

ESTATUTO EPISTEMOLÓGICO DE LA CLINICA PSICOSOMATICA

**Prof. Dr. Ignacio Barreira; Lic. Leandro Bevacqua;
Dra. Azucena Borelle; Dra. Susana Russo**

Facultad de Psicología y Psicopedagogía – Universidad del Salvador
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

ignacio.barreira@usal.edu.ar lnbevacqua@hotmail.com
aborelle@hotmail.com russosusana@yahoo.com.ar

Abstract

This article presents considerations regarding which questions constitute the epistemological status of the psychosomatic clinic: its place within clinical psychology, its relationship with psychoanalysis and medicine, the basic concepts that are relevant from the theory and its conception of interdisciplinary work. The epistemic positioning in relation to the Freudian complementary series, the specific conception of the affections, somatic illnesses and disorders, the role of the specialist in psychosomatic clinic and its articulation with medicine in the context of interdisciplinary team work are discussed. At the same time, the epistemological coordinates of the psychosomatic clinic are established in relation to natural sciences and social sciences, seeking to make explicit its theoretical, conceptual, clinical and methodological proposal.

Keywords

Psychosomatic clinic – Epistemology – Interdiscipline – Reductionism – Somatic affections – Medical diseases – Somatic disorder

Resumen

El presente artículo presenta una serie de consideraciones en relación a lo que constituye el estatuto epistemológico de la clínica psicosomática: su lugar dentro de la psicología clínica, su relación con el psicoanálisis y la medicina, los conceptos básicos que resultan relevantes desde la teoría y su

concepción del trabajo interdisciplinario. En el mismo se debate su posicionamiento epistémico en relación a las series complementarias freudianas, la concepción específica de las afecciones, enfermedades y trastornos somáticos, el rol del especialista en clínica psicosomática y su articulación con los médicos en el contexto del trabajo de equipo interdisciplinario. Al mismo tiempo se establecen las coordenadas epistemológicas de la clínica psicosomática en relación a las ciencias naturales y las ciencias sociales, buscando explicitar su propuesta teórica, conceptual, clínica y metodológica.

Palabras clave:

Clínica Psicosomática – Epistemología – Interdisciplina – Reduccionismo – Afecciones somáticas – Enfermedades médicas – trastorno somático

Introducción

La clínica psicosomática es una especialidad que podemos ubicar dentro de la sub-disciplina de la psicología clínica. No obstante, la existencia de diferentes y variados enfoques dentro de la misma que van desde la medicina al psicoanálisis, obligan a que la posición de cada especialista deba ser definida de acuerdo a su sesgo específico; es decir, a la orientación que el profesional tenga dentro del dominio de la especialidad, implicando la propia concepción de lo psicosomático y las peculiaridades del tipo de clínica al que se apunta. En el siguiente trabajo discutiremos cuál es el estatuto de la clínica psicosomática en el contexto de la sub-disciplina de la psicología clínica y propondremos una perspectiva que implique un posicionamiento teórico, clínico y metodológico. Partiremos de los supuestos básicos fundamentales de la especialización en Clínica Psicosomática, poniéndolo en perspectiva histórica en relación con los demás enfoques que se fueron desarrollando a lo largo del siglo XX. Precisaremos la posición que se caracteriza en relación a la clínica psicosomática en continuidad y relación con la propuesta psicoanalítica de las series complementarias freudianas, precisando las diferencias con otros enfoques que toman parcialmente algunos de los factores de las mismas, llevando sus planteos a concepciones reduccionistas. Posteriormente, se justificará desde el rol del principio de razón suficiente y, consecuentemente, los modos de entender y explicar en clínica psicosomática. Por último, como colofón del artículo, se explicita la manera de concebir la interdisciplina en la especialidad a la luz de todo lo desarrollado.

1. ¿Cómo concebir lo psicosomático? Breve recorrido de un mapa conceptual

Susana Russo y Azucena Borelle, proponen en su libro *Clínica psicosomática* [1], esta denominación para la carrera de especialización que ambas iniciaron ese mismo año en la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador. ¿Por qué se propone una especialización en clínica psicosomática? A diferencia de “medicina psicosomática”, la expresión “clínica psicosomática” imprime una peculiar forma de concebir este dominio en cuestión. Remontándonos a la historia de la psicosomática, desde primera mitad del siglo XX se ha hablado de: “...*neurosis de órgano, de afecciones o de medicina “psicosomáticas” para designar aspectos de la patología general, que están relacionados con la vida psíquica consciente e inconsciente*” [2]. Valga esta expresión para advertir la vaguedad con la que se utilizan todos los términos que se articulan en este campo. Lo cierto, es que cabe destacar que los primeros psicosomatistas fueron médicos, psiquiatras y psicoanalistas.

En medicina, las posturas en relación a la concepción de la psicosomática se alinearon históricamente en dos grandes grupos: A. El que sostenía que la enfermedad puede ser concebida como una reacción del enfermo a las condiciones de su existencia. B. El que concebía que la enfermedad como una suerte de parásito que habita en el interior del organismo; es decir, una lesión en la estructura de su disposición celular [2].

Por razones históricas se impuso a principios del siglo XX el término “medicina psicosomática” para nombrar a esta especie dentro de la clínica debido a que los cuadros que formaban parte de este dominio eran patologías somáticas en las que se advertían factores psicológicos operando de manera relevante aunque imprecisa. En la gran mayoría de estos cuadros, por no decir la totalidad, existían factores tanto psíquicos como físicos en combinación. Los diferentes enfoques que se fueron desarrollando desde los inicios del siglo XX tomaron las siguientes formas: Escuela americana (Alexander, Dunbar, Weiss y English; Cobb, Deutsch, Grinker y Spiegel), de inspiración psicoanalítica; Escuela rusa (Bykov), de inspiración reflexológica; Escuela alemana (Schwartz, Von Krehl, Von Weizsäcker, Von Bergman), de inspiración biológica y filosófica, y; Corriente de investigaciones experimentales psicofisiológicas (Denis Leigh). A partir del psicoanálisis, existen diferentes desarrollos que exceden y resultan paralelos a los de la escuela americana de psicosomática, como por ejemplo la Escuela Psicosomática de París (Pierre Marty y colaboradores), los psicoanalistas ingleses (Winnicott y Balint entre otros), psicoanalistas de orientación lacaniana y muchos otros desarrollos provenientes de la República Argentina.

Hacia la década de 1950, la Escuela de Chicago elaboró un complejo sistema sobre la especificidad de las enfermedades psicosomáticas planteando la existencia de verdaderos “perfiles psicosomáticos

de personalidad”, basándose en teorías psicoanalíticas. En esta concepción se jerarquizaba la relación entre el tipo de personalidad con la enfermedad física. Tiempo después esta visión fue superada por otras perspectivas basadas en una observación clínica rigurosa y sostenida que permitió relacionar sucesos vitales significativos y/o traumáticos de la persona en cuestión con la aparición, desencadenamiento e incremento de enfermedades somáticas. En estas situaciones, sobresalía el hecho de que estas personas presentaban falta de registro psíquico de los sucesos que coadyuvaban al desencadenamiento de enfermedades somáticas. Para estos sujetos los hechos no tenían significación alguna.

