetivo se basa en dejar de lado cualquier planteo metafísico y purificar de esta forma el lenguaje, postulando a la mente como un rastro metafísico imposible de verificar. Un referente es Ryle, quien afirma que el lenguaje está lleno de conceptos abstractos que no significan nada, intentando sustituir las entidades por estados o disposiciones conductuales. La gran dificultad de este conductismo es el problema de los "qualia" (experiencias interiores ante las situaciones concretas) debido a que su explicitación en clave conductual posee argumentos poco convincentes.

Si bien se sitúa a Wittgenstein aquí, este autor no niega completamente la existencia de la mente, pero sí advierte la dificultad de compaginar la experiencia interior introspectiva y la radical e inevitable condición social e interpersonal de todo lenguaje con sentido. Es importante destacar que se toma en este caso solo al primer Wittgenstein, y no los desarrollos posteriores de este autor.

A partir de la caída del conductismo se recupera y resurge el concepto de lo mental, de hecho esta corriente sufrió ataques y fue superada por dos nuevas teorías de lo mental: la teoría de la identidad (Place, Smart, Armstrong y Feigl) y el funcionalismo (Putnam, Fodor y

Lewis).

Se van dando otras posturas paralelas, las cuales se pueden clasificar en tres tipos:

1. Monismos materialistas o reduccionismos: En estas teorías la mente y los estados mentales son reales y objetivos. Dados los avances del estudio del cerebro a partir de la neurofisiología, se demuestra que en el origen y el desarrollo de la conducta interviene la organización interna autónoma del cerebro. De esta forma asimilan la mente al cerebro y el cerebro a una entidad biológica, a fin de cuentas una estructura física (Place, Smart y Feigl son referentes de estas teorías).

A las tesis reduccionistas se les replica que es menester distinguir entre los diferentes niveles, debido a que, si bien es cierto que lo físico es condición de lo biológico y de lo mental, no significa que la emergencia de estos niveles superiores se reduzcan al nivel anterior, sino que pueden tener una configuración y leyes de funcionamiento distintas.

2. Dualismos interaccionistas: Aquí se sitúan las posturas de Popper y Eccles. El primero piensa a la realidad como constituida por tres mundos, lo físico y biológico (primer mundo), la mente humana (segundo mundo) y las producciones culturales de la humanidad (tercer mundo). Este pensador entiende el origen de lo mental como emergente de la complejización del cerebro. En cambio Eccles defiende el origen de la mente en "clave creacionista", y a la hora de explicar la interacción entre alma y cuerpo realiza una modernización del cartesianismo, apelando a la conjugación e interacción entre grupos de neuronas, las cuales forman unidades abiertas (psiconas) con las que se configura el alma/mente.

3. Posturas intermedias o sintéticas. Dentro de ésta última se sitúan a su vez:

3.1. El funcionalismo: Sus principales autores son Putnam, Fodor y Lewis. Estas teorías se centran en la noción de función y de descripción funcional (indicar como una serie de causas/impulsos externos -inputs- dan lugar a una serie de respuestas -outputs- mediante determinados procesos), proponiendo la imagen de la computadora (la diferencia entre hardware y software es asimilable a la diferencia entre cerebro y mente), aclarando que la necesidad de soporte físico no reduce a los estados mentales al cerebro; por ende, un mismo estado mental puede ser posibilitado por diversos soportes cerebrales. Por ello, lo central es el sistema mental y el programa lógico, no el soporte. Esta corriente da lugar a la llamada inteligencia artificial (intento de construir artificios inteligentes que imiten y suplan las inteligencias humanas), cuya principal influencia está dada por el test de Turing (simulación de interacción entre un ser humano y una computadora), la cual fue fuertemente criticada por Searle. Este último defiende que las computadoras tienen dimensión sintáctica pero no

semántica, por lo tanto, no saben ni son conscientes de lo que hacen. El problema del funcionalismo es que, con la metáfora de la computadora, cae en el error de pensar que el nivel de la programación (software) está aislado, separado e indiferente a cualquier base material (hardware) en que se apoya, y en consecuencia cae en un "dualismo larvado".

3.2. Los diferentes emergentismos: Lo que comparten las teorías agrupadas en este tipo de postura es que parten de considerar lo mental como emergente de la evolución del cerebro, y la mente es entendida como un sistema o estructura específica con la que se configura nuestro cerebro, siendo producto de un proceso de evolución biológica que lo ha formado. Se diferencian aquí el:

3.2.1. Emergentismo coincidente con la Teoría de la Identidad (TI): la mente y los estados mentales se reducen a estados cerebrales. Este tipo de emergentismo está relacionado con la idea del autor (Beorlegui, 2007) acerca de la posibilidad de “ser” emergentista y al mismo tiempo caer en la defensa de la TI, o en un dualismo o una postura sintética o unitarista del ser humano. Todo ello a condición de suponer que el emergentismo, en sentido más estricto implica afirmar que la mente es producto de la evolución del cerebro.

3.2.2. Emergentismo dualista (Popper): La mente es distinta y funciona al margen de lo cerebral, interactuando con él.

3.2.3. Emergentismo unitarista o sistemista (Bunge): La mente humana es un sistema específico, que por la complejidad de la estructuración puede interactuar sobre la base neuronal del cerebro para dirigir la conducta.

3.3. El estructuralismo: Está representado por el estructuralismo dinámico de Laín Entralgo (1988), quien se basa en avances de la antropología y la neurofisiología, y se separa de los monismos fisicalistas y los dualismos defendiendo las siguientes tesis: I. Todo está constituido por sustantividades. II. La realidad es dinámica, de modo constitutivo, dándose varios dinamismos. III. El dinamismo de la mismidad hace que cada individuo sea autónomo (posee un centro y orienta su propia realidad), pero el dinamismo genera mutación. IV. El modo en que se producen mutaciones es a través de la constitución de nuevas estructuras.

3.4. El neo-hilemorfismo: Es una postura que considera válido el hilemorfismo de Aristóteles y Santo Tomás, se da entre quienes siguen defendiendo los planteamientos escolásticos medievales. Aquí se ubican las ontologías de Frege, el Russell del atomismo lógico y el primer Wittgenstein, G. Bergmann, R. Gale, G. Kessler, Hartmann, el hilemorfismo de las teorías de la Gestalt)

A medida que se avanza en la definición de lo mental se vuelven a recuperar en las polémicas entre las teorías, antiguas posturas y conceptos que parecían haber sido superados.

En la base de cada teoría de la mente se halla un modelo antropológico, es decir, de formas de concebir la realidad humana, tanto en sus aspectos biológicos como culturales, que tiene consecuencias éticas y sociales.

El dualismo actualmente es muy difícil de sostener y de compaginar con los planteos científicos y filosóficos más actuales y convincentes. Es por ello que resultan más aceptables las posturas intermedias o sintéticas, las cuales deberían de reorientarse a los nuevos avances acerca de los sentimientos y las emociones como por ejemplo, los estudios sobre la inteligencia emocional de Goleman (1995), o sobre el desarrollo emocional humano, o incluso sobre los desarrollos actuales de las Neurociencias. Todo esto reconociendo la radical condición interpersonal y social de lo humano.

Es posible relacionar lo planteado en la Introducción con lo que dice Rubia (2010), quien considera imposible la liberación completa del pensamiento o la visión dualista debido a que supone que esta forma de pensamiento en antinomias o antítesis podría bien ser una categoría más de nuestra mente con la que se analiza el mundo. Su idea es que nuestro pensamiento lógico-analista es dualista y es lo que nos hace ver el mundo en antinomias o conceptos contrarios. Existe la impresión de que nuestra experiencia consciente subjetiva es distinta del mundo físico circundante y dado que el cerebro pertenece a ese mundo físico, resulta simple separar la actividad cerebral de las experiencias subjetivas. Por ello el pensamiento dualista es común a mitos y religiones, a la filosofía y a la ciencia. El autor piensa en una predisposición genética que denomina “pensamiento dualista”, aunque ya previamente el psiquiatra de Pensilvania Eugene D’Aquili (1940-1998) lo llamó “operador binario”, una estructura, módulo o dispositivo neural que estaría localizado en el lóbulo parietal inferior izquierdo. El neuropsicólogo ruso Alejandro Luria (1902-1977), discípulo de L. S. Vygotsky, tuvo un paciente (a partir del cual escribió su libro “El Hombre con su mundo destrozado”) con una lesión en esa región cerebral y el sujeto no podía ya distinguir entre los conceptos contradictorios, como arriba/abajo, delante/detrás o antes y después. Había perdido la visión dualista del mundo que nos caracteriza. Dicho esto, el dualismo con el que se percibe en la naturaleza no es tal, sino que nuestro cerebro lo percibe así, aunque no exista en la naturaleza o en el mundo exterior.

Existe un salto cualitativo entre la actividad neuronal del cerebro y la experiencia subjetiva de la consciencia. Podría no ser un enigma insoluble debido a los enormes avances que han experimentado las Neurociencias (Rubia, 2010).

