

Revisión crítica del concepto “psicosomático” a la luz del dualismo mente-cuerpo

Mariantonia Lemos Hoyos,¹ Diego Alveiro Restrepo Ochoa y Camila Richard Londoño
Universidad CES – Medellín (Colombia)
Grupo de Investigación Psicología, Salud y Sociedad

Recibido: 14/12/07 Aceptado: 14/02/08

Resumen

El concepto “psicosomático” trae consigo una pesada carga semántica que tiene sus raíces en el dualismo filosófico, acentuado en la propuesta cartesiana, que ha permeado la racionalidad moderna y con ella la concepción de la enfermedad, tanto en el campo de la medicina como de la psicología. En esta revisión teórica se expone una breve discusión en torno al concepto “psicosomático”, esbozando las principales perspectivas en el abordaje de la relación mente-cuerpo. Se concluye como necesaria la revisión de las posiciones dualistas y la incorporación de una nueva mirada de las nociones de salud y enfermedad, a partir de la cual el concepto psicosomático se hace redundante.

Palabras clave: psicosomático, dualismo, enfermedad psicosomática.

Abstract

The concept “psychosomatic” brings with it a heavy semantic burden that has its roots in the philosophical dualism, accentuated in the Cartesian proposal, which has spread through modern rationality and with it the conception of the disease, in the medical field as well as in psychology. The following article provides a brief discussion of this concept, outlining the main perspectives in addressing the mind-body connection. In conclusion, it is necessary to review dualistic positions and the addition of a new view of notions about health and illness, from which psychosomatic concept becomes redundant.

¹ Dirección de correspondencia:
E-mail: mlemos@ces.edu.co

Key words: psychosomatic, dualism, psychosomatic disorder.

Resumo

O conceito “psicossomático” traz consigo uma pesada carga semântica que tem as suas raízes no dualismo filosófico, acentuada na proposta cartesiana, que se espalhou através da racionalidade moderna e com ela a concepção da doença, no campo médico, assim como em psicologia. O artigo a seguir apresenta uma breve discussão sobre este conceito, expondo as principais perspectivas para abordar a conexão mente-corpo. Em conclusão, é necessário rever posições e dualista da adição de uma nova perspectiva de noções sobre saúde e doença, a partir do qual o conceito psicossomático torna-se redundante

Palavras chave: psicossomáticos, dualismo, desordem psicossomática.

Introducción

Desde tiempos antiguos se ha observado la asociación entre el estado físico-psicológico del ser humano y la génesis y el mantenimiento de enfermedades, sobre todo las infecciosas, lo cual fue reconocido por la celebre frase de Hipócrates (400 a.C.) “mente sana, cuerpo sano”. Nuestros antepasados precientíficos consideraban la enfermedad tanto desde el punto de vista espiritual como físico y muchas culturas incluían los factores psicológicos y sociales en sus respectivas consideraciones acerca de la enfermedad.

Las palabras griegas *psyche* y *soma* significan, respectivamente, mente y cuerpo; de ellas deriva el término *psicosomático*, aplicado a la influencia de la mente sobre el cuerpo. La medicina psicossomática, siguiendo la definición de referencia (Stoudemire y McDaniel 2000), trata de la investigación científica de la relación entre los factores psicológicos y los fenómenos fisiológicos en general y de los mecanismos en la patogenia; pero, en un sentido más amplio, se refiere a una filosofía que hace hincapié en los aspectos psicosociales de las enfermedades.

En la actualidad el concepto psicossomático ha sido calificado como reduccionista por suponer la fragmentación entre la mente y el cuerpo. No obstante, otros términos como holístico, integrativo o psicosocial no han sido aprobados ampliamente en la tradición médica (Uribe, 2006). Sin embargo, se reconoce que los factores psicosociales influyen en el proceso de salud-enfermedad mediante interacciones físico-químicas cada vez más estudiadas.

El concepto de lo “psicosomático” a la luz del dualismo mente - cuerpo

La consideración en torno al concepto y a la comprensión de lo “psicosomático” nos remite a la contextualización histórico - filosófica en torno al problema de la relación entre mente y cuerpo.