A partir de la segunda mitad del siglo XX la obra de Pierre Marty y sus colaboradores fue aportando de manera paulatina un aparataje conceptual. Los estudios y teorizaciones de Pierre Marty y De M'Uzan [3], permitieron constituir una metapsicología psicosomática, que a su vez posibilitó poner de relieve el tipo de funcionamiento mental asociado a la vulnerabilidad somática (sobre la base de las disposiciones genéticas, heredofamiliares y/o constitucionales). Estos aportes permitieron problematizar la dinámica psicológica de los cuadros somáticos. Algunos de los conceptos fundamentales aportados fueron: insuficiencia comprobada del funcionamiento mental, pensamiento operatorio, depresión esencial, desorganización somática, mentalización, comportamiento, etc. [4]. Esta concepción introdujo una noción específica del hombre como unidad psicosomática. Por este motivo, los seguidores de Marty suelen hablar de pacientes con enfermedades somáticas y no de “psicosomáticos”, en la medida que cualquier sujeto puede enfermarse más allá de su configuración psíquica:

“... el adjetivo psicosomático aplicado a los enfermos y a las enfermedades, nos parece entonces redundante, creemos que encubre cierta ambivalencia respecto del quehacer psicosomático (...) La psicosomática considera, pues, los movimientos psíquicos y somáticos, así como las relaciones entre esos movimientos en los enfermos somáticos” [4].

La noción de una clínica de las afecciones somáticas, indica que el trabajo que se realiza con estos padecimientos supone un campo compartido, un trabajo en cooperación de diferentes disciplinas. A diferencia de la concepción médica, la propuesta de Russo y Borelle, recoge los aportes de Pierre Marty, aunque desde una perspectiva que incluye a la medicina y a la psicología, articuladas en una concepción inclusiva de ambas disciplinas, sin generar tensiones en el rol que cada una pueda jugar.

2. Posicionamiento epistemológico de Borelle y Russo

La concepción de estas autoras en su propuesta de la *Clínica Psicosomática* es muy precisa en varios de los términos que constituyen una postura epistemológica definida. El siguiente extracto resulta lo suficientemente claro al respecto:

“Los sujetos con afecciones somáticas no responden a un patrón psicopatológico único: la “enfermedad somática” puede insertarse en cualquier estructura o funcionamiento psíquico, en cualquier momento de la vida. Por ello, no apuntamos a encontrar perfiles de personalidad distintivos para cada enfermedad somática, sino a detectar características especiales de funcionamiento mental que coadyuvan en la aparición de la enfermedad (...) un mismo trastorno somático no tiene el mismo valor funcional en distintos sujetos e incluso, en el mismo sujeto, en diferentes etapas de su vida. Por eso en psicosomática el interés está puesto en determinar qué tipología de organización psíquica es la que está subyacente al trastorno y cuál es el valor funcional del mismo en un momento dado (...) El factor común no es la enfermedad, sino el enfermar somáticamente. Los factores genéticos, heredofamiliares constitucionales tienen un papel preponderante en la configuración de lo que se denomina “órgano de choque”, es decir, el órgano o la función que presenta vulnerabilidad somática. La visión que propone esta obra se inserta en una concepción multifactorial de la enfermedad; es solidaria con la idea freudiana de las series complementarias, donde las disposiciones biológicas y las configuraciones de la historia vivencial se co-influyen dinámicamente, y donde lo biológico es condición necesaria pero no suficiente en la producción del fenómeno psicosomático” [1].

Para precisar ciertas nociones, deberemos precisar que se entiende por “afecciones somáticas”, “enfermedad somática” y “trastorno somático”. Entendemos por “afecciones somáticas” aquellas manifestaciones clínicas que refieren las personas en sus consultas por enfermedades somáticas a especialistas médicos, pero en las que se presupone que hay variables psicológicas actuando de manera decisiva en la configuración de esa enfermedad. Se destaca en este término la dimensión clínica tal como es tomada en la consulta. Entendemos por “enfermedad somática” al aspecto puramente biológico y orgánico de las afecciones somáticas. Se destaca en este término la concepción pura y específicamente médica. Entendemos por “trastorno somático”, al desencadenamiento y formación de la afección somática incluyendo de manera simultánea los aspectos biológicos y mentales. Desde el punto de vista psicodinámico, la expresión trastorno apunta además a establecer una diferencia con el término “síntoma”, entendiendo este último como una formación de compromiso entre un deseo y una defensa. Por el contrario, el trastorno refiere a fallas en la estructuración del aparato psíquico y un funcionamiento no mediado por la represión. La coexistencia de términos tales como afección, enfermedad y trastorno somático obliga a definir de cada uno de estos, pero introduce también el problema por establecer y precisar qué aporta en cada caso la participación de médicos y psicólogos en esta especialidad. Advertimos que medicina y

psicología forman parte necesaria de este campo, por lo que se encuentran obligadas a trabajar en conjunto, la clínica así lo impone. Ahora bien, ¿Cómo se articula el aporte de los médicos (que conciben al cuerpo como un objeto físico, material y biológico), con el de los psicólogos (que conciben a ese mismo cuerpo como una construcción psíquica, de acuerdo a la lógica de la erogeneidad, con una fantasmática propia, singular e intransferible)? Cada disciplina tiene al menos una sino varias maneras de explicar cómo los hechos suceden, pero de acuerdo a una racionalidad que es propia y específica. Al margen de estar presente el planteo por lo nomotético e ideográfico, el problema amerita un breve desarrollo epistemológico para darle un marco de sentido a este debate. Podemos anticipar que la clínica psicosomática es una especialidad que implica a la medicina y a la psicología, pero que constituye una concepción precisa basada en aspectos teórico-conceptuales, clínicos y metodológicos.

En primer lugar, vale destacar que el especialista en clínica psicosomática debería contar con formación psicoanalítica de base. En segundo lugar, el rol que la medicina juega en la clínica psicosomática está vinculado a las enfermedades somáticas en tanto que estas deben ser tratadas por médicos por su naturaleza orgánica, biológica.

Tabla 1: Características del especialista en Clínica Psicosomática

El especialista en clínica psicosomática debería contar con formación psicoanalítica de base y con conocimientos del enfoque de la Escuela de París de Pierre Marty.
El rol que la medicina juega en la clínica psicosomática está vinculado a las enfermedades somáticas en tanto que estas deben ser tratadas por médicos por su naturaleza orgánica, biológica.
El especialista en clínica psicosomática debe trabajar con el médico de manera articulada. La visión del psicólogo especialista en psicosomática precisa del trabajo del médico para llevar adelante el tratamiento del paciente con un agregado: la posibilidad de reestablecer el equilibrio psicosomático de esa persona.
Tanto la participación del médico como la del especialista en clínica psicosomática son necesarias pero no suficientes per se, razón por la cual la interconsulta e interdisciplina resultan modalidades habituales.

En tercer lugar, el especialista en clínica psicosomática debe trabajar con el médico en estas enfermedades de manera articulada. Esto implica que la visión del psicólogo especialista en psicosomática precisa del trabajo del médico para llevar adelante el tratamiento del paciente con un agregado: la posibilidad de reestablecer el equilibrio psicosomático de esa persona. De esta manera, se establece un *plus* de riqueza en la manera de concebir y tratar las enfermedades somáticas. Tanto la participación del médico como la del psicólogo especialista en clínica psicosomática son

necesarias pero no suficientes *per se*, razón por la cual la interconsulta e interdisciplina resultan modalidades habituales.