Un autor destacado que se opone al dualismo occidental es Nietzsche, quien critica duramente a la racionalidad socrática, cuyo desarrollo caracteriza al sistema filosófico

platónico, el cual es retomado en la tradición judeocristiana. Este autor argumenta que estas concepciones niegan la vida y el valor de lo sensible, e instauran un desprecio hacia el cuerpo, constituyéndose en metafísica, religión y moral, las cuales han operado suplantando e invirtiendo los valores vitales. Para realizar esta crítica a la tradición socrática y platónica, toma una manifestación anterior a estos planteos como referencia para su pensamiento, esta es, la tragedia griega. Esta manifestación encarna una admirable unidad entre lo apolíneo (relativo a lo figurativo, a la apariencia, al orden, a la medida, a lo acabado, a lo racional, funcionando como principio de individuación) y lo dionisiaco (referente a la fuerza, la desmesura, la renovación, lo inacabado, la vitalidad) que sufre una ruptura a partir de la filosofía socrática, ya que esta última somete la vida a la razón, reduciendo lo dionisiaco a lo apolíneo, siendo lo apolíneo desnaturalizado por la escisión efectuada. Lo dionisiaco es lo que permite la alianza entre los seres humanos y posibilita la fusión con la naturaleza necesaria para hallar la plenitud, relacionado con la música, la poesía lírica, la danza y el éxtasis festivo.

A pesar de representar una antítesis entre estas dos tendencias, para Nietzsche ambas se necesitan una de la otra, y la tragedia griega era el ejemplo que testimoniaba esta unión posible. Desde su perspectiva, es necesaria una revalorización de la corporalidad, la cual invierte evidentemente los términos del racionalismo. Critica las tradiciones platónicas y el cristianismo pero también el positivismo científico, viendo en él la búsqueda de un orden, una verdad y el deseo de una certeza, que constituyen una sombra de las ideas metafísicas del judeocristianismo. El cristianismo propone no sufrir a cambio de no gozar, postulando una felicidad en el más allá a cambio de destruir o aquietar las pasiones, la sensualidad y la voluntad. En Nietzsche se puede vislumbrar la búsqueda de principios que ligen la corporalidad, los deseos y las pasiones de los sujetos con la forma de funcionamiento de la naturaleza, rompiendo las certezas del individuo racional de la modernidad, intentando conciliar dialécticamente espíritu y naturaleza. La filosofía occidental, desde la crítica nietzscheana, ponía el mundo real del devenir en función de un falso mundo estático y suprasensible, el cual era sólo la copia de una realidad más verdadera, tal como se plantea en el modelo platónico, por lo cual solamente si se acepta el devenir es posible otorgar al sujeto un carácter constituyente y responsable del mundo (Citro, 2006).

Se trata entonces de restablecer el orden adecuado. Y para ello es necesario otorgar la primacía al cuerpo sobre la conciencia. Lo originario, según Nietzsche, es el cuerpo, desde el que se producen todos los fenómenos de conciencia (...) A partir de las primeras excitaciones del cuerpo se van produciendo una serie de metáforas de un modo libre y sin presupuestos. La inversión del platonismo o transvaloración significa una afirmación de lo inconsciente como posibilidad de la vida, de la fuerza y

de la embriaguez. Es el retorno a la intensidad del sentimiento, a la excitación de los afectos, cuya descarga se traduce en imágenes y símbolos creados por el hombre. Dejando a un lado la idea como el punto de partida, Nietzsche señala el sentido contrario: el afecto es anterior a la representación. Decir que la idea, lo consciente o la razón es lo primordial es alienarse con el idealismo inaugurado por Sócrates y Platón: es afirmar la antinaturalidad, pues supone destruir los instintos, los afectos, las pasiones. Esto implica admitir que el hombre no procede de la naturaleza, cuya consecuencia es el nihilismo. Así pues, la inversión de la filosofía nietzscheana significa sobre todo pensar el espíritu como traducción del cuerpo, por lo que aquel aparece como algo derivado y secundario con relación al cuerpo; el lugar por donde debe empezar la actividad del hombre es "el cuerpo, el ademán, la dieta, la fisiología, el resto es consecuencia de ello (...) Por eso los griegos continúan siendo el primer acontecimiento cultural de la historia (Izquierdo, 2002, p. 18).

Deleuze (1986) retoma la perspectiva de Nietzsche y define al cuerpo como un campo de fuerzas, un medio nutritivo que se encuentra disputado por una pluralidad de fuerzas. Para él, cualquier relación de fuerzas desiguales constituye un cuerpo -químico, biológico, social, político-, las cuales se relacionan entre sí como fuerzas dominantes y fuerzas dominadas, siendo el cuerpo siempre fruto del azar. Desde esta perspectiva el cuerpo tiene más valor que el yo o la consciencia. En un cuerpo existen fuerzas activas y fuerzas reactivas, y el yo o la consciencia son reacciones, ya que las fuerzas del cuerpo son superiores. Contrariamente, el cuerpo es activo, es recorrido por diferencias que escapan a la vida consciente. Las fuerzas reactivas niegan a las fuerzas activas, impidiéndoles llegar hasta el final de lo que ellas pueden.

La conciencia es esencialmente reactiva porque anula, a través del proceso sintético-interpretativo que caracteriza a su actividad, las diferencias de las fuerzas que recorren a todo organismo. La conciencia, en esta perspectiva, opera como una gran máquina interpretativa que, en su mismo interpretar, suprime la complejidad diferencial de los impulsos que no obstante la sostienen. El conocimiento, sin ir más lejos, cuyo centro productor es precisamente la conciencia, se define según este proceso simplificador de las diferencias (Prósperi, 2012).

A su vez, según Prósperi (2012), el cuerpo es uno de los principales objetivos del dispositivo capitalista. La experiencia del cuerpo de un sujeto está mediatizada por una serie de mecanismos que atribuyen una finalidad determinada a las funciones fisiológicas; es así que el cuerpo se convierte en un conjunto de órganos y funciones que se inscriben en una trama significativa, adquiriendo un sentido, a través de las represiones, vinculado con fines culturales y morales. Desde este punto de vista deleuzeano, el cuerpo no se define por una esencia, sino por un funcionamiento, y un cierto uso. El cuerpo es conceptualizado de esta forma como una máquina deseante, y el capitalismo produce la posibilidad de experimentar el afuera en todas sus variaciones.

### 3.3. Paradigmas en la psicopatología

Caparrós (2008) hace una breve descripción de la definición de Paradigma de Thomas Kuhn: “ese conjunto de prácticas que caracterizan a una disciplina científica durante un período específico de tiempo. El paradigma hegemónico desde el siglo XIX ha sido el positivismo (...) no se limita al espacio de una sola ciencia, sino que pretende abarcar al conjunto del campo en que estas se integran” (Caparrós, 2008, p.19). Caparrós, Siguiendo a Kuhn, sostiene que los cambios de paradigmas suceden cuando aparecen nuevas preguntas que no pueden ser resueltas por el paradigma vigente, señalando sus límites e insuficiencia; en ese momento, es necesario un nuevo paradigma, que sea capaz de responder a estas preguntas y coexistir con el anterior, al menos temporalmente.

En la medicina es posible diferenciar diferentes modelos acerca de la forma de concepción respecto de lo psicopatológico. En un modelo más bien tradicional se realiza una diferenciación entre las enfermedades psicopatológicas y las enfermedades no psicopatológicas. Este paradigma se encuentra imbuido del dualismo cartesiano. Desde el mismo, las afecciones psicopatológicas se dan cuando no existe una lesión objetiva, tangible, demostrable por estudios complementarios. Este es un enfoque clásico, según el cual si no hay lesión o modificación del tejido el síntoma es funcional, o mediante un diagnóstico diferencial, podría ser una hipocondría o una conversión histérica. Dicho modelo coincide con lo que Ulnik (2002) denomina concepción centrada en las enfermedades, concepción que se origina según el autor en la escuela de Chicago (1948), la cual describía siete enfermedades psicopatológicas e indagaba acerca de los conflictos específicos o perfiles determinados de personalidad. Más allá de las teorías de esta escuela, se suele considerar psicopatológica a una enfermedad partiendo de: a) Un criterio según el cual psicopatológico es aquello de lo cual la medicina aún no ha podido demostrar una etiología orgánica o una terapéutica eficaz; atributo que surge por descarte: lo que no se puede explicar o no se puede curar. b) Un criterio fenomenológico o psicogenético según el cual psicopatológicas son aquellas enfermedades en las que es evidente la causa psíquica o en las que determinadas manifestaciones mórbidas se producen como consecuencia del estrés de forma evidente para el observador. La crítica al criterio a) es que es absolutamente dependiente de los límites que establecen el diagnóstico y la terapéutica médica, y al criterio b) es que teniendo en cuenta solo lo evidente no considera la intervención de lo inconsciente.