El problema de las relaciones entre alma y cuerpo adquiere una particular relevancia en el pensamiento de Platón y Aristóteles, cuyos postulados serán retomados posteriormente en el contexto medieval por San Agustín y Santo Tomás, respectivamente. En la tradición platónica se afirma la separación de alma y cuerpo, como realidades de naturaleza distinta, una

imperfecta, material y mortal (el cuerpo) y otra perfecta, divina e inmortal (el alma); por el contrario, la teoría hilemórfica de la tradición aristotélica afirma que la naturaleza humana es el resultado de la unión substancial del alma y el cuerpo, por lo cual el hombre constituye una realidad psicosomática; sin embargo, será con Descartes (1596-1650) cuando se asienta el dualismo ontológico y epistemológico que sustentará –en una medida importante– el marco de racionalidad moderna (Novoa, 2002). Para Descartes, mente y cuerpo son dos sustancias distintas e independientes, cuya interacción se explica a través de su teoría de la glándula pineal (Descartes, 1973; Yandell, 1999).

Esta plataforma epistemológica ha conducido a la ciencia por el camino del reduccionismo fisicalista para explicar los fenómenos, con el propósito de mantener el estatuto científico, que erige como condición la definición de un objeto –entendido como aquello que ocupa espacio y tiempo y que es susceptible de medición–. En este contexto, la medicina y la propia psicología han sustentado su lógica de producción de conocimiento sobre la res extensa cartesiana, abandonando cualquier referencia a concepciones mentalistas, por carecer de las condiciones necesarias para ser consideradas como objetos legítimos de conocimiento científico.

Este marco de racionalidad dualista y mecanicista, definido por Mardones (2003) como tradición galileana, se caracteriza por un modelo de explicación causal, heredado de la física newtoniana, según el cual cada fenómeno se explica por una causa inmediata. Así las cosas, la enfermedad se explica por una relación causal determinada, que define de manera lineal la concatenación entre las causas y las consecuencias (leyes), quedando lo psicológico por fuera de

cualquier dominio explicativo.

Por otra parte, Baruch Spinoza (1632-1677) propone, en oposición a Descartes, una teoría del aspecto dual, según la cual la mente y el cuerpo son aspectos distintos de la misma sustancia (Carl, 2007; Spinoza, 1955), desde esta perspectiva, los fenómenos mentales sólo pueden determinar acontecimientos mentales y los acontecimientos físicos sólo pueden determinar otros acontecimientos físicos. Sin embargo, existe una coordinación entre mente y cuerpo dependiente de una esencia divina, con lo cual el problema del dualismo llega a otro punto muerto como el del dualismo cartesiano.

Otro intento de sortear el problema de la relación entre la mente y el cuerpo es el paralelismo psicofísico propuesto por Leibniz (1646-1716), según el cual los fenómenos mentales y los fenómenos físicos funcionan de manera independiente, pero paralela y, por lo tanto, no puede establecerse ningún tipo de relación causal entre mente y cuerpo (Leibniz, 1982). Ello conlleva a la idea de causalidad psíquica –regida por sus propios principios–, expuesta posteriormente por Wundt, según la cual existen conexiones causales que permiten la explicación de lo psicológico (Mischel, 1970). Esta idea permite la explicación de la vida psíquica –particularmente de la conciencia–, pero no logra dar cuenta de la relación existente entre los procesos psíquicos y los físicos: se pueden descifrar los fenómenos mentales y, también, los fenómenos físicos, pero no la relación existente entre ambos.

La medicina psicosomática y la somatización

La medicina psicosomática (concepto introducido en 1922 por Felix Deutsch), es la respuesta que la medicina ha dado al problema mente- cuerpo, aunque ésta sigue adherida a

las distintas concepciones filosóficas sobre dicho problema. Sin embargo, el concepto mismo de lo “psicosomático” trae consigo importantes implicaciones epistemológicas.