3. El rol de las series complementarias en el posicionamiento epistemológico

El concepto de series complementarias aparece por primera vez en las *Conferencias introductorias al psicoanálisis* de Sigmund Freud [5, 6], en el contexto de la explicación sobre la etiología de las neurosis. Este concepto fue utilizado para dar cuenta de los factores intervinientes en la constitución o causación del síntoma, siempre teniendo en cuenta la labor de Freud en su trabajo con pacientes neuróticos. Este es posteriormente tomado por Borelle y Russo para explicar los fenómenos clínicos psicossomáticos con algunas variaciones que revisaremos.

3.1. Las series complementarias en Freud

El siguiente esquema figura en la Conferencia 23, *Los caminos de la formación del síntoma* [5], de las *Conferencias introductorias al psicoanálisis*.

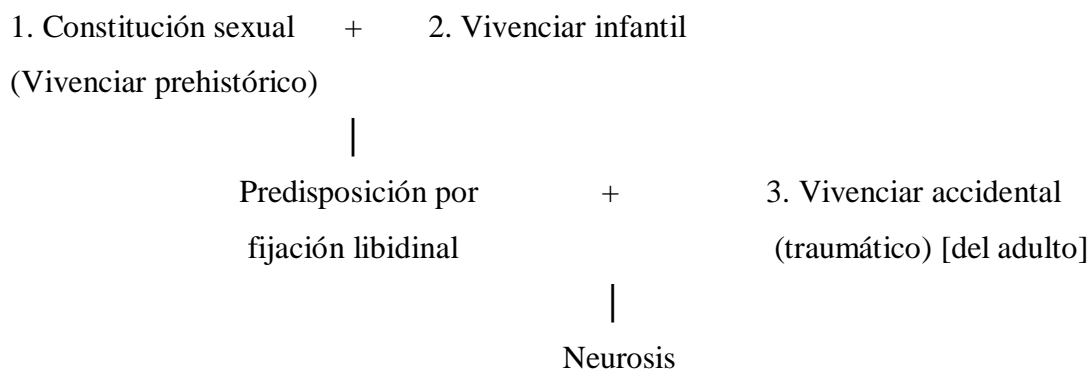


Figura 1. Series Complementarias según Sigmund Freud

Ubicamos aquí tres factores que se combinan en dos series: 1. La constitución sexual. 2. El vivenciar infantil. La primera serie articula 1 y 2, dando como resultante la predisposición por fijación libidinal. Posteriormente, la resultante de la primera serie se articula con 3 (el vivenciar accidental traumático del adulto), estableciendo la segunda serie. Contamos tres elementos que se articulan de a dos (1 y 2) en dos (resultante de 1 y 2 con 3), en dos tiempos lógicos (dos series). La relevancia y originalidad freudiana radican tanto en la definición de los factores como en el establecimiento de sus relaciones y la definición de las serie.

Ya desde la década de 1890 Freud venía ensayando diferentes propuestas en las que intentó establecer esquemas explicativos sobre la formación de las neurosis. La importancia de plantear las series complementarias le permitió a Freud resolver la discusión sobre la naturaleza de las neurosis en relación a su origen y etiología: ¿Las neurosis son endógenas o exógenas? [5] La respuesta freudiana es que la neurosis es una resultante compleja de factores que se complementan, se trata de factores que operan de manera complementaria [7]. La construcción de las series complementarias puede entenderse desde la consideración de los diferentes factores de acuerdo a cómo puedan estos estar operando en la persona y cómo los mismos puedan acabar impactando en el aparato psíquico del individuo en cuestión. En principio la posición freudiana implica una concepción clínica: interrogar al paciente para analizar, deconstruir la manera en que pudieran estar operando los mencionados factores en la persona que consulta. De esta manera, se prestará atención al motivo que trae al consultante frente a nosotros, cuestión que generalmente se puede remitir a lo que Freud definió en el tercer factor de la segunda serie complementaria: el vivenciar accidental del adulto. El trabajo del psicoanalista consiste aquí en indagar sobre lo que le ha sucedido al paciente, intentado por medio de inferencias, construir las hipótesis que permitan explicar como pudiera estar operando la resultante de los factores 1 y 2: la predisposición por fijación libidinal en el vivenciar accidental del adulto. A su vez, en la consideración de esa predisposición, se deberá contemplar la constitución sexual (vivenciar prehistórico) y el vivenciar infantil. De la ponderación de estos factores y en su interacción el psicoanalista podrá tener una hipótesis diagnóstica de la neurosis en cuestión que le permitirá orientarse en la cura psicoanalítica.

3.2. Las series complementarias en Clínica Psicósomática

La concepción de series complementarias en el marco de la clínica psicósomática se incorpora a fin de destacar una visión no reduccionista del enfermar somático, como ya fuera mencionado anteriormente. Las series complementarias freudianas apuntan a la explicación de la génesis de los síntomas neuróticos, mientras que desde la clínica psicósomática se busca entender la articulación de los diferentes factores psíquicos y somáticos operantes en las enfermedades somáticas. Esta diferencia de objetivos hace que las concepciones de las series complementarias en ambos casos justifique una serie de apreciaciones.

El rol de lo somático en las neurosis freudianas es diferente al que juega en el planteo de la clínica psicósomática. Freud hablaba de una constitución sexual que obedecía a un vivenciar prehistórico, mientras que desde la perspectiva psicósomática se tomaría esta primera serie como las predisposiciones hereditarias, genéticas o congénitas que configuran una predisposición a enfermar

de determinada manera y no de otra. En relación al factor constitucional o constitución sexual hereditaria, Freud entendía a la “disposición innata”, como “...*la secuela que dejaron las vivencias de nuestros antepasados; también ellas se adquirieron alguna vez: sin tal adquisición no habría herencia alguna*” [6]. Esta idea de la memoria como herencia arcaica jamás fue descartada por Freud quién la considero desde los inicios de su obra y la sostuvo hasta el final de sus días [8]. La concepción freudiana de la disposición innata consiste en que la biología guarda en su materialidad algún tipo de memoria acumulada de la historia de la humanidad que en cada caso será peculiar. Este factor así definido, en el contexto de su teoría psicoanalítica, juega un rol esencial a la luz sobre cómo la biología guarda en su materialidad una memoria codificada a la vez psíquica, a la vez biológica. Este tipo de ideas freudianas no son exclusivas de las series complementarias, basta ver la definición freudiana del concepto de *pulsión (Trieb)*, en *Pulsiones y destinos de pulsión* [9], para corroborar que esta concepción era parte de sus convicciones más íntimas. Allí, Freud dijo:

“Si ahora, desde el aspecto biológico, pasamos a la consideración de la vida anímica, la «pulsión» nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal” [9].

En esta definición queda claro que Freud suponía que la biología y la psicología eran dominios conceptuales heterogéneos que se confundían en la persona; no obstante, a fines de claridad conceptual se diferencian en concepciones económicas y cuantitativas que aplican al orden biológico, y concepciones dinámicas y cualitativas que recaen sobre el orden psicológico. Al respecto, consúltese el prefacio de Strachey a *Pulsiones y destinos de pulsión* [9].