De acuerdo a Carro et al. (2009), este modelo biológico-médico considera que la causa de la enfermedad del ser humano es un agente huésped (un agente externo al cuerpo

humano que ingresa en él), y la forma de tratar a este paciente enfermo es mediante una práctica médica clínica, la cual amerita en ciertos casos la internación en una institución hospitalaria. A partir de este modelo el cuerpo humano es considerado una máquina que puede explicarse a través del análisis de cada una de sus partes. Históricamente, el desarrollo de la biología se dio en forma simultánea con el de la medicina; es por ello que la visión mecanicista de la vida se incorporó fácilmente. El modelo médico es resultado de la influencia del paradigma cartesiano, que conlleva a que la intervención del médico, luego la diagnosis, se realice a través de una medicación específica o mediante intervenciones quirúrgicas cuando se observa alguna falla en el mecanismo humano.

Este modelo médico-hegemónico se destaca en nuestra sociedad. Sin embargo, en los últimos tiempos se ha comenzado a considerar la dimensión psicosocial en los procesos de salud-enfermedad, y esto ha dado lugar a espacios en los que la psicología asume un papel importante en los servicios de atención a la salud, lo cual deviene de las limitaciones del modelo, que deja afuera las dimensiones sociales y subjetivas en estos procesos. Desde esta nueva perspectiva, es lícito comprender los fenómenos que operan en el sujeto como redes complejas, multifactoriales. Esto nos obliga practicar ensayos de una mirada más abarcadora, que pueda englobar las necesidades de los individuos (Díaz Farfaro, 2017).

Dentro de la medicina, la psiquiatría con orientación psicoanalítica, toma la idea de personalidad psicósomática, la cual se caracterizaba por un déficit en la simbolización. También otra de las características es la alexitimia, la cual implica una dificultad para asignar la representación-palabra a nivel psíquico, que conduce a una imposibilidad de transmitir, esto es, la dificultad de representación. Algunos autores hablan de agujero psicósomático para denotar esta ausencia de simbolización. Desde esta perspectiva, el trabajo del psicoanalista consiste en intentar, junto con el paciente, construir estas simbolizaciones faltantes. En este paradigma se diferencia el fenómeno de la conversión, en la cual primeramente opera la represión, y el afecto va a la representación de un órgano, es decir, que hay representaciones intermedias. Estas representaciones intermedias no se encuentran en el fenómeno psicósomático, en el cual el afecto se vuelca directamente al soma. Este paradigma de la personalidad psicósomática proveniente del Psicoanálisis es tomado por la Psiquiatría Psicodinámica. La clínica psicoanalítica ha contribuido en gran medida al desarrollo de las bases para el estudio de estas patologías (Fossa Arcila, 2012).

Este modelo coincide con la concepción que Ulnik (2002) denomina como centrada en determinados “enfermos” que tiene una personalidad particular. Según el autor, este criterio se sostiene por algunas de las escuelas de psicoanálisis, y se suelen describir como

características de este tipo de personalidad la depresión esencial y el pensamiento operatorio (términos desarrollados por Marty, 1962), la psicوماتosis (McDougall, 1991), la sobre adaptación (Lieberman, 1982), la alexitimia (Sifneos, 1973, 1979), etcétera. Desde esta concepción los psicósomáticos presentan una serie de déficits para simbolizar y una incapacidad para sentir los afectos o ponerlos en palabras, cuyas manifestaciones clínicas serían la falta de sueños, la hiperactividad, la dificultad para la instalación de la transferencia, la pobreza afectiva, y un pensamiento con poco desarrollo de abstracciones o fantasías.

La crítica efectuada a este último enfoque es que existen muchos pacientes que presentan este tipo de personalidad y no sufren de enfermedades somáticas ni tampoco las clásicamente consideradas psicósomáticas, y, al mismo tiempo, pacientes asmáticos, psoriásicos, ulcerosos, hipertensos esenciales, no siempre presentan este tipo de personalidad. Esta concepción resulta útil pero deja fuera a gran número de pacientes cuyo padecer somático está relacionado de manera íntima con sus conflictos inconscientes y su economía libidinal, que no responden a las características típicas de esta “personalidad psicósomática”, y de quienes se puede decir que padecen neurosis bien mentalizadas.

Un tercer paradigma está dado por los avances de las últimas décadas, en las que predominan las neurociencias y la psiconeuroinmunoendocrinología. Desde éste modelo, ya no hay afecciones psicósomáticas y no psicósomáticas, sino que todas las enfermedades se conciben como psicósomáticas, ya que cualquier enfermedad implica una cuestión orgánica y cualquier enfermedad tiene repercusiones a nivel anímico, aunque también existen predisposiciones para contraer determinadas enfermedades.

Estas teorías se basan en un enfoque multidisciplinario de la medicina, el cual posibilita un tratamiento integral del paciente. Este paradigma considera al ser humano como un sistema abierto, que está en interacción permanente con su entorno afectivo y sociocultural. Estima que al ocurrir determinadas modificaciones en el organismo, sea a nivel del sistema nervioso, en el estado anímico o en el funcionamiento cognitivo, existirá una repercusión, por ejemplo, a nivel del sistema inmune. A partir de este intercambio se generan transformaciones, por las que se hacen necesarios algunos ajustes para recuperar el equilibrio alterado. Por lo tanto, esta teoría propone los conceptos de “equilibrios dinámicos” o de “procesos de homeostasis”, como formas de recuperación del equilibrio perdido. Este modelo sostiene un marco epistemológico y conceptual que comprende un universo compuesto por el Paradigma de la Complejidad, la Teoría General de los Sistemas, la Teoría del Caos y la Teoría del Estrés (Lemos Hoyos, Restrepo Ochoa & Richard Londoño, 2008).

En base a estos paradigmas se define cuál será el abordaje del sujeto, registrándose un

cambio significativo en la atención clínica; integrando psique-soma-entorno. Al mismo tiempo, posibilita un cambio en el diagnóstico, el tratamiento, la prevención y la investigación. Este enfoque enriquece la comprensión del profesional de la salud acerca del ser humano, intentando unir las partes del todo, conduce a un tratamiento que contempla la singularidad del individuo y es capaz de tolerar la concomitancia de contradicciones (Lemos Hoyos, Restrepo Ochoa, Richard Londoño, 2008).

La psiconeuroinmunoendocrinología se desenvuelve en dos espacios terapéuticos, el de la medicina y el de la psicoterapia integrativa. A partir de una trayectoria de investigación extensa, los profesionales de la salud que la han desarrollado, observaron que con el padecimiento físico del paciente se constataba un registro diferente a nivel psicológico, y al mismo tiempo, que con el padecimiento se afecta el vínculo del paciente con su entorno (Novelo Mascarúa, 2008).

Desde las neurociencias se defiende la complementariedad de las investigaciones acerca de los enigmas de la actividad cerebral y las que abordan los enigmas de lo mental, y por ende, la necesidad de construir comunicaciones entre ambos tipos de investigaciones. (Subiela, 2007).

En la evolución del estudio de la Psicósomática, los diversos autores han ido configurando mediante sus aportaciones, una concepción del trastorno psicósomático, multicausal, que se encuadra en un modelo biopsicosocial, el cual es aceptado por la mayoría de los investigadores. Ésta intenta acabar con el dualismo mente-cuerpo, poniendo de manifiesto que el ser humano es psicósomático por definición. Propone que la enfermedad debe ser considerada como producto de esa interacción de múltiples factores, que siempre implica aspectos psicológicos y somáticos, y el acento ha de ponerse en lo psicológico o en lo somático según las diferentes enfermedades. A su vez, hay que tener en cuenta que el hombre es un ser inevitablemente social, y que su modo de adaptarse a la sociedad influye en todas sus características, por lo que necesariamente tiene que incluirse el estudio de los fenómenos sociales para lograr una comprensión integral de la unidad humana. La psicósomática desde este enfoque representa un campo que trata de integrar los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales (Alonso Fernández, 2009).

Este tercer modelo coincide con la concepción desarrollada por Ulnik (2002) como la que pone el acento en los mecanismos, según la cual la clínica psicósomática estudia la articulación psico-neuro-inmuno-endocrinológica-, una nueva rama de la medicina cuyos hallazgos son valiosísimos e innegables, debido a que probablemente por sus investigaciones desarrollen nuevas terapéuticas y se comprendan mejor las fisiopatologías de enfermedades

como el cáncer o las enfermedades autoinmunes, y otros trastornos. Aquí hace falta aclarar que el hecho de que la investigación médica encuentre los mecanismos por los cuales el sistema inmunitario se modifica en situaciones de duelo, y pueda incluso aislar los neurotransmisores involucrados, no significa que quede demostrada la participación del factor psicológico en la enfermedad, así como las conexiones nerviosas del sistema neurovegetativo no explican por qué se producen lágrimas al sentirse triste. Es decir, la explicación del cómo no es lo mismo que la explicación del porqué, de hecho, la participación de una célula en un cierto proceso no es más psicológica por tratarse de una célula del cerebro, ni una enfermedad es más psicosomática porque se halle el mecanismo que la liga a alguna parte del sistema nervioso central.