La primera de ellas es la inclusión de los aspectos somáticos y psicológicos del proceso de enfermar, pero en ausencia de una clara definición de los modos de interacción entre ambas dimensiones, que no derive -en definitiva, en un reduccionismo (materialista, idealista, espiritualista, etc). Esto es importante porque no por el hecho de fusionar dos o más conceptos se logran nuevos modos de comprensión necesarios para entender, en este caso, las relaciones recursivas que se hacen presentes entre los procesos mentales y los procesos físicos en el transcurso de la enfermedad. La segunda implicación posible es la pérdida de las distinciones necesarias entre lo físico y lo psicológico, en aras de un holismo que da lugar a la emergencia de una metacategoría (lo psicosomático), sin lograr antes la demarcación de las puntuaciones requeridas para cada una de ellas (unidad sin diversidad).

La medicina psicosomática cobra gran importancia en casos que han sido un gran dolor de cabeza para el modelo biomédico, como aquellos en los cuales la manifestación de la enfermedad es desproporcionada frente a la patología orgánica subyacente (Ballester, 1990, citado por Ballester, 1998). Desde un modelo tradicional, las personas serían catalogadas como sujetos sanos – preocupados, debido a que no existe una relación proporcional entre lo somático y lo orgánico. Esta situación podría pasarse por alto sino se tuvieran datos que mostraran que más del 50% de las visitas que se hacen en la asistencia primaria consisten en quejas sin base orgánica, que llevan además a tratamientos insatisfactorios, así como personas con desórdenes psiquiátricos

que terminan consultando por síntomas físicos, convirtiendo las consultas médicas en espacios donde se ponen demandas emocionales, de las que en ocasiones se desconoce su intervención (Lerner, 2006; Rubin y Wessely, 2001).

Los síntomas psicosomáticos son comunes en la población general. Estos síntomas están asociados con elevada utilización de atención sanitaria, licencias por enfermedad y deterioro de las funciones. Igualmente, llevan a que los médicos reporten bajos niveles de satisfacción profesional cuando se enfrentan a pacientes con síntomas de somatización (Samelius, Wijma, Wingren y Wijma, 2007) o a que los pacientes reporten sentirse “poco escuchados” dentro de la consulta (McGowan, Luker, Creed y Chew-Graham, 2007).

La somatización es uno de los tópicos que evidencian profundamente la inadecuación de una visión dualista mente-cuerpo, ya que el mismo dualismo implica que una enfermedad debe ser o del campo somático o del campo mental (Rubin y Wessely, 2001), lo cual conduce al dilema en los profesionales de la salud de darles a los pacientes un diagnóstico médico que lleve a la perpetuación de los síntomas por ignorar los aspectos psicológicos que mantienen el trastorno, o darles un diagnóstico psiquiátrico, que en muchos grupos sociales es aún visto como un insulto, porque parece que acarrearía la creencia de que sus síntomas físicos realmente no son válidos, sino que están siendo creados por su mente (Rubin y Wessely, 2001).

Un caso particular de lo anterior puede evidenciarse con el tema del asma, donde ciertas personas tienen la creencia que dicha patología “está en la mente”, negando la existencia de factores orgánicos involucrados; por lo tanto, los pacientes asmáticos serían responsables del desarrollo

y evolución de sus síntomas (Paley, 2000). Decir que una enfermedad está en “la mente” implica, para la sociedad, que la persona debe ser capaz de controlarla en su totalidad, llevándolo a ser responsable de su origen, mantenimiento y cura (Paley, 2000) o simplemente que esta enfermedad “no es real” y que no hay que prestarle atención a este fenómeno (Ader, 2000).

Otro caso a analizar serían los llamados “desórdenes conversivos”, los cuales hacen referencia a un desequilibrio corporal en los que las explicaciones médicas no tienen lugar y donde se presume una causa psicológica. Históricamente estos desórdenes han mantenido la división mente-cuerpo, esencialmente ignorando que la mente no es concebible sin un cuerpo y evidenciando cómo las primeras formulaciones psicológicas estaban lejos del avance actual de la neurobiología (Kozłowska, 2005).

Estos asuntos llevan a comprender que no existe una correspondencia uno a uno entre el estado objetivo de salud (definido como ausencia de patología orgánica) y la percepción que el individuo tiene de su salud o enfermedad (Ballester, 1998), comprendiendo que existe una relación bilateral entre lo somático y lo psíquico, que lleva a que los individuos presenten conductas de salud o de enfermedad, no dada sólo desde lo biológico o lo psíquico del ser humano, sino desde la interacción de ambas (Roehr, 2007).