Por su parte, en la concepción psicósomática encontramos que los factores genéticos, heredofamiliares y constitucionales juegan un papel preponderante en la configuración de lo que se denomina “órgano de choque”; es decir, el órgano o la función que presenta vulnerabilidad somática, la disposición a enfermar en algún momento de la vida.

Tabla 2. Series Complementarias según las Neurosis y la concepción de la Clínica Psicósomática

	Neurosis	Clínica Psicósomática
Se intenta explicar:	Causación del síntoma neurótico	Afecciones somáticas

Aplica a:	Neuróticos	A todas las organizaciones psíquicas
Dimensión biológica:	Constitución sexual (Vivenciar somático)	Factores genéticos, heredofamiliares y constitucionales
Concepción de la dimensión biológica:	Herencia arcaica: es la memoria entramada en la biología humana	Constitución física del ser humano

La concepción biológica subyacente que opera en este planteo radica en que la biología debe ser entendida en términos de la constitución física del ser humano. Esto no niega ni desmiente la posición freudiana, en todo caso acentúa el rol de lo físico en los fenómenos que se pretenden problematizar y explicar: las enfermedades somáticas pueden cumplir la función de reorganizar o desorganizar la homeostasis psicossomática.

Podemos pensar que en relación al vivenciar infantil, la concepción psicossomática sigue a las teorías freudianas dado que respeta sus ideas sobre las fases psicosexuales del desarrollo y el valor de la triangularidad en el acceso a la dimensión simbólica, etc. No obstante, en la articulación entre los factores 1 y 2, la resultante, en lugar de ser la predisposición por fijación libidinal, y su articulación con el vivenciar actual traumático del adulto, se propone otra cosa en lugar de la producción de neurosis: “...en psicossomática el interés está puesto en determinar qué tipo de organización psíquica es la que está subyacente al trastorno y cuál es el valor funcional del mismo en un momento dado”. En el factor 3, en lugar de encontrar el “vivenciar actual traumático del adulto” de Freud, encontraremos como factores desencadenantes aquellos a partir de los cuáles la enfermedad somática sobreviene: crisis vitales, crisis accidentales y traumas.

Tabla 3. Comparación por Factor de las Series Complementarias

	Freud	Borelle y Russo
Factor 1:	Constitución sexual (Vivenciar somático)	Factores genéticos, heredofamiliares constitucionales
Factor 2:	Vivenciar infantil	Vivenciar infantil
Articulación de 1 y 2:	Predisposición por fijación libidinal	Organización psíquica subyacente
Factor 3	Vivenciar accidental traumático del adulto	Valor funcional al momento dado
Articulación de efectos de articulación de 1 y 2, con 3:	Neurosis	Afecciones somáticas

Pese a que en las neurosis actuales freudianas podríamos encontrar una concepción cercana a la concepción actual de la clínica psicosomática, la utilización del modelo de las series complementarias de manera comparativa resulta pertinente. Permite orientar al especialista en la construcción de hipótesis diagnósticas sobre la organización y el funcionamiento psíquico del sujeto con enfermedad somática, y aplicar dispositivos clínicos y psicoterapéuticos apropiados para cada caso.

3.3. Los factores de las series complementarias desde otros enfoques

Dentro del campo más amplio de la salud mental, podemos encontrar cómo los factores que componen las series complementarias freudianas han sido considerados en otros enfoques ajenos al psicoanálisis con otros nombres, y concebidos de maneras diferentes de acuerdo a cada teoría. No obstante, podemos advertir que estos son tomados de manera virtuosa o reduccionista en diferentes situaciones. Sobre la base de lo expuesto anteriormente realizaremos un breve recorrido por diversas posiciones para determinar el sesgo epistémico de las mismas y su impacto en la concepción clínica y terapéutica.

3.3.1. Factor 1. Constitución sexual – vivenciar prehistórico

Si para la explicación de las neurosis o cualquier otro tipo de padecimiento mental contáramos únicamente con este factor, caeríamos en un determinismo psico-biologicista del cuál poco y nada podríamos inferir. En este sentido, cabe rescatar la existencia de ciertas concepciones psicológicas sobre el temperamento que se encontrarían en sintonía con lo referido. Por ejemplo, la posición de Jerome Kagan establece que, “...*el concepto de temperamento ejemplifica la noción de predisposición biológica*” [10]. En principio, “...*lo que define al temperamento no es la genética ni el estado cerebral sino la conducta*” [10]. Resulta muy curioso que se remita el temperamento a la conducta, ¿Cómo es posible identificar en las conductas que lo que las condiciona es el temperamento? ¿Cómo puede verse la impronta de la biología de la conducta? Y finalmente, ¿Es posible concebir cambios en las enfermedades y/o padecimientos de diferentes trastornos o problemas por fuera de la biología? El problema de la reducción de la psicología a la biología

estrecha los horizontes de comprensión de lo humano sobre la base de que el reduccionismo biologicista podría garantizar condiciones de objetividad y científicidad.

Las neurociencias cognitivas, “...en un principio eran sinónimo de psicología cognitiva experimental, pero actualmente abarcan varias disciplinas que conciernen a la relación entre cognición y sistemas neurales, es decir, cómo el cerebro posibilita los procesos cognitivos” [11]. Desde esta última perspectiva, los fenómenos psicológicos intentan ser explicados de acuerdo al modo en que su sustrato material permite su funcionamiento. De modo tal, que la explicación de fenómenos inferibles tales como la “herencia arcaica” freudiana no se encuentran dentro de su espectro de atención. En todo caso, se limitan a identificar cómo el funcionamiento mental ocurre de acuerdo a su basamento material [12]. En este último sentido, resulta esencial la adecuación de los fenómenos psicológicos que serán objeto de estudio, a la idea de ciencia que es propia de las ciencias naturales. Un claro ejemplo de esto es la obra de Stanislas Dehaene que busca estudiar a la conciencia en tanto que esta pueda ser manipulada de manera experimental [13].

En la presente concepción de clínica psicósomática los aspectos genéticos, heredofamiliares y constitucionales están considerados desde su dimensión física; o sea, biológica. En este sentido, coincidimos con Mayr [14], que postula una concepción de la biología que no queda subordinada a las concepciones fisicalistas de la fisiología.

“...la biología, de hecho, consta de dos campos bien diferentes, la biología mecanicista (funcional) y la biología histórica. La biología funcional trata de la fisiología de todas las actividades de los organismos vivientes, en especial de los procesos celulares, incluidos los del genoma. Estos procesos funcionales pueden explicarse en última instancia en forma puramente mecánica por la química y la física. La otra rama de la biología es la biología histórica. No se necesita conocer historia para explicar un proceso sólo funcional. Sin embargo, resulta indispensable para la explicación de todos los aspectos del mundo viviente que impliquen la dimensión del tiempo histórico; en otras palabras, como se sabe ahora, todos los aspectos que tiene que ver con la evolución. Este campo es la biología evolutiva (...) Además, todos los procesos biológicos difieren en un aspecto fundamental de todos los procesos del mundo inanimado: están sometidos a la causación dual. En contraposición con los procesos puramente físicos, los biológicos no sólo están controlados por leyes naturales sino también por programas genéticos. Esta dualidad aporta en forma plena una clara demarcación entre procesos inanimados y vivientes (...) Cuando hablo de causalidad dual no me estoy refiriendo, por supuesto, a la distinción cartesiana de cuerpo y alma, sino más bien al notable hecho de que todos los procesos vivientes obedecen a dos causalidades. Una de ellas está constituida por las leyes naturales que, junto con el azar, controlan completamente todo lo que tiene lugar en el mundo de las ciencias exactas. La otra causalidad consiste en los programas genéticos que caracterizan el mundo viviente de forma tan singular. No existe un sólo

fenómeno ni un solo proceso en el mundo viviente que no se halle en parte controlado por un programa genético contenido en el genoma” [14].