En relación a esto último, es necesario definir qué se entiende por psíquico, porque si bien la concepción psico-neuro-inmuno-endocrinológica es muy fecunda, corresponde a un campo diferente, debido a que en ese esquema el elemento “psico” no es el mismo que aquel relativo a la epistemología psicoanalítica. Por ello la propuesta de Ulnik (2002) es un trabajo conjunto transdisciplinario, en un campo que corresponde a la clínica psicosomática, según la cual lo psicosomático atañe a la articulación de lo inconsciente con el funcionamiento tanto normal como patológico del cuerpo, sus enfermedades y su respuesta a los estímulos terapéuticos, la psicología médica estudia como objeto principal la relación médico-paciente, la psiquiatría de enlace abarca el trabajo de interconsulta (intersección con la psicología médica y la psicosomática), el tratamiento psicológico y psicofarmacológico de las consecuencias psiquiátricas de las enfermedades somáticas, el tratamiento de los cuadros psiquiátricos que coexisten con enfermedades somáticas sin tener relación causal o significativa, y la intervención de neurotransmisores y neuropéptidos en la psico-neuro-inmuno-endocrinología.

Desde este punto de vista, si se entiende por “psico” el elemento subjetivo la psicofarmacología allí no tiene nada que hacer, pero en lo que respecta al factor “psico” de la psico-neuro-inmuno-endocrinología, la psicofarmacología cumple un papel importante, no así con el factor psíquico inconsciente, aunque este se vea afectado como ante cualquier otra modificación corporal. El sufrimiento del cuerpo se encuentra relacionado no sólo con la enfermedad y sus modificaciones somáticas, sino también con la movilización del mundo arcaico del sujeto, lo cual es válido para cualquier enfermedad, y para el uso de cualquier medicamento.

### **3.4. Diferentes perspectivas teóricas psicoanalíticas**

Balparda & Tato (1990) consideran que las concepciones antropológicas y epistemológicas se hallan fuertemente implicadas en el abordaje que se realice para la comprensión de la enfermedad desde el punto de vista psicoanalítico, y que es necesario explicitar dichos aspectos para lograr transformaciones que posibiliten un avance en los resultados terapéuticos. Las autoras aluden al concepto de "existencia psicosomática", que implica proponer una concepción antropológica unitaria, en la cual decir "paciente psicosomático" equivale a decir "paciente" y "persona". Por ello prefieren utilizar el término paciente con "manifestaciones somáticas u orgánicas" de enfermedad. En este sentido, las enfermedades que se consideran psíquicas o somáticas serían cualidades expresivas de un trastorno que tiene una base única y que afecta a toda la existencia de la persona, divergiendo cada manifestación en su gravedad pero manteniendo en todos los mecanismos y las posibilidades de significación.

Siguiendo a Freud, la erogeneidad corporal se apoya en la función orgánica. Pero habitualmente, en el campo psicoanalítico se asiste a diferenciaciones tajantes entre el cuerpo real y el cuerpo simbólico e imaginario, por lo que la erogeneidad corporal queda aparentemente separada del cuerpo real. Parece que una vez que se alcanza la madurez del aparato psíquico, los conceptos utilizados para pensar el desarrollo psicosexual del individuo se modifican, y entonces el cuerpo real y la función biológica quedan separados de la erogeneidad y la fantasía. Desde esta concepción, el trastorno corporal es una "mera falla carente de significación", y así el paciente con una afección orgánica, considerado como escindido, expresa su fantasía mediante su fisiología alterada, a través del mecanismo de la regresión (Balparda & Tato, 1990).

Los desarrollos psicoanalíticos acerca de la psicosomática plantean que el cuerpo constituye una coartada del inconsciente, presentifica lo que no puede simbolizarse o ser dicho mediante las palabras. Lo que el "enfermo" somático expresa en el cuerpo no es verbalizable. Es un signo, un llamado que da cuenta de lo que sucede en el mundo subjetivo de la persona. Expresarse con el cuerpo resulta menos peligroso y más fácil que con las palabras. Estas ideas invitan a pensar una dialéctica entre un cuerpo real, fisiológico e imaginario, inclusive desde la teoría psicoanalítica. Todo esto implica pensar los puntos de encuentro entre la biología y la psicología, a través de posibles manifestaciones somáticas a causa de determinados momentos subjetivos. (Ruiz, 2010).

Desde la psiquiatría se habla más bien de "afección psicosomática" o "trastorno

psicosomático” y los síntomas pueden ser de dos tipos diferentes: funcionales, por somatización, conversivos, hipocondríacos o por organicidad. En cambio, desde el Psicoanálisis, se suele denominar “fenómeno psicosomático” y no “síntoma” porque muestra una diferencia con el síntoma tal como se piensa desde el Psicoanálisis (como una formación de compromiso derivada de conflicto de fuerzas pulsionales opuestas o instancias psíquicas diferentes). Desde esta perspectiva, mente y cuerpo se encuentran indisolublemente ligados, es decir, que los hechos psíquicos tienen repercusión en el cuerpo fisiológico y, al mismo tiempo, hechos somáticos tienen efectos en el psiquismo.

Muchos investigadores de la vertiente teórica del Psicoanálisis se han dedicado a estudiar estos fenómenos, siendo los más destacados Joyce McDougall, Pierre Marty, Ángel Garma, Franz Alexander, Luis Chiozza, Sami-Ali, Marie Langer. Aunque se pueden encontrar diferencias en las teorizaciones de los diversos autores, y en la forma de pensar este fenómeno, sobre todo desde la Escuela Francesa.

Desde el Psicoanálisis freudiano se asiste a una diferenciación de lo que actualmente se da en llamar “afección psicosomática” de otro tipo de neurosis, tales como las psiconeurosis de defensa. También es posible detectar la confusión entre el síntoma conversivo y los síntomas somáticos, en los cuales no se profundiza en este trabajo porque excede los objetivos del mismo.

El término «conversión» fue introducido por Freud en psicopatología para designar este «salto de lo psíquico a la inervación somática», que él mismo consideraba difícil de concebir. Esta idea, nueva a finales del siglo XIX, adquirió, como es sabido, una gran difusión, especialmente con el desarrollo de las investigaciones psicosomáticas. Por ello es necesario delimitar, en este campo actualmente tan extenso, lo que puede adscribirse más específicamente a la conversión; por lo demás, hagamos observar que tal preocupación ya la sintió Freud, sobre todo en la distinción entre síntomas histéricos y síntomas somáticos de las neurosis actuales (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 85).

Siguiendo la descripción de Laplanche & Pontalis (2004) puede decirse que en el campo denominado psicosomático, sin la pretensión de resolver una discusión todavía vigente, se tiende a diferenciar la conversión histérica de otros procesos de formación de síntomas, para los que se propuso el nombre de somatización, por lo que el síntoma de conversión histérica guarda una relación simbólica más precisa con la historia del sujeto, y es más difícil de aislar en una entidad nosográfica somática, menos estable. Igualmente, aun cuando en varios casos la distinción clínica se impone, sigue resultando de difícil elaboración una distinción teórica. Es decir, en cuanto al diagnóstico es posible distinguir el “cuadro” psicosomático, pero es complicado encontrar una explicación teórica de esta diferenciación.

Como previamente se encuentra citado, Freud distingue entre las psiconeurosis de

defensa y las neurosis actuales:

Sabemos que Freud muy pronto opuso a las psiconeurosis de defensa las neurosis actuales, grupo de neurosis en las cuales un aumento intolerable de la tensión interna, debido a una excitación sexual no descargada, encuentra su salida en diversos síntomas somáticos; resulta significativo el hecho de que, en este último caso, Freud rehúsa hablar de defensa, a pesar de que también aquí hay una forma de proteger el organismo y buscar la restauración de cierto equilibrio. La defensa, ya en el mismo momento de su descubrimiento, es implícitamente diferenciada de las medidas que adopta un organismo para reducir cualquier aumento de tensión (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 90).

En las neurosis actuales:

El mecanismo de formación de los síntomas sería somático (por ejemplo, transformación directa de la excitación en angustia) y no simbólico. El término «actual» viene a significar aquí la ausencia de esta mediación que se encuentra en la formación de los síntomas psiconeuróticos (desplazamiento, condensación, etc.) (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 240).

Se observará que, en las concepciones de Freud, los síntomas «actuales» son ante todo de tipo somático, y que la antigua noción de neurosis actual conduce directamente a las concepciones modernas sobre las afecciones psicósomáticas. (Laplanche & Pontalis: 2004, p. 241).

Un ejemplo de neurosis actual lo constituye la neurosis de angustia: “la neurosis de angustia es una neurosis actual caracterizada específicamente por la acumulación de excitación sexual que se transformaría directamente en síntoma sin mediación psíquica.” (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 242). Esta última es una “neurosis en la que predomina una angustia masiva, sin objeto claramente manifiesto, y en la que es patente el papel desempeñado por los factores actuales.” (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 242).