Adicionalmente, se ha visto cómo los trastornos mentales tienen elevada prevalencia entre los pacientes con enfermedades médicas (Lowe, Grafe, Kroenke, *et al.*, 2003), tal es el caso de enfermedades como la diabetes, donde se conoce que estas personas son dos veces más propensas a sufrir depresión (Anderson, Freedland, Clouse y Lustman, 2001; Gavard, Lutsman y Clouse, 1993; Ilczyszyn y Gurí,

2001; Pineda, *et al.*, 2004; Talbot y Nouwen, 2000). El panorama se agrava cuando se observa que esta relación es bidireccional, esto quiere decir que la presencia de trastornos mentales aumenta el riesgo de complicaciones de la enfermedad de base; tal es el caso de la depresión en el paciente médicamente enfermo (Roca y Arroyo, 1996), donde se encuentra que su presencia se asocia con elevada morbimortalidad, de tal forma que el riesgo de muerte intrahospitalaria en este paciente puede ser entre 5 y 15 veces más que el paciente sin depresión (Von Ammon Cavanagh, Furlanetto, Creech y Powell, 2001); así como en el VIH (O’Cleirigh, Ironson y Smits, 2007), el cáncer (Mystakidou, Tsilika, Parpa, Galanos y Vlahos, 2007), la enfermedad cardíaca (Krantz y McCeney, 2002; Kubsanzky, Davidson y Rozanski, 2005; Strike y Steptoe, 2005; Freasure-Smith *et al.*, 2000; Soufer, Arrighi y Burg, 2002; Prakash, 2003), la diabetes (De Groot, Anderson, Freedland, Clouse y Lustran, 2000), el asma (Amigo, Fernández y Pérez, 2003), entre otras.

Esta situación ha llevado a que autores como McWhinney y otros (citado por Rubin y Wessely, 2001) sugieran que la mejor manera de abordar estos cuadros sea el abandono del dualismo y la aceptación de la premisa de que es normal que las emociones se expresen mediante el cuerpo, tanto de manera consciente como de forma inconsciente, y cómo esta expresión puede estudiarse científicamente por disciplinas como la psiconeuroinmunología (Heinrichs y Gaab, 2007). Los procesos fisiológicos de salud-enfermedad siempre tienen componentes psicosociales (Picardi, *et al.*, 2007); por lo tanto, todo estado psicológico alterado incluye un estado corporal alterado y todo estado inmunológico alterado incluye un estado psicológico alterado.

Este hecho llevaría implícito, entonces, un abordaje del proceso salud-enfermedad desde el modelo biopsicosocial, logrando que las explicaciones que se dan frente a una enfermedad, en términos de los posibles mecanismos que la originaron, puedan incluir factores psicológicos y sociales como parte del problema, sin negar la veracidad o la validez de la patología (Rubin y Wessely, 2001).

El modelo biopsicosocial como referente

En 1977, el modelo biopsicosocial afirmó que la salud y la enfermedad eran el resultado de la interacción al mismo nivel de factores biológicos, psicológicos y sociales, por lo que era necesario tenerlos en cuenta a la hora de considerar los determinantes de una enfermedad y su tratamiento. Desde este modelo, también se definió a la persona como un ente global que enferma y sana en su conjunto y que no puede ser entendida al dividirla en órganos y sistemas fisiológicos, deduciendo que estudiar el funcionamiento psicológico y social de la persona es tan importante como el análisis celular en los procesos de enfermedad (Ballester, 1998).

Este modelo enfatizó entonces en algo que estaba latente desde el mismo origen de las palabras; el término individuo deriva de raíces latinas que señalan la imposibilidad de dividirlo en pequeñas partes, de tal forma que cada persona debe ser diagnosticada y tratada como un ente global, donde todas las piezas de su experiencia como organismo humano tienen el mismo valor y deben ser tomadas en consideración.

Cabe decir, además, que la biología, ciencia que en el presente siglo aparece como de mayor impacto, llevando a una revolución en el campo científico, y que en ningún momento desconoce la relación entre lo somático y lo mental, es en gran parte desconocida entre diferentes

círculos científicos, especialmente entre los profesionales del campo de las ciencias sociales, aún ocupados en dilucidar las consecuencias del dualismo cartesiano (Sánchez, 2001). Este desconocimiento ha llevado a ignorar, de forma considerable, los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad, así como a presentar dificultades para delimitar los conceptos de salud y enfermedad, vista desde una perspectiva evolucionista.