Mayr considera a la biología como una disciplina en la que los seres biológicos son sistemas abiertos y complejos que evolucionan, se resalta la caracterización de estos sistemas de acuerdo al concepto de biopoblación (en el sentido de que cada sistema es único e irreplicable en su individualidad), parte de la concepción de la causalidad dual, adhiere a la concepción darwiniana de selección natural, concibe al desarrollo de los sistemas biológicos más de acuerdo a la lógica del azar que a la del determinismo, y debe ser considerada de acuerdo a una concepción holística (en oposición a las visiones reduccionistas) [14].

3.3.2. Factor 2. El vivenciar infantil

Freud conceptualiza la segunda serie complementaria, el vivenciar infantil, cuando en el proceso de análisis del adulto neurótico se revela la fijación libidinal ligada a las vivencias sexuales infantiles. Éstas resultan de la combinación de verdad y falsedad, la diferencia entre la realidad y la fantasía.

El sobredimensionar las investiduras libidinales de las vivencias infantiles sin considerar que pueden estar facilitadas por lo constitucional y heredofamiliar, y sin pensar que el aparato psíquico es un sistema abierto expuesto a los estímulos del ambiente, que consecuentemente se transforma a través del tiempo, nos llevaría a una reducción excesiva.

Siguiendo esta idea, cabe resaltar aquellas teorizaciones kleinianas y post-kleinianas que se detuvieron en el desarrollo precoz del psiquismo. El aparato mental desde los primeros meses de vida se configura desde el cuerpo, sensaciones, impulsos y reacciones que conjuntamente con las relaciones con otros y el mundo externo, dará lugar a las primeras vivencias que se traducirán luego en vivencias psíquicas, fantasías pregenitales objetales que se representan simbólicamente. Desde estas perspectivas se desarrollaron teorías psicósomáticas que centraron su interés en develar la interpretación simbólica de cualquier lesión somática o trastorno funcional, y valorar los conceptos subyacentes tales como relaciones de objeto, fantasías inconscientes, formación del símbolo, procesos de introyección/proyección, objeto bueno/objeto malo. Estas primeras experiencias de placer y displacer, gratificación y frustración, como determinantes de las posteriores modalidades de relaciones objetales sobredimensionaron la importancia del segundo factor de las series complementarias. Es así como se entiende que muchos psicoanalistas sostengan que las fantasías inconscientes remiten a vivencias corporales ligadas al objeto materno y la enfermedad somática

aparece como defensa, por ejemplo, frente a impulsos sádicos pregenitales orales, anales y la madre internalizada mala.

La intensidad e importancia patógena de las vivencias infantiles precoces y tardías, y la fijación libidinal es una de las variables posibles en un entramado que sufre transformaciones ante nuevos procesos vivenciales dando lugar a una vida representacional ligada a lo pulsional, en un interjuego entre determinismo y azar [15]. No podemos desconocer que las causas desencadenantes tienen una relación de complementariedad entre lo biológico, somático, histórico y traumático, pero las mismas deberán ser puestas en perspectiva ayudando en la comprensión del fenómeno clínico y no en la contaminación de la perspectiva profesional por efecto un reduccionismo psicologista.

3.3.3. Factor 3. Vivenciar accidental traumático del adulto

En relación al factor accidental traumático, Freud se refiere a la vivencia que articula con las fijaciones libidinales de la primera serie, permitiendo por medio de esta articulación, la regresión de la libido y la causación de la neurosis [5]. El valor concedido a los factores desencadenantes suele variar en las distintas teorías psicosomáticas, alcanzando en algunos casos un lugar casi exclusivo y no interdependiente con otros factores. En referencia a los eventos incluidos en este grupo, suele, incluso, incurrirse en la confusión de considerarlos siempre como de orden traumático, cuestión que seguramente responda al lastre de ciertas lecturas de las teorías freudianas originales. Esta cuestión puede esclarecerse si se toma en cuenta la definición freudiana de trauma que pone el énfasis en las capacidades de procesamiento mental de que dispone el aparato psíquico. De acuerdo a Laplanche y Pontalis, el trauma freudiano podría definirse de la siguiente manera:

“Acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. En términos económicos, el traumatismo se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones” [7].

Los sucesos fácticos, por intensos que sean, no poseen en sí mismos la cualidad de traumáticos. Podrán llegar a serlo en la medida en que rebasen la capacidad de elaboración psíquica, por lo que el valor traumático depende del aparato que recibe el suceso y esto varía en los distintos sujetos e incluso en el mismo sujeto en diferentes momentos de su historia vital. Así, el factor desencadenante, si bien presente en la aparición de la afección somática, no siempre será un hecho de proporciones. Alcanzará con que supere, aunque sea episódicamente, los recursos psíquicos del

sujeto. Es por ello que las crisis evolutivas por ejemplo, constituyen momentos de vulnerabilidad somática, en la medida en que movilizan montos de excitación superiores a los que el aparato acostumbra procesar [1].

Es una idea bastante difundida entre profesionales de la salud y también en el público en general, aquella que vincula las situaciones de pérdida de personas significativas con la aparición de enfermedades graves, especialmente de tipo oncológica. En éste tipo de ideas, se sostiene una causalidad lineal entre el duelo y la enfermedad somática. Así pensada la enfermedad, no podemos menos que considerarla como una expresión reduccionista que desconoce la existencia -o le da mínima participación- de los factores constitucionales e históricos del sujeto. El trabajo de duelo como prototipo de trabajo mental, podrá o no ser realizado y esto no depende de la magnitud del suceso sino más bien de las posibilidades elaborativas que las personas poseen en los distintos momentos de su vida, lo que obliga a considerar variables de la historia subjetiva y del desarrollo, entre otras.