Según otro autor:

La afirmación enunciada de que no todo lo que es sexual es psíquico implica que las neurosis actuales y los síntomas “actuales” se refieren a un resto, a algo que queda, que no se transforma. Son una especie de testigos del big-bang que origina el nudo entre el cuerpo y la mente. Freud los compara al grano de arena en el centro de una perla, o sea que, las neurosis actuales les dan a las psiconeurosis “la necesaria sumisión somática; ellas proveen el material excitativo que entonces es seleccionado psíquicamente y recibe un “revestimiento psíquico” de manera que, hablando en términos generales, el núcleo del sistema psiconeurótico- el grano de arena en el centro de la perla (estigma) — está formado por una manifestación sexual somática. Neurosis actual y estigma se equivalen en términos de la irreductibilidad a lo psíquico. (Calmon du Pin e Almeida, 2003, p. 6).

Al referirse al “paciente psicósomático” (Marty, McDougall, Winnicott) se hace alusión a un sujeto cuyo mecanismo de defensa principal es la presentación de fenómenos psicósomáticos, hay quienes tienen predisposición a desarrollar estos fenómenos así como hay quienes tienen mayor predisposición a desarrollar síntomas inherentes a una organización psíquica neurótica o psicótica. Específicamente el fenómeno psicósomático es el resultado de un mecanismo de somatización que no es compensado mediante la creación de síntomas

psicológicos. A fin de cuentas, si bien el fenómeno no pertenece a una patología o estructura determinada, está asociada a las características de la personalidad psicósomática. Es importante poder diferenciar de este fenómeno los casos de conversión o hipocondría.

Según el Psicoanálisis, este fenómeno constituye un intento de curación, mediante el cual en vez de recurrir al mecanismo defensivo de la represión tienen lugar otro tipo de mecanismos de defensa, el principal es la desestimación del afecto. Esta última produce una pérdida de la realidad interior, a diferencia de los fenómenos psicóticos, en los cuales se produce una pérdida de un fragmento de la realidad exterior, por la desestimación de una representación inconciliable para el yo. La desestimación del afecto es un mecanismo que fue descrito por J. McDougall (1989), en relación a las afecciones psicósomáticas, las adicciones y las neurosis post-traumáticas, se caracteriza por despojar de cualidades a los procesos psíquicos. Este autor plantea que las cualidades iniciales son de dos tipos: las impresiones sensoriales y los afectos, estos últimos tienen un carácter más básico y originario. Este mecanismo de defensa se opone al proceso de cualificación (Maldavsky, 2014).

Según Maldavsky (2014) las situaciones en las que las alteraciones orgánicas son predominantes, algunos mecanismos son comunes, tales como la desestimación del afecto y la fuga, y hay otros que son diferenciales y surgen tras el fracaso de los primeros; estos consisten en la expulsión (en la violencia), la incorporación (en las ingestas de todo tipo) y la introyección orgánica (en las afecciones psicósomáticas).

Aunque según Chóliz Montañés (2005)

En lo que se refiere a la inhibición de las emociones, desde que Freud pusiera de manifiesto la relevancia de la represión emocional en la génesis de alteraciones psicósomáticas, la inhibición de las emociones ha sido considerada como una de las variables principales que inciden en la enfermedad. No obstante, debemos decir que la inhibición por sí sola no causa indefectiblemente alteraciones somáticas, ni es inherentemente insana (p. 34).

Otro grupo perteneciente a este tipo de afecciones es lo que se ha dado en llamar “trastornos psicotóxicos”, los cuales consisten en patologías psicósomáticas cuyo desarrollo se da durante el primer año de vida como consecuencia de un déficit en la relación diádica madre-hijo. Se trata de un síndrome vinculado a la relación objetal primaria que se produce en los primeros doce meses después del nacimiento, en la que, quien ejerce la función materna actúa en el psiquismo del niño como una especie de “toxina”. Aquí se puede tomar como referente a Spitz, y también se pueden considerar los desarrollos de Winnicott y de Bowlby.

La escuela de París, en consonancia con Winnicott, ubica la etiogénesis de estas enfermedades en etapas tempranas del desarrollo infantil y en relación con la madre, con la diferencia de que para este autor no hay un cuadro fijo o tipo de la madre en el paciente psicossomático, pero hay algo común a todos y es que esa madre ha fallado en la realización de su maternaje en momento clave del desarrollo emocional del bebé (Pelorosso, 2010).

Según Pelorosso (2010) en la teoría de Winnicott, el desarrollo emocional satisfactorio posibilita en el bebé la unidad entre la psique y el soma. En un principio la psique sólo está constituida por vivencias senso-perceptivas y experiencias repetidas de calma que generan una situación de confianza en la satisfacción de las necesidades básicas. Esta unidad psique-soma primaria constituye un inicio de Self que luego, de acuerdo a procesos posteriores, culminará en la persona total, integrada con su cuerpo y su medio ambiente. Desde esta postura el paciente psicossomático, debido a las fallas tempranas producidas por el medio ambiente (representado por quien cumple la función materna), no pudo lograr una adecuada integración entre la psiquis inicial y el soma, por lo que es posible encontrar en estas personas, disociaciones parciales en las que se ubica la génesis de los rasgos y caracteres, que no se identifican con los síntomas porque no representan nada, es decir, no se encuentran motivos de las enfermedades que se producen de manera repetida, hay un "no saber" vinculado con la no integración temprana.

Según afirma Marty (1991) en los cuadros psicossomáticos, en la entrevista médica o psicológica el cuerpo se vive como algo ajeno, como un objeto molesto que pone en riesgo su sobreadaptación. Quienes consultan, generalmente no establecen ninguna relación con algún acontecimiento de naturaleza emocional propia. Ellos ven al profesional como alguien a quien debe relatar lo que les pasa, que esperan que los cure, por lo tanto el paciente está presente pero se muestra distante (Pelorosso, 2010).

En el tratamiento psicoanalítico, el acontecimiento somático adquiere el sentido de dar acceso, a través del trabajo de historización, a un universo simbólico que reduciría el espacio de la escisión mente-cuerpo. Este es un hiato existente porque tal integración no habría sido lograda en el desarrollo debido a la falta o déficit de un buen equipo representacional. Es en el universo del símbolo, de la palabra con valor simbólico, donde el hiato mente-cuerpo desaparece (Fischbein, 2000, p. 167).

Desde la Escuela Psicossomática de París (Marty, M'Uzan, David, Fain), se postula que "el psicossomático" se caracteriza por una "insuficiencia en la mentalización" (entendiendo a la mentalización como una dimensión del aparato psíquico, dependiente de la disponibilidad de representaciones, que permite el procesamiento preconsciente) la cual impide una expresión psíquica de sus conflictos. Según este criterio existe un déficit

patognomónico que caracteriza a los enfermos psicósomáticos, quienes tienen una construcción incompleta de su aparato psíquico, que surge de un desamparo inicial que es producto del vínculo con una madre narcisista, la cual promueve un vacío psicológico, por lo que se impide el despliegue del espacio simbólico de la fantasía, y esto abre el camino a la acción directa en lo corporal. (Pelorosso, 2010).

Una postura diferente está representada por el psicoanalista egipcio Sami-Ali (1992), quien en una entrevista realizada por Urribarri, F. explica su concepto acerca de lo imaginario, que no coincide con lo que en occidente es interpretado como imaginario (como lo que no es la realidad, o como lo considera Lacan, con su teoría de los tres registros- real, simbólico e imaginario-), y es, según él, la subjetividad misma. Para este autor lo subjetivo está dado por los sueños y sus equivalentes, y es lo que actualmente está desapareciendo debido a que el imaginario colectivo va reemplazando el imaginario subjetivo. Esto refiere a lo que él llama "la patología de lo banal" o "la patología de la adaptación", ya que desde su criterio, ya no se presentan tanto neurosis o psicosis como describió Freud, sino enfermedades orgánicas y normalidad. Lo imaginario no ha de pensarse en el plano de una significación simbólica, sino en el plano del funcionamiento psicósomático, siendo el sueño el núcleo del ser humano.

Sami-Ali (1992) plantea que lo somático no puede pensarse desde el modelo de psicopatología freudiano, porque la intención de Freud no fue pensar lo somático sino lo psíquico, a través de las patologías que implican una disfunción psíquica, que pueden involucrar al cuerpo, pero en ese caso son trastornos funcionales que hacen a la conversión histérica. Por todo esto, él propone un modelo teórico diferente para pensar el problema de la enfermedad orgánica, en el cual define diferentes formas de funcionamiento y de la situación conflictiva con la que se relaciona; lo que él llama "psicosoma base" (un conflicto en el que no se encuentra una solución). Según su modelo teórico puede haber una represión sin retorno de lo reprimido, siendo ésta una represión perfecta de la función de lo imaginario, y por lo tanto no hay sueños ni sus equivalentes, y en vez de haber una formación sintomática se produce una formación caracterial. Esto último no puede relacionarse con la neurosis o la psicosis, porque se está en el terreno de la "normalidad". Si esta "normalidad" no favorece la enfermedad orgánica se encuentra en lo que él denomina como "banal" o "conforme", donde hay una ausencia de sueños.