Por ejemplo, el término salud proviene del latín *salus*, el cual hace referencia al normal funcionamiento psicobiológico de la persona (Ballester, 1998); partiendo entonces de esta definición de salud, entenderemos que no podemos hablar de una diferenciación entre salud física y salud mental, ya que el término en sí cobija ambas realidades. De la misma manera, y entendiendo la enfermedad dentro del continuo de salud, tendríamos que conceptualizarla no sólo como una dificultad en el campo somático del ser humano, sino como algo que involucra ambas dimensiones (lo somático y lo psíquico), por lo cual el término de enfermedad psicosomática sería entonces redundante.

La enfermedad psicosomática y la relación mente - cuerpo

El ser consciente de las interacciones entre la mente y el cuerpo nos lleva a comprender que tiene poco o ningún sentido tratar de identificar alguna enfermedad como una entidad únicamente del campo somático o mental (Rubin y Wessely, 2001); igualmente, cómo el concepto de enfermedad psicosomática es tan redundante como limitado, sería hablar exclusivamente de “enfermedad orgánica” o “enfermedad mental”.

Esto, además, fundamentado en el hecho que la visión del hombre, como individuo, señala cómo todas nuestras

experiencias ocurren de forma simultánea en todo nuestro organismo; por consiguiente, constantemente estamos somatizando, ya que la compleja interacción entre el cuerpo y la mente es permanente e indisoluble (Sivik y Schoenfeld, 2001). Esto ya ha sido señalado por autores como Sivik (1998; citado por Sivik y Schoenfeld, 2001), quien afirma que todos somos “somatizadores”, ya que si entendemos que todos tenemos mente y cuerpo, todo en nosotros es psicosomático.

De esta forma, al hablar de una enfermedad psicosomática, buscando ser integracionistas, quizás estemos ayudando a mantener una profunda influencia del pensamiento dualista, ya que evidenciamos nuestra creencia en la existencia de lo biológico y lo psíquico y lo social como entidades separadas que pueden interactuar en algún momento, y no como una misma realidad que implica la relación, no tan lineal y poco compleja como antes se creía, entre ambas dimensiones (Sivik y Schoenfeld, 2001).

Esta preocupación por la relación mente-cuerpo no sólo parece ser de interés para la psicología, sino que desde la psiquiatría se ha planteado la necesidad de un cambio en el paradigma clásico de la mente a partir de los estudios en robótica y el desarrollo infantil. Así se pasa de una mente concebida como incorpórea, intemporal e intelectualista, al de una “...encaminada hacia la actividad corpórea, que toma en serio el tiempo real para la acción y que sólo lo logra cuando se cuenta con los recursos que el cuerpo y el mundo le proporcionan” (Arteaga, 2004; p. 55).

Arteaga (2004) afirma también que abordar la mente sin entenderla como un ente distinto del cuerpo permite comprender la visión monista que se oculta tras ella, pero que no equivale a pensar en la mente como un sinónimo del cerebro, sino que debemos

trascender a analizar la estrecha relación que existe entre cerebro, cuerpo y mundo, lo cual lleva a inferir que nuestra mente va más allá aún de lo meramente cerebral y se puede comprender como lo equivalente de lo humano, que es absolutamente impensable por fuera de una cultura.

Propuestas de trabajo contemporáneas

En respuesta a las limitaciones de los anteriores modelos, los paradigmas emergentes (paradigma de la complejidad y las teorías del caos y de fractales) han permitido una transformación epistémica en los modos de comprensión de la enfermedad, mediante la superación de las posiciones disyuntoras y simplificadoras propias del paradigma heredado, en aras de una comprensión global, contextual, multidimensional y compleja de la realidad (Morín, 2001).