4. El rol del principio de razón suficiente en la explicación: medicina y psicología

Precisaremos aquí la importancia de establecer cómo resulta relevante la articulación entre la racionalidad médica y la racionalidad psicológica en el campo de la clínica psicosomática desde la definición de las condiciones epistemológicas de cada disciplina. Partimos de la división que Wilhem Dilthey hiciera en relación a las ciencias naturales y ciencias del espíritu [16]. En la *Introducción a las ciencias del espíritu* [16, 17], Dilthey estableció la diferencia entre las *Naturwissenschaften* (Ciencias de la Naturaleza) y las *Geisteswissenschaften* (Ciencias del Espíritu). Mientras que las primeras se ocupaban de explicar los fenómenos en términos de causa y efecto, las segundas se basaban en un método de acceso diferente dado que tomaban en consideración a los fenómenos humanos: la comprensión [16]. La consideración de las ciencias naturales y las ciencias del espíritu recae sobre objetos empíricos de la realidad, pero su diferencia radica en qué es lo que se precisa de estos: en las ciencias naturales se busca la explicación de la realidad física y material, por eso la relación causa-efecto es el prototipo de modalidad explicativa; en cambio, las ciencias del espíritu buscan la comprensión de los hechos espirituales humanos [18]. Dice Dilthey: “*El ámbito de las ciencias del espíritu abarca tanto como la Comprensión puede abarcar, y la comprensión tiene un objeto unificado en la objetivación de la vida...; sólo lo que el espíritu ha creado, puede el espíritu entender*” [16]. Para Dilthey la psicología es ciencia del espíritu individual y subjetivo, mientras que las ciencias culturales como ciencias del espíritu se ocupan de la realidad psico-

espiritual en tanto que objetivada o constituida por las llamadas a veces «formas transubjetivas», las cuales poseen «sentido» y se fundan de algún modo en vivencias originarias [19].

Esta diferencia hace que el mismo fenómeno, en este caso, la persona humana [20], pueda ser abordada desde diferentes perspectivas, pudiendo hacerse hincapié en diversas posibilidades de entendimiento en su acaecer, aquí resaltamos los aspectos médico y psicológico. Las explicaciones médicas suelen ser realizadas de acuerdo a la condición naturalista del fenómeno, dado que el objeto de la medicina es el cuerpo humano de la persona humana en tanto objeto material (físico, químico y biológico). Por su parte, las explicaciones psicológicas se adecuan a la racionalidad de las ciencias sociales dado que el objeto de la psicología son los procesos mentales que se dan en la persona humana (procesos conscientes y/o inconscientes). El mismo principio de razón suficiente que lógicamente propone, “*Nada es sin una razón por la que es (Nichts ist ohne Grund warum es sei)*” [21], es aplicado de diferente manera de acuerdo al objeto en cuestión: se puede explicar cómo una enfermedad ocurre físicamente o se puede explicar si es que esta sucede psíquicamente. En todo caso, cada explicación deberá ser realizada en sus términos y de acuerdo a su lógica.

Arthur Schopenhauer, en su tesis doctoral *De la cuádruple raíz del principio de razón suficiente* [21], caracteriza las condiciones explicativas que se dan en el principio de razón suficiente de acuerdo a cómo este se aplica a objetos empíricos o abstractos. Los objetos empíricos son captados por el sujeto de conocimiento como representaciones empíricas, y la relación de razón suficiente que se da en las representaciones intuitivas es la relación de causalidad [21]; por ejemplo, si aplico una fuerza a un objeto este se mueve, o si se calienta agua a 100 grados centígrados, esta hierve. Se trata de explicaciones físicas. A este tipo de relación Dilthey se refirió como explicación [16, 17]; Brie, 1978). Por su parte, las representaciones abstractas (conceptos, juicios), pueden encontrar una forma explicativa en la razón de conocimiento: un concepto funciona como razón de conocimiento de otro [21]; por ejemplo, la represión inaugura el inconsciente, o los pensamientos influyen en las emociones y en las conductas. Se trata de explicaciones en las que el sentido de los hechos se encuentra presente. A este tipo de relación, Dilthey se refirió como comprensión [16, 17].

5. Interdisciplina: explicación, diferencia y articulación

De esta manera, pueden identificarse dos modos explicativos diferentes que bien pueden aplicar a un mismo fenómeno. Esto no implica que uno sea superior o inferior a otro. Se trata de concientizar sobre el modo explicativo, sus límites y limitantes a la hora de abordar un fenómeno. Esta cuestión resulta de la mayor relevancia en la clínica psicósomática debido a que la medicina y la psicología

comparten este campo, y ambas aportan desde su menester. Hecho este planteo, la pregunta por la articulación disciplinar se impone. En este sentido, seguimos a Rolando García:

“En definitiva, lo que integra a un equipo interdisciplinario para el estudio de un sistema complejo es un marco conceptual y metodológico común, derivado de una concepción compartida de la relación ciencia-sociedad, que permitirá definir la problemática a estudiar bajo un mismo enfoque, resultado de la especialización de cada uno de los miembros del equipo de investigación” [22].

Esto implica para un trabajo adecuado la existencia de un marco conceptual y metodológico común. Al margen de las diferencias disciplinarias, para que la interdisciplina pueda realizarse de manera adecuada, la concepción compartida es la que permite la correcta articulación en la tarea. Esto permite concebir al paciente dentro de un mismo enfoque genérico, consecuentemente la especialización se practicará de manera interdisciplinaria dentro de un marco de representaciones compartidas:

“Plantear un trabajo “entre” distintos conocimientos supone que se está partiendo de la suposición de algo fragmentado que requiere este cruce. Si lo llevamos a un planteo más amplio, por ejemplo, cuando se habla de enfoques integrativos, implica que ésta integración se hará según cuáles fragmentaciones se estén teniendo en cuenta. Tomado más globalmente, para el análisis se pueden considerar cuatro modos posibles de localización de esta fragmentación: en principio es la que sucede por la especialización de los conocimientos en su recorte por disciplinas, pero también se la encuentra en el planteo de la ruptura de la relación de las ciencias y la sociedad que las alberga, así como también está presente en la dificultad que existe en el diálogo entre los científicos y, por último, en un plano más antropológico, en la consideración epocal sobre el hombre mismo en tanto fragmentado. Tomaremos sólo y de un modo esquemático la primera de ellas. Desde la consideración de la relación entre las disciplinas, que es lo que en este momento nos interesa, se diferencian tres modalidades posibles de realizar la tarea: la multidisciplinar, la transdisciplinar y la interdisciplinar. La tarea multidisciplinar es del orden de la sumatoria de conocimientos, bajo el supuesto de que estudian el mismo objeto y cada una tiene algo para decir de ello. Por su parte la transdisciplina, en ese más allá, presenta el intento de transformar las disciplinas. En cuanto a la interdisciplina, vamos a poner el acento en su empleo desde un orden instrumental. A partir del trabajo en la resolución de una situación concreta, facilitar el intercambio de resultados y el desarrollo mutuo, orientado a la acción” [23].

6. Sobre las especialidades y especificaciones dentro del campo de lo psicosomático

Asistimos desde hace algunas décadas, al surgimiento de diferentes movimientos dentro de la especialidad de la psicosomática con denominaciones variadas: Psicooncología, Psicocardiología, Psicodermatología, Psiconeuroinmunología, etc. ¿Cómo pensar el lugar de estos desarrollos en relación con la especialidad de la clínica psicosomática? ¿Cuál sería el sentido de sus configuraciones y el lugar que podrían ocupar en el campo de la especialidad? Podría existir algún obstáculo a la hora de anteponer el prefijo “psico-” a cada una de estas orientaciones, similar a lo que ocurre desde hace varios años con el prefijo “neuro-”: neurofilosofía, neuropsicoanálisis, neuroeconomía, neuroecología, etc. La anteposición del prefijo “psico-” supone el sesgo de lo *psi* de alguna disciplina, subdisciplina o especialidad en articulación. La existencia de “psicoespecialidades” debe ser examinada en detalle para evitar la posibilidad de que se adjudiquen sesgos inadecuados a las propuestas en cuestión. Algo así sucede cuando se hace alusión a enfoques psicosomáticos que postulan la existencia de perfiles de personalidad asociados a determinadas enfermedades, idea tomada por válida a principios del siglo XX aunque descartada hace décadas. Por ejemplo, ciertas concepciones de la psicooncología, en las que se supone que los pacientes oncológicos presentan perfiles psicológicos precisos. O eventualmente propuestas de la psicocardiología que suponen factores psicológicos específicos de las enfermedades cardíacas. Similar a estos ejemplos se han nombrado otros enfoques como la psicodermatología o la psiconeuroinmunoendocrinología.