Este autor (Sami-Ali) no propone una psicopatología de lo somático, porque a su criterio la psicopatología abarca sólo la propuesta freudiana (represión, retorno de lo reprimido y formación sintomática), plantea la existencia de una represión que no fracasa,

que es plenamente efectiva. Lo imaginario desde esta perspectiva incluye al sueño nocturno y sus equivalentes, que son una serie de fenómenos que representan la actividad onírica en estado de vigilia (fantasmas, juegos, creencias, alucinaciones, delirios, creación, etc.), siendo el afecto una parte de la actividad imaginaria. Todo se ha dado muy rápidamente y radicalmente reprimido, sin un retorno de lo reprimido, hay una represión total, implacable, que modifica el carácter; y la ausencia de actividad onírica no implica una carencia real (tal como plantea Marty, de la Escuela de París) sino que es debida a la represión, no es que la persona no sueñe nunca, sino que hay una fuerza que no permite que el sueño acceda nunca a la consciencia.

Sami-Ali expresa que la represión de lo imaginario representa una patología de la adaptación, pero que la represión en sí misma no está en relación con la enfermedad orgánica. Se plantea qué determina que haya enfermedad orgánica aun cuando hay un imaginario, a lo cual su respuesta es que lo que determina la enfermedad orgánica es la estructura de la situación conflictiva. Cuando hay situaciones en la que cualquier solución resulta imposible, existe un círculo vicioso. Lo que él llama impasse (situación que no puede ser resuelta) es el elemento que a su criterio permite la comprensión del pasaje a la enfermedad orgánica, y lo que Freud postula como repetición (obra de la pulsión de muerte) no es así, sino que tiene que ver con un conflicto que no es factible de resolución debido a que hay un impasse.

Según su teoría acerca de que todo fenómeno psicológico es originado y consiste a su vez en un fenómeno relacional, la madre es quien en un principio tiene el papel de poner en marcha los ritmos biológicos, y los trastornos precoces de la relación madre-hijo están vinculados a ciertas formas de patología. Diferenciándose de Freud en su teoría acerca del apuntalamiento de las funciones psíquicas, postula que la vida psíquica no comienza a partir de la oralidad, debido a que en principio hay una relación, que concierne tanto al aspecto relacional psicológico como al aspecto biológico. Lo psíquico comienza en la relación madre-hijo, la cual es llevada por los ritmos biológicos y es lo que posibilita que uno esté en una totalidad psicósomática. Las relaciones tempranas pueden presentar situaciones paradójales, de impasse (no posibles de solucionar, sin salida), y la enfermedad debe considerarse en esa situación global. Es decir, que la enfermedad orgánica es un impasse que el sujeto no pudo superar, y, en cambio, la enfermedad psíquica, es una tentativa exitosa de elaborar el impasse.

En otro texto el autor postula un modelo multidimensional de la somatización, debido a la diversidad de fenómenos que implica esta última, por el cual han de distinguirse tres niveles de somatización, que van desde lo visible a lo invisible, de lo localizable a lo ilocalizable, de la superficie a las profundidades: lo figurado, lo literal y lo neutro. Estos tres

niveles representan grados de pasaje del cuerpo imaginario al cuerpo real, que no es que sean dos entidades corporales diferentes, sino que son dos funciones dialécticas que hacen aparecer al cuerpo bajo el ángulo de lo imaginario y de lo real, según esté o no llevado por la proyección (Sami-Ali, 1987). En las patologías de la adaptación, al modificarse radicalmente la economía psicosomática, toda proyección es retenida, esta función se reprime para impedir el acceso a lo consciente de un contenido. Sami-Ali presenta por un lado la somatización conversiva como función de la correlación positiva entre proyección y somatización, que conlleva una psicopatología por exceso de imaginario; y por otro, la patología somática no conversiva como correlación negativa entre proyección y somatización, que implica una psicopatología por defecto de imaginario (Seabra, 2007).

Desde la perspectiva de otro autor importante en este campo (Chiozza, 2010), cada parte del cuerpo equivale a una fantasía inconsciente con un significado propio, y es posible atribuir una interpretación histórica a las enfermedades. Según el autor, la enfermedad se presenta como un accidente indeseado, que irrumpe de manera inesperada, pero es un capítulo indisoluble de esa biografía, tomando a la trama histórica singular como un conjunto amplio y rico de significados. Aunque interpretar el significado del síntoma no es equivalente a postular una causa. La existencia física, relativa al terreno de los significados es una realidad tan primaria como la material, que tiene sus propias leyes. La comprensión del significado inconsciente inherente a un trastorno corporal determinado no excluye la posibilidad de explicarlo como efecto de una determinada causa, y a su vez la imposibilidad de explicar su causa eficiente no implica demostrar su ausencia, así como no comprender el significado, no hace demostrable la ausencia del mismo. Al admitir que un trastorno corporal es signo que expresa o representa un particular significado inconsciente, se acepta que toda transformación de ese significado llevará implícita una transformación del trastorno que constituía su signo.

Chiozza (2010) refiere que no solamente los trastornos histéricos, sino también los afectos, las enfermedades orgánicas y los órganos mismos representan una fuente inconsciente, y al decir que un órgano habla, se refiere a que esa fuente inconsciente (correspondiente por un lado al concepto del órgano, y por otro al conjunto específico de significados o fantasías) se expresa a través de lo que la consciencia percibe como una transformación del órgano físico, así como en otras ocasiones lo hace a través de un mensaje verbal. Desde esta perspectiva es menester identificar el motivo inconsciente de la consulta, la fantasía inconsciente acerca de su enfermedad y su curación (esta última sirve a los fines pronósticos). La historia de las distintas crisis o situaciones dramáticas de la biografía, y su

coincidencia temporal con enfermedades o accidentes, posibilita comprender, a través del lenguaje de los órganos, el significado inconsciente. El factor eficaz y específico que desencadena la enfermedad actual coincide con la aparición de la enfermedad, identificándolo se llega a la comprensión de qué simboliza la misma.

La enfermedad encubre ante la consciencia del enfermo una parte de la historia que es su drama, expresando simbólicamente una cierta posición frente a este drama. Conociendo las fantasías inconscientes específicas de los trastornos somáticos, se debe tratar de comprender dentro del drama nodal que entró en crisis qué parte del trastorno está hablando. El enfermo tiene una historia consciente que presenta lagunas y distorsiones de significado que marcan puntos en los que el drama original insoportable se ha vuelto inconsciente. La enfermedad, además de ser un relato cifrado y simbólico del significado omitido, es también un acto que corrige de manera mágica esa historia, por lo cual es necesario conocer los motivos por los cuales el enfermo no puede soportar esa parte de su historia. De hecho, la enfermedad actual es la mejor solución que el sujeto pudo lograr, y ante la imposibilidad de integrar en la consciencia significaciones contradictorias, se debe resignificar la historia del paciente, hasta llegar a un punto en que la contradicción de significados, que se encuentra incluida en una unidad de sentido más amplia y trascendente, se experimente como un malentendido. En ese punto desaparece la necesidad que sostenía la enfermedad del cuerpo, y si esto no sucede, porque la resignificación no avanza, y permanece la necesidad de mantener oculto el significado omitido, al desenmascarse el sentido de la enfermedad por la interpretación, se ve obligado a cambiar de trastorno, existiendo toda una gama de resultados intermedios (Chiozza, 2010).

#### **4. Consideraciones finales**

A partir del recorrido por las diversas conceptualizaciones acerca de “lo psicossomático, se observa la forma en que el problema de las relaciones mente cuerpo ha impregnado los desarrollos filosóficos y teóricos a lo largo de la historia, puede considerarse que el dualismo ha imbuido en las diversos proyectos psicológicos, corrientes o escuelas. Esto tiene que ver con que el origen de la psicología, que hunde sus raíces en las reflexiones filosóficas de la antigüedad, siendo la cuestión de la *intersección* entre lo mental y lo corporal una discusión que se remonta a aquella época, y que es retomado por el cartesianismo.

En todas las perspectivas o enfoques teóricos de nuestra disciplina se pueden encontrar diferentes posicionamientos respecto de la forma de pensar al ser humano, a la persona, al sujeto, es decir, diferentes concepciones antropológicas, así como diversos posicionamientos filosóficos, que muchas veces no se explicitan. De hecho, se puede evidenciar que las distintas maneras de reflexionar acerca de lo psicossomático muestran cómo en cada una se realiza una elaboración diferente del problema mente/cuerpo o psique/soma

La herencia del dualismo cartesiano influyó fuertemente en la concepción de ser humano y en el pensamiento occidental, proponiendo el cuerpo y la mente como dos entidades separadas, y priorizando las funciones mentales en detrimento del valor del cuerpo. Tal tradición filosófica repercutió de manera negativa en el ejercicio profesional en el campo de la salud. Es a partir de ella que se encuentra en la psicología una tendencia a ignorar el cuerpo y en la medicina una tendencia a ignorar lo mental.