Desde este enfoque, la enfermedad se concibe como un fenómeno no lineal, complejo y multicausal, resultante de procesos de auto-eco-organización emergente de la interrelación entre sistemas (biológicos, psicológicos, sociales, culturales, etc.) (Fritz, 2000). Lo anterior implica un proyecto transdisciplinar que sustente la inseparabilidad de los aspectos físicos, biológicos y sociales de la enfermedad (Chávez y Chávez, 2006).

El pensamiento complejo rompe con las relaciones lineales entre lo psíquico y lo somático, pues permite comprender que los procesos aparecen como productores de eso mismo que los produce (principio de recursividad organizacional) (Núñez, Tobón, Arias, Vinaccia y Fernández, 2007). Lo somático y lo psíquico constituyen nodos, a partir de los cuales podemos comprender patrones de organización, marcado por regularidades e irregularidades, cuyas ecuaciones incluyen la inestabilidad, el

desorden y el caos. Este carácter no lineal da lugar al surgimiento de cualidades emergentes que no se explican tomando en cuenta las propiedades de cada una de las partes, sino a partir del sistema como un todo (patrón de organización), por lo cual la estrategia analítica cartesiana resulta obsoleta (Pichin, Fariñas y Miyares, 2004).

Desde la perspectiva del pensamiento complejo, lo “psicosomático” no puede afirmar la existencia de una enfermedad física o de una enfermedad psíquica, sino que toda enfermedad sería, finalmente, psicossomática; sin embargo, este concepto no alcanza a abarcar la complejidad subyacente del fenómeno de la enfermedad, por lo cual se hace necesario avanzar en la construcción de modelos cada vez más integradores y abarcativos, que favorezcan la investigación de las interrelaciones entre las distintas dimensiones (biológica, psicológica y social) y lo más importante, promuevan la atención integral al paciente, logrando no solo la prevención de la enfermedad, sino, más aún, la promoción de la salud.

Conclusiones

La elevada presencia de síntomas psicossomáticos en la población ha llevado a la necesidad de replantear las posiciones monistas y dualistas frente a la relación mente-cuerpo y a la incorporación de un modelo de abordaje biopsicosocial que lleve a una conceptualización más amplia y compleja del individuo y su trastorno. Sin embargo, se debe ser consciente que el modelo biopsicosocial es quizás el más predicado pero menos llevado a la práctica en la vida cotidiana de los profesionales de la salud (Fritz, 2000), por lo cual, se hace imperativo el formar a los profesionales de la salud, no sólo para la cura de las enfermedades, sino para tratar a los pacientes como sujetos con demandas psicológicas

y somáticas que deben tratarse con igual prontitud e importancia (Davies, 2007).

El concepto de lo psicossomático se hace redundante cuando se revisan los conceptos de salud y enfermedad, retomados por el modelo biopsicosocial, en los cuales es claro que existen distinciones, mas no disyunciones entre lo orgánico y lo mental. Por esto, los llamados profesionales de la salud mental deben ser conscientes de que su responsabilidad actual va más allá del tratamiento de los trastornos mentales como categorías independiente y expandir sus intenciones explicativas y de intervención a aquellos fenómenos que implican la compleja relación entre lo psicológico y lo somático y los trastornos relacionados con dicha interacción (Borgeois, 2006; Chandrashekar y Math, 2006).

Lo anterior plantea un reto para las ciencias de la salud, tanto en la práctica como en la investigación. Se precisa una reforma del pensamiento (Morín, 1999) que haga posible la reconstrucción de la trama de la vida (Capra, 2006), no sólo a nivel discursivo, sino en el abordaje e intervención de los procesos de salud enfermedad, mediante el permanente diálogo transdisciplinario. No es posible abordar fenómenos complejos a partir de los principios de un paradigma simplificador que siga viendo las partes o el todo, pero que no pueda dar cuenta de la relación dialéctica que se teje entre las distintas dimensiones constitutivas de lo humano (biológicas, psicológicas, sociales, culturales, etc.). Es el momento de borrar las fronteras (no los bordes) que nos han encerrado en los compartimentos estancados de las diversas disciplinas y especialidades, para encontrar nuevos escenarios epistémicos que permitan pensar lo psicossomático, superando las reducciones y disyunciones propias del pensamiento moderno.