Veamos en más en detalle a la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE). Esta ha sido concebida como una especialidad que se centra en el estudio de la interrelación de los sistemas nervioso, inmune y endócrino con los procesos psíquicos [24]:

“La Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) aporta un sustento científico basado en numerosas investigaciones que han demostrado la intermodulación de los sistemas nervioso (SN), endócrino (SE) e inmune (SI) (...) Pero no se trata solamente de interacciones entre los distintos sistemas del organismo, sino que estos funcionan bajo el influjo de estímulos internos como las emociones y los pensamientos y de estímulos externos físico ambientales y socio culturales” [25].

Debido a la cualidad interactiva de las diferentes especialidades en la labor cotidiana, la PNIE debe concebirse de manera interdisciplinaria. El objetivo de sus estudios se centra en el rol de los mecanismos bidireccionales existentes entre los sistemas neuroendocrinos e inmune. Partiendo de aquí, la PNIE articula las relaciones existentes entre los factores propios del comportamiento con el desencadenamiento y evolución de diferentes enfermedades orgánicas, especialmente aquellas de carácter inmunológico [26]. Las bases de la PNIE se remontan a los aportes de Hans Selye en 1936

con la introducción del concepto de “síndrome general de adaptación”, desde el que postula la conexión entre el estrés y los procesos de activación de la corteza adrenal [27]. Este concepto se encuentra actualmente comprendido desde la nominación corriente “estrés”. El síndrome general de adaptación fue definido por Seyle como el estado que se manifiesta por un síndrome específico, consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico [28]. De esta manera, se estableció desde allí el inicio de los estudios que llevaron a detectar los diferentes impactos de la activación del eje hipofítico-hipotálamo-suprarrenal en la evolución y manifestación de diversos cuadros patológicos.

En esta consideración, el elemento psicológico queda centrado en los procesos de exteriorización de la conciencia y en función del impacto a nivel orgánico que presentaban ciertas respuestas del sistema nervioso. A partir de allí fue posible establecer una diferenciación entre la PNIE y las concepciones psicoanalíticas de lo psicosomático. Mientras que la PNIE aporta explicaciones sobre el cómo y de qué manera se da la interrelación entre los procesos psicológicos, neurológicos, endocrinológicos e inmunológicos, por su parte los enfoques sobre clínica psicosomática darán cuenta de las explicaciones del por qué se producen dichas patologías en un momento determinado y que función presentan estas mismas dentro del entramado psíquico singular de cada paciente [29]. De acuerdo a lo desarrollado, queda claro que la PNIE apunta al cómo y de qué manera se articulan los procesos psicológicos, neurológicos, endocrinológicos e inmunológicos, mientras que la clínica psicosomática apunta a la cuestión explicativa del cómo y por qué la enfermedad somática se articula con factores psicológicos peculiares. Una visión reduccionista de la PNIE daría lugar a considerar a los factores orgánicos como único soporte explicativo del síndrome general de adaptación. Consecuentemente, la fisiología quedaría jugando un rol preponderante sobre los aspectos psicodinámicos, históricos y subjetivos de la persona al momento de evaluar el cuadro clínico del consultante. De esta manera, lo “psico-” quedaría como un dominio subsidiario de lo “bio-”.

Algo similar podría considerarse en relación a las concepciones epigenéticas que postulan que los genes son determinantes del devenir biológico de las personas, intentado explicar la esfera biológica de la existencia desde su fundamento orgánico aunque dejando parte del entramado al interjuego con el entorno, que determina el proceso de activación de la expresión genética en cuestión [30]: *“La epigenética trata del conjunto de modificaciones químicas que ocurren en distintos momentos durante el desarrollo y que gobiernan la activación de genes concretos”* [31]. Una interpretación reduccionista de este enfoque consistiría en una concepción biologicista radical en la que se deje lado el otro polo de la ecología: el ambiente. Consecuentemente, el ambiente sería reducido a un

estímulo a ser decodificado genéticamente, desdibujando la importancia del ambiente que la misma epigenética busca rescatar. En relación a la clínica psicosomática, la epigenética centra su atención en la dinámica entre los factores genéticos en articulación con el ambiente, siendo este último un factor en donde la misma clínica psicosomática pone especial énfasis; en el caso de las series complementarias esto correspondería a los factores 2 y 3.

De acuerdo a los ejemplos comentados sobre cierta lectura reduccionista de la PNIE y la epigenética, creemos necesario un debate de los principios que rigen los diferentes enfoques, especialidades y subespecialidades vinculados a la clínica psicosomática, para lograr con este una adecuada articulación de cara al trabajo interdisciplinario. Nos interesa trazar un mapa que permita establecer ubicaciones y delimitaciones en el campo de la psicosomática: su procedencia teórica, su aplicación clínica, sus herramientas técnicas y los instrumentos de evaluación y diagnóstico que proponen, etc. Dichas apreciaciones contribuirían a evitar una “babel psicosomática” que lejos de aportar a la evolución y cohesión en el campo, conduzca a una parcelación y disociación en homología a los trastornos de los que se ocupa.

Conclusiones

El recorrido emprendido intenta sentar posición en relación a la clínica psicosomática y al mismo tiempo también pretende abrir el debate sobre diferentes cuestiones:

A. ¿Qué entendemos en la actualidad por clínica psicosomática? Dada la variedad de corrientes, teorías y disciplinas que se ocupan de la “psicosomática” resulta pertinente explicitar las bases epistemológicas y antropológicas que subyacen a cada posicionamiento. En este trabajo se ha sentado posición, resulta esperable para lograr un panorama más claro en nuestro campo que los diversos enfoques hagan lo propio para esclarecer líneas de conceptualización y trabajo.