Como se ha incorporado tanto la división mente-cuerpo, la cual ha sido útil, debido a que permitió el avance en el estudio del complejo funcionamiento humano, nos cuesta recordar que es sólo una división teórica. En realidad ninguna enfermedad es únicamente orgánica o psíquica, porque no se puede pensar el soma separado de la psique, ni a la inversa. Actualmente, referirse a la psicossomática, no significa que la psiquis por sí sola, sin la participación de lo somático sea capaz de suscitar un trastorno corporal, ya que conllevaría afirmar una omnipotencia de lo mental/lo psíquico y una capacidad de creación de un trastorno somático sin una predisposición somática. Una concepción actual de lo psicossomático tiene que adoptar una visión multidimensional, respetuosa de la complejidad humana (Baeza-Velasco, 2010).

Puede estimarse que lo nuclear en los desarrollos respecto de la psicossomática, es justamente la tensión fundamental que se produce en la relación mente-cuerpo. Existe una división ancestral que genera la expectativa de poder profundizar acerca de las expresiones

del cuerpo y de la psiquis, o sobre los aspectos psíquicos y somáticos constituyentes del sujeto como totalidad única.

También tienen esencial importancia los procesos culturales que dificultan esta integración entre mente y cuerpo. En el actual contexto socio-cultural se desprestigia todo lo inherente a los afectos, sobrevalorando cuestiones superficiales como la belleza, la esbeltez, la moda, el estilo, lo estético, el consumo. A su vez, en el uso de las tecnologías de la información, con la participación en las comunidades virtuales, las personas realizan todo lo que harían en la vida real, pero dejando de lado el contacto físico o corporal con los otros. En las redes las personas participan en discursos y debates, hacen negocios, intercambian conocimientos, comparten experiencias y sugerencias, realizan planes, se enamoran, hacen amigos, juegan y crean sin encontrarse cara a cara.

Siguiendo a Leff (2016) la “energía psíquica” y sus leyes (desde el punto de vista económico) en el aparato psíquico, no han de desvincularse de la “energía biológica” y del funcionamiento orgánico del ser humano. Si se postula una autonomía absoluta de la mente esto equivale a conservar un dualismo entre cuerpo y alma. Aunque su articulación no puede establecerse por medio de conceptos y leyes comunes, porque constituyen niveles de análisis diferenciados. La psicología no puede asimilarse a la etología, ya que implica la primera el estudio científico de los afectos (además del pensamiento y la conducta), los cuales son cualitativamente diferentes del instinto y la sensibilidad de los animales, que son neurológicamente inferiores. Es por esto que el rechazo del dualismo idealista cuerpo-alma, no debe justificar un dualismo material orgánico-mental, sino conducir a su integración bio-psíquica. A esto puede añadirse la dimensión socio/comunitaria, económica, material, y política.

Actualmente, con la ampliación del conocimiento, el transcurrir del tiempo y los cada vez mayores avances tecnológicos, continúa un enigma aún vigente: “no sabemos de lo que un cuerpo es capaz” (Deleuze, 1986, p. 62).

La psicósomática es un campo de investigación en el cual se superponen y entrelazan diferentes conceptualizaciones, en conflicto constante. Ello se debe a las disputas epistemológicas que implica este campo, y a las diferencias entre las disciplinas que en él convergen. Como en este terreno existen una gran variedad de concepciones respecto de los diferentes aspectos involucrados, resulta una tarea complicada poder comprender, organizar y expresar el amplio abanico de propuestas.

Es dable pensar que no todos los fenómenos somáticos han de regirse con los mismos principios, ya que existen diferentes elementos implicados en la producción de una patología,

afección, enfermedad o trastorno. Y a su vez, puede que haya distintos fenómenos presentes en un mismo sujeto, pero estos pueden tener diferencias en su génesis, su constitución y la forma de expresión, lo cual implicaría diversas formas de abordaje terapéutico.

Según Corrales (2018) en la práctica clínica se puede producir un encuentro con síntomas en el cuerpo de diferente índole, algunos podrán ser de origen orgánico/biológico, otros podrán ser producto de somatizaciones y/o de procesos conversivos, como así también de casos de hipocondría. Lo importante es advertir que ninguna de estas condiciones es excluyente de otras, debido a que una persona puede tener alteraciones en varios niveles de su funcionamiento, tanto físico como psíquico y, paralelamente, diferentes mecanismos con los que intenta manejarlas. En nuestro trabajo se requiere percibir de manera integral al paciente, con el objetivo de ayudarlo a lidiar mejor con las circunstancias que está viviendo. En ocasiones es pertinente interpretar los significados inconscientes de su comportamiento, en otras, es necesario brindarle mayor información o recomendarle una interconsulta con un médico.

Con esto, se intenta dar cuenta de que la forma de intervención en el campo clínico en psicología, dependerá en gran medida de las características subjetivas de quien se presente. Es decir, que por más que se sostenga una preferencia a determinado tipo de intervención, no se debe caer en el dogmatismo de llevar a cabo siempre una misma forma de tratamiento. En la práctica es menester adoptar cierta flexibilidad, y sobre todo nutrirse de diferentes formas de concebir una misma problemática. Estudiar las diversas formas de teorizar es imprescindible para abordar el trabajo con amplitud necesaria. También lo es el diálogo con los demás saberes relativos a otras disciplinas para llevar a cabo una atención integral.

El recorrido bibliográfico realizado permite apreciar la diversidad de propuestas teóricas incluso dentro del mismo Psicoanálisis, que parten de las plurales interpretaciones de la obra de Freud. Debido a la variedad de postulados en relación al tema, tanto desde las diferentes vertientes del Psicoanálisis mencionadas como desde la medicina y otras disciplinas, puede ser desfavorable, para un comienzo en el abordaje del tema, tomar un posicionamiento absoluto o rígido. En este sentido, es preferible adoptar una postura amplia e integral, sin privilegiar una posición sobre otra.

Es importante realizar un trabajo introspectivo y también con pares acerca de los propios posicionamientos antropológicos, filosóficos y epistemológicos, porque son los que condicionan la lectura de las teorías, y tendrán consecuencias en la práctica, hacen a una posición ética, a la forma de encarar el trabajo profesional, y al desenvolvimiento como “expertos” en psicología.

Por otro lado, la psicología pone de manifiesto la necesidad de llevar adelante prácticas interdisciplinarias, considerando a la interdisciplinariedad como una condición indispensable para lograr tratamientos satisfactorios. Esta forma de abordar evitaría que las personas tengan que hacer recorridos innecesarios, pasando por diferentes especialistas que trabajan de manera aislada. Ese abordaje resulta insuficiente, hace que las personas pierdan su tiempo y recursos, y que en muchos casos desistan en sus tratamientos. “La división cartesiana entre mente y materia ha tenido un efecto profundo en el pensamiento occidental (...) ha impedido que los médicos consideren con seriedad las dimensiones psicológicas de la enfermedad, y que los psicoterapeutas traten los cuerpos de sus pacientes” (Capra, 1998, pp. 62-63).

A su vez, es necesaria una articulación entre las prácticas en Salud Mental con las prácticas médicas en general. Si se requiere de un cuidado integral de la salud, la formación de los profesionales pertenecientes a esta área debe realizarse desde esta perspectiva. Para ello, es imprescindible que en el curso de los estudios de grado se tenga la posibilidad de dialogar con estudiantes de otras carreras inherentes a este campo, como así también de poder aplicar los conocimientos en el ámbito comunitario y de manera interdisciplinaria, para lograr una puesta en acción de los saberes específicos en conjunto. Esto último permitiría también un mayor nexo entre la Universidad y la comunidad en la que se encuentra inmersa.

Todo lo expuesto hace notorio lo imperioso de crear estrategias y políticas que tomen en consideración lo particular de nuestro contexto cultural, social, económico y político, de instituir dispositivos que respondan a las demandas y necesidades de cada sector. Como psicólogos, una de nuestras incumbencias es participar de la elaboración de políticas en Salud. En este sentido, conocer la historia, ubicarnos en las coordenadas socio-históricas de nuestro territorio es imprescindible para entender los procesos sociales y comprender la diversidad.

Para finalizar, es deseable atender al caso por caso, reparar en la singularidad de cada quien. Cada caso es único, por ende, cada cual tiene su especificidad, y esto tiene que tenerse en cuenta al momento de determinar los tipos de tratamientos requeridos. Es menester priorizar la necesidad real del sujeto, y garantizar su derecho a una atención de calidad, respetando el marco regulatorio de las legislaciones vigentes y desde un enfoque de Derechos Humanos.