Referencias

- Ader, R. (2000). The placebo effect: If it's all in your head, does that mean you only think you feel better? *Advances in Mind-Body Medicine*, 16, 1-7.
- Amigo, I., Fernandez, C. y Pérez, M. (2003). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Anderson, R., Freedland, K., Clouse, R. y Lustman, P. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 24, 1069-1078.
- Arteaga, C. (2004). En pos de la "mente". *Avances en Psiquiatría Biológica*, 5, 52-64.
- Ballester, R. (1998). Salud y Psicología de la Salud. En F. Palmero y E.G. Fernández Abascal (Eds.), *Emociones y Adaptación* (pp. 41-65). Barcelona: Ariel.
- Bourgeois, J.A. (2006). Psychosomatic Medicine in the Clinic and the Lab. *Psychiatric Times*, 23, 5-5.
- Capra, F. (2006). La trama de la vida: una nueva perspectiva de los sistemas vivos. Barcelona: Anagrama.
- Carl, W. (2007). Brains, bodies, beliefs, and behavior. *Cross Currents*, 56, (1), 51-68.
- Chandrashekar, Ch.R. y Math, S.B. (2006). Psychosomatic disorders in developing countries: current issues and future challenges. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 2, 201-206.
- Chávez, O. y Chávez, R. (2006). La enfermedad: "Una visión desde la teoría del caos y de los fractales". *Medicrit*, 3, (3), 78-84.
- Davies, P.G. (2007). Between Health and Illness. *Perspectives in Biology and Medicine*, 50, (3), 444-452.
- Descartes, R. (1973). *Meditaciones metafísicas*. Argentina: Aguilar.
- De Groot, M., Anderson, R., Freedland, K., Clouse, R. y Lustman P. (2000). Association of diabetes complications and depression in type 1 and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes*, 49, A63.
- Freasure-Smith, N., Lesperance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M. y Bourassa, M.G. (2000). Social support, depression and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, 101, 1919-1924.
- Fritz, G. (2000). The evolution of psychosomatic medicine. *Brown University Child y Adolescent Behavior Letter*, 16, 4-8.
- Gavard, J., Lutsman, P. y Clouse, R. (1993). Prevalence of depression in adults with diabetes: an epidemiologic evaluation. *Diabetes Care*, 16, 1167-1178.
- Heinrichs, M. y Gaab, J. (2007). Neuroendocrine mechanisms of stress and social interaction: implications for mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 2-158.
- Ilczyszyn, G. y Gurí, J. (2001). Los diabéticos son dos veces más propensos a padecer de depresión. *Diabetes*, 53, 101-103.
- Kozłowska, K. (2005). Healing the disembodied mind: contemporary models of conversion disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 13, 1-13.
- Krantz, D.S. y McCeney, M.K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: A critical assessment of research on coronary heart disease. *Annual review of psychology*, 53, 341-369.
- Kubzansky, L.D., Davidson, K.W. y Rozanski, A. (2005). The clinical impact of negative psychological states: Expanding the spectrum of risk for coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 67, S10-S14.
- Leibniz, G. W. (1982). *Escritos filosóficos*. Buenos Aires: Charcas.
- Lerner, B.H. (2006, May 2). An Old Idea: What Ails the Body Is Rooted in the Mind. *New York Times*: Late Edition (east Coast).
- Lowe, B., Grafe, K., Kroenke, K., Zipfel, S., Quenter, A., Wild, B., Fiehn, C. y Herzog, W. (2003). Predictors of Psychiatric Comorbidity in Medical Outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65, 764-770.
- Mardones, J.M. (2003). *Filosofía de las ciencias humanas y sociales: materiales para una fundamentación científica*. Barcelona: Anthropos.