B. ¿Qué peligros conlleva la falta de definición y/o aclaración de los propios marcos en lo relativo a lo epistémico, conceptual y teórico? El riesgo de no explicitar para sí mismo y para los demás la propia posición es el de caer en reduccionismos de manera inconsciente. Los reduccionismos que en otros tiempos se esgrimían de manera explícita, que parecían superados, hoy reaparecen solapados detrás diferentes máscaras, aunque predominan en un halo de evolución, superación y novedad que esconde nuevas formas de sostenimiento de un poder. La psicología experimental del siglo XIX, iniciada por Wundt en Alemania, cuestionada en el siglo XX por el surgimiento de los grandes sistemas psicológicos de ese siglo (como por ejemplo el psicoanálisis, la teoría de la Gestalt y el constructivismo), fue considerada elementalista (enfoque molecular), asociacionista y analítica. Las críticas realizadas hacia aquella psicología científica, permitieron recuperar la dimensión de lo

humano como algo más que la disección de partes que luego de ser estudiadas podrían volver a reunirse en un todo. Permitieron, además, volver a dotar de “alma” a la psicología como en los tiempos aristotélicos y redundaron en el enriquecimiento de la disciplina que, de modo arborescente, creció en distintas direcciones. Alertamos sobre el retorno a esa vieja concepción de la psicología, con nombres renovados pero igualmente elementalista, y reclamamos conocer los argumentos que justifican hoy la “superespecialización” de la clínica psicosomática amenazada de nuevas particiones que invisibilizan su unidad de sentido. Vale resaltar que el problema podría tener que ver tanto con ciertas propuestas descabelladas, como la posibilidad de que diferentes especialistas perviertan los enfoques haciendo una mala lectura o aplicación de estos.

C. ¿Qué rol juega la interdisciplina en este planteo? La interdisciplina se constituye en una manera necesaria de concebir el campo de la clínica psicosomática. Respondiendo en parte al punto anterior, la interdisciplina permite combatir los riesgos del reduccionismo desde la participación de diversos especialistas. Esto no garantiza que eventualmente haya profesionales que se puedan incurrir en reduccionismos; no obstante, la interdisciplina al menos disminuye las chances de que esto suceda ya que actor efectivamente puede realizar el aporte que considera más criterioso desde su perspectiva disciplinar. La interdisciplina implica la postulación de un marco preciso para trabajar en una especialización compleja en la que se encuentran implicados diferentes actores pero ordenados en un marco común compartido. Tanto la claridad del marco, como del rol que cada especialista ocupe resultan esenciales para llevar adelante una *buena praxis* profesional.

Referencias

- [1] Borelle, A. y Russo, S. (2017). *Clínica Psicosomática. Su especificidad en la clínica y el diagnóstico*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- [2] Ey, H.; Bernard, P. y Brisset, Ch. (1996 [1978]). *Tratado de Psiquiatría*. Octava edición, Sexta reimpresión. Barcelona, España: Masson.
- [3] Marty, P. y De M’Uzan, M. (1963). *Le penséé opératoire*. Revue Française de Psychoanalyse, Vol. 27, Número especial 1963, Pp. 345-356.
- [4] Marty, P. (2003 [1990]). *La psicosomática del adulto*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- [5] Freud, S. (2005a [1916-17]). *22ª conferencia. Algunas perspectivas sobre el desarrollo y la regresión. Etiología*. En *Obras Completas*, Tomo XVI. 2ª Edición, 10ª reimpresión. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.

- [6] Freud, S. (2005b [1916-17]). *23ª conferencia. Los caminos de la formación del síntoma*. En *Obras Completas*, Tomo XVI. 2ª Edición, 10ª reimpresión. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- [7] Laplanche, J. y Pontalis, J.-B. (2011 [1967]). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- [8] Freud, S. (1993 [1939]). *Moisés y la religión monoteísta*. En *Obras Completas*, Tomo XXIII. 2ª Edición, 3ª reimpresión. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- [9] Freud, S. (2007 [1915]). *Pulsiones y destinos de pulsión*. En *Obras Completas*, Tomo XIV. 2ª Edición, 12ª reimpresión. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- [10] Kagan, J. (2011). *El temperamento y su trama. Cómo los genes, la cultura, el tiempo y el azar inciden en nuestra personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Katz editores.
- [11] Manes, F. (2008). *Métodos de investigación en neurociencias cognitivas*. En: Labos, E.; Slachevsky, A.; Fuentes, P. y Manes, F. (2008). *Tratado de neuropsicología clínica. Bases conceptuales y técnicas de evaluación*. Pp. 45-68. Buenos Aires, Argentina: Akadia Editorial.
- [12] Eagleman, D. (2017). *El cerebro. Nuestra historia*. Barcelona, España: Anagrama.
- [13] Dehaene, S. (2015). *La conciencia en el cerebro. Descifrando el enigma de cómo el cerebro elabora nuestros pensamientos*. Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno editores.
- [14] Mayr, E. (2006). *Por qué es única la biología. Consideraciones sobre la autonomía de una disciplina científica*. Buenos Aires, Argentina: Katz Ediciones.
- [15] Bleichmar, S. (Comp.). (1994), *Temporalidad, determinismo, azar. Lo reversible y lo irreversible*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- [16] Brie, R. J. (1978). *La vida y la comprensión psicológica. Una revisión de categorías Diltheyanas*. *Psychologica, Revista Argentina de Psicología Realista*, N° 1, año 1, Vol. 1, pp. 13-52.
- [17] Dilthey, W. (1949 [1883]). *Introducción a las ciencias del espíritu. En la que se trata de fundamentar el estudio de la sociedad y de la historia*. En *Obras de Wilhem Dilthey 1*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- [18] Barreira, I. (2014). *Actualidad de Schopenhauer. De la cuádruple raíz del principio de razón suficiente*. *Horizontes filosóficos*, N° 4 (2014), pp. 125-139.
- [19] Ferrater Mora, J. (1998). *Diccionario de filosofía*. Barcelona, España: Ariel.
- [20] Quiles, I. (1980). *La persona humana. Fundamentos psicológicos y metafísicos. Aplicaciones sociales*. *Obras Completas*, Vol. 2. Buenos Aires, Argentina: Editorial Depalma.

- [21] Schopenhauer, A. (1998 [1847]). *De la cuádruple raíz del principio de razón suficiente*. Madrid, España: Editorial Gredos.
- [22] García, R. (2013). *Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. México D. F., México: Gedisa Editorial.
- [23] Rubio, J. M. (2017). *Lenguajes y discursos. Interdisciplina, transdisciplina. Universidad, Hospital, Institución Psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Letra viva.
- [24] Ader, R. (2007). *Psychoneuroimmunology*. Fourth Edition. New York, USA: Academic Press.
- [25] Dubourdieu, M. (2016). *Marco epistemológico PNIE*. En: Zabalo, D. (Coord.), (2016). *Asma. Enfoque integrativo PNIE. Mente-Cuerpo-Ambioma*. Pp. 23-26. Ushuaia, Argentina: Editorial Utopías.
- [26] Fors López, M.; Quesada Vilaseca, M. y Peña Amador, D. (1999). *La psiconeuroinmunología, una nueva ciencia en el tratamiento de enfermedades. Revisión bibliográfica*. Recuperado de la web el 03/09/2018: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03001999000100018
- [27] Marsiglia, G. (2009). *La psiconeuroinmunología: Nueva visión sobre la salud y la enfermedad*. Recuperado de la web el 03/09/2018: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622009000300002
- [28] Bellock, A.; Sandín, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- [29] Ulnik, J. (2002). *Psicosomática: definiciones, la formación del médico y el lugar del psicoanalista*. En *Monográfico de medicina psicosomática*. Vol. 8 Ed. Granada, España: Fundación Virgen de las Nieves.
- [30] Lipton, B. (2016). *La biología de las creencias. La liberación del poder de la conciencia, la materia y los milagros*. Buenos Aires, Argentina: Gaia Ediciones.
- [31] Watson, J. D. (2018). *ADN. El secreto de la vida*. Barcelona, España: Taurus.