#### **4. Referencias Bibliográficas**

- Alonso Fernández, C. (2009) “Cenicienta”. Presentación de un caso clínico desde una perspectiva psicosomática. *Clínica e Investigación Relacional: Revista de Psicoterapia*. Vol. 3 (2) – Mayo 2009; pp. 401-430.
- Anaya, N. C. (2010). *Diccionario de Psicología*. 2a. ed. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Baeza-Velasco, C. (2010). SÍNTOMA PSICOSOMÁTICO VS. SÍNTOMA ORGÁNICO; La mala fama de la psicosomática. *Cuadernos de Neuropsicología*. 4 N° 1; Junio 2010. Centro de Estudios Académicos en Neuropsicología. Rancagua, Chile.
- Baeza-Velasco, C., Bulbena Vilarrasa, A., Fénérier, C. & Gély Nargeot, M.-C. (2011). Trastornos psicosomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. *Psicología y Salud*, Vol. 21, Núm. 2, Pp. 227-237.
- Balparda, S., & Tato, G. (1990). Las dos caras de un mismo problema. *Revista Psicoanalítica*, 3(2), 183-187.
- Beorlegui, C. (2007). Filosofía de la mente: Visión panorámica y situación actual. *Revista Realidad de Ciencias Sociales y Humanidades*. Núm. 111, 2007.
- Calmon Du Pin e Almeida, M. (2003). Las neurosis actuales y las nuevas formas de sufrir. *Estados Generales del Psicoanálisis: Segundo Encuentro Mundial*, Rio de Janeiro.
- Caparrós, N. (2010). El psicoanálisis desde el paradigma de la complejidad. *Átopos, salud mental, comunidad y cultura*, (9), 60-78.
- Capra, F. (1998). *El punto crucial: ciencia, sociedad y cultura naciente* (Vol. 4). México: Editorial Pax.
- Carro, S. et al. (2009). *Perspectivas Psicológicas en salud*. Equipos docentes Introducción a las Teorías Psicológicas y Corriente Teórico Técnicas. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Chiozza, L. (2010). *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*. Vol. 1. Navarra, España: Editorial Txalaparta.
- Chóliz Montañés, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia. Recuperado de <http://www.uv.es/=cholz>
- Citro, S. (2006). Variaciones sobre el cuerpo: Nietzsche, Merleau-Ponty y los cuerpos de la Etnografía. *El cuerpo incierto. Corporeidad, arte y sociedad*. Buenos Aires: Letra Viva, 45-106.
- Coronel Urquiza, M. P. & González Suarez, T. Y. (2016). Cohesión familiar y codependencia en el grupo familiar Al-Anón Riobamba 24 horas período octubre 2015- marzo 2016.

- Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Psicología Clínica. Ecuador.
- Corrales, A. (2018) Explicación médica introductoria de las enfermedades psicosomáticas. *Conferencia dictada por la Profesora Corrales, A. en el Centro Universitario ELEIA, Actividades Psicológicas A.C.* 8 de enero de 2018, Ciudad de México.
- Deleuze, G., & Artal, C. (1986). *Nietzsche y la filosofía*. 9 Ed. Barcelona: Anagrama.
- Díaz Farfaro, M. (2017). *Perspectivas para un abordaje clínico integral*. Montevideo: Facultad de Psicología de la Universidad de la República.
- Ferrater Mora, J. (1975). *Diccionario de filosofía* (Vol. 38, No. 1). Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Fischbein, J. E. (2000). La clínica psicoanalítica y las enfermedades somáticas. *Psicoanálisis APdeBA* - Vol. XXII - Nº 1, pp. 157-182.
- Fossa-Arcila, P. (2012). Cuando el alma sufre, los genes lloran: Revisitando el concepto de psicosomático. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (2), 127 - 138.
- Goleman, D. (2012). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Editorial Kairós.
- González, M. & Carreño, M. (2017). PSIQUIATRÍA DE ENLACE Y MEDICINA DE ENLACE, NUEVOS ALCANCES. *Revista Médica Clínica Las Condes*. Vol. 28, N. 6, Noviembre–Diciembre 2017, Pp. 944-948.
- Guirao Goris, S. J. (2015). UTILIDAD Y TIPOS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. *Revista ENE de Enfermería*, Vol. 9, N. 2, Agosto. 2015. ISSN 1988-348X.
- Izquierdo, A. (2002) Prólogo. En: Nietzsche (2002) *El crepúsculo de los ídolos*. Buenos Aires, Argentina: Editorial EDAF.
- Koval, S. (2011) Crítica al Dualismo Cartesiano. *Revista Kubernética*, 9 de septiembre de 2011.
- Laplanche J. & Pontalis, J.-B - Dir.: Lagache D. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. 1a ed. Buenos Aires: Paidós.
- Leff, E. (2007). La psicología en la intersección de la biología y la sociología. *Revista Dialéctica*. Ciudad Autónoma de Puebla, México.
- Lemos Hoyos, M., Restrepo Ochoa, D. A. & Richard Londoño, C. (2008) Revisión crítica del concepto "psicosomático" a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensamiento Psicológico*, vol. 4, núm. 10, enero-junio, 2008, pp. 137-147.
- Levi, L. (1988) Las enfermedades psicosomáticas como consecuencia del estrés profesional. Centro Psicosocial de la OMS, Laboratorio de Investigaciones Clínicas sobre el Estrés, Instituto Karolinska. Estocolmo, Suecia. En: *Los factores psicosociales en el*

- trabajo y su relación con la salud*. Organización Mundial de la Salud, 1988, Ginebra.
- Maldavsky, D. (2014). *Procesos psíquicos determinantes de las alteraciones corporales en afecciones psicosomáticas, adicciones y episodios de violencia*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales
- Novelo Mascarúa (2008). La Psicoterapia Integrativa Multidimensional en el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. *Psicología Iberoamericana*, Vol. 16, No. 1, pp. 44-51
- Montserrat-Esteve, S. (1972). Bases bioquímicas de la angustia. *Anuario de Psicología*, N°. 7, Pp. 3-38.
- Napadensky, M. B. (1986). *Los trastornos psicosomáticos (Hacia un enfoque integral)*. Valle de Sartenejas, Baruta: Equinoccio (Editorial de la Universidad de Simón Bolívar).
- Organización Mundial de la Salud (1975) Los factores psicosociales y la salud. *Informe del Director General*. Consejo Ejecutivo. 57ª reunión, Pto. 18 del orden del día provisional, 20 de noviembre de 1975.
- Organización Mundial de la Salud (2013) *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. ISBN 978 92 4 350602 9. © Organización Mundial de la Salud, 2013.
- Pelorosso, A. E. (2010). Abordaje del paciente psicosomático, el paciente psicosomático; cabalgando sobre dos caballos. *Repositorio de la Facultad de Psicología de la UBA*.
- Prósperi, G. O. (2012). *El cuerpo en la posthistoria: La cuestión del cuerpo en las filosofías de A. Kojève, G. Bataille, G. Deleuze y G. Agamben* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación).
- Psicosomático, sicosomático (2013). *Oxford Spanish Dictionary*. Recuperado de <http://es.oxforddictionaries.com/definicion/psicosomático>
- Psicosomático, ca (2016). *Diccionario de la Real Academia. Española*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=UXDxfSh>
- Roca Bennasar, M., Boatas Enjuanes, F. & Agüero Ramón Llin, C. (2000). Factores psicológicos que afectan al estado psíquico (Capítulo 3). En: Barcia Salorio (2000) *Tratado de Psiquiatría*. Arán.
- Rubia, F. J. (2010). El enigma de la conciencia. *Conferencia pronunciada por el Prof. F. J. Rubia en la Real Academia Nacional de Medicina con motivo de la inauguración del curso académico*, 12 de enero de 2010.
- Ruíz, P. (2010) La psicología naturalizada como herramienta neurofilosófica y neuroepistemológica. *Cuadernos de neuropsicología*. 2010, Vol.4, N.1, Pp. 20-30.
- Sami-Ali, M. (1987). *Pensar lo somático. Imaginario y patología*. Buenos Aires: Paidós.

- Sami-Ali, M. (1992). Entrevista a Sami-Ali realizada por Urribarri, F. en febrero de 1992. *Revista Zona Erógena*, N° 12. 1992, París.
- Seabra, I. (2007) El síntoma somático dentro de una teoría psicósomática relacional. *Clínica e Investigación Relacional: Revista Electrónica de Psicoterapia*. Vol. 1 (1) – Junio 2007; pp. 165-176
- Segura Munguía, S. (2004). *Diccionario etimológico de Medicina*. Universidad de Deusto. Bilbao.
- Subiela, P. P. (2007). El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿afectación neurobiológica? *Conferencia ofrecida en la Facultad de Psicología de Valencia el 15 de febrero de 2007. Organizada por el Dr. Fernando Martínez Profesor de Facultad de Biología para el Seminario doctoral de neurociencias de la Facultad de Biología de la Universidad de Valencia, con la colaboración de ASMI, WAIMH España.*
- Ulnik, J. C., & López-Sánchez, J. M. (2002). El encuentro entre lo psíquico y lo somático. En: *Afectos y psicósomática en el campo psicoanalítico*, 142-171.