- McGowan, L., Luker, K., Creed, F. y Chew-Graham, C.A. (2007). 'How do you explain a pain that can't be seen?' The narratives of women with chronic pelvic pain and their disengagement with the diagnostic cycle. *British Journal of Health Psychology*, 12, 261-274.
- Mischel, T. (1970). Wundt and the conceptual foundations of psychology. *Philosophy and Phenomenological Research*, 31, 1-26.
- Morín, E. (1999). *La cabeza bien puesta: repensar la reforma, reformar el pensamiento*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Morín, E. (2001). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A. y Vlahos, L. (2007). Caregivers of Advanced Cancer Patients: Feelings of Hopelessness and Depression. *Cancer Nursing*, 30, (5), 412-418.
- Novoa, M. M. (2002). Algunas consideraciones sobre el dualismo en Psicología. *Univérsitas Psicológica*, 1, (2), 71-80.
- Núñez, A. C., Tobon, S., Arias, D., Vinaccia, S. y Fernández, J. L. (2007). Psicopatología y complejidad: de la linealidad a la autoorganización. *Psicología desde el Caribe*, 19, 22-48.
- O'Cleirigh, C., Ironson, G. y Smits, J.A.J. (2007). Does Distress Tolerance Moderate the Impact of Major Life Events on Psychosocial Variables and Behaviors Important in the Management of HIV? *Behavior Therapy*, 38, (3), 314- 323.
- Paley, J. (2000). Asthma and dualism. *Journal of Advanced Nursing*, 31, (6), 1293-1299.
- Picardi, A., Battisti, F., Tarsitani, L., Baldassari, M., Copertaro, A., Mocchegiani, E., y Biondi, M. (2007). Attachment Security and Immunity in Healthy Women. *Psychosomatic Medicine*, 69, 1-40.
- Pichin, M., Fariñas, A. y Miyares, S. (2004). Los sistemas vivos y las ciencias de las complejidades. Relación entre soma y red biológica. *Medisan*, 8, (3), 39 – 45.
- Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Mengual, E., Romero, J., Medina, M., Leal, E., Rojas, J. y Toledo, A. (2004). Niveles de depresión y sintomatología característica en pacientes adultos con diabetes Mellitus tipo 2. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*, 23, (1), 74-78.
- Prakash, S.M. (2003). Depression and Anxiety in Medical Illness: The Brain-Body Interface. En: Cuerpo Editorial de producciones científicas Ltda. (Ed), *156 Congreso Internacional de la American Psychiatric Association. Retos del Mundo Real en Depresión y Ansiedad* (pp. 3-8). Bogotá: Producciones Científicas
- Roca, M. y Arroyo, M. (1996). *Trastornos depresivos en patologías médicas*. Barcelona: Editorial Masson.
- Roehr, B. (2007). Scratching the surface of skin's mind-body connection. *Dermatology Times*, 28, 3-58.
- Rubin, G. y Wessely, S. (2001). Dealing with dualism. *Advances in Mind-Body Medicine*, 17, (4), 256-259.
- Samelius, L., Wijma, B., Wingren, G., y Wijma, K. (2007). Somatization in Abused Women. *Journal of Women's Health*, 16, (6), 909-918.
- Sanchez, J.A. (2001). De Darwin a la Psicología y la Psiquiatría Evolucionistas. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 1, (1), 103-126.
- Sivik, T. y Schoenfeld, R. (2001). Somatization and the paradigm of psychosomatology. *Advances in Mind-Body Medicine*, 17, (4), 263-266.
- Soufer, R., Arrighi, J.A. y Burg, M.M. (2002). Brain, behavior, mental stress and neurocardiac interaction. *Journal of Nuclear Cardiology*, 9, 650-662.
- Spinoza, B. (1955). *The chief works of Benedict de Spinoza*. Nueva York: Dover.
- Strike, P.C. y Steptoe, (2005). A behavioral and emotional triggers of acute coronary syndromes: A systematic review a critique. *Psychosomatic Medicine*, 67,179-186.
- Stoudemire, A. y McDaniel, J. (2000). Psychological factors affecting medical conditions. En B. Sadock y V. Sadock (Eds), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook*

- of psychiatry* (pp. 1765-1774). Philadelphia: Lippincott Williams y Wilkins.
- Talbot, A. y Nouwen, A. (2000). A review of the relationship between depression and diabetes in Adults. *Diabetes Care*, 23, 1556-1562.
- Uribe, M. (2006). Modelos conceptuales en Medicina Psicosomática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, (1), 7-20.
- Von Ammon Cavanaugh, S., Furlanetto, L.M., Creech, S.D. y Powell, L.H. (2001). Medical illness, past depression, and present depression: a predictive triad for in-hospital mortality. *American Journal of Psychiatry*, 158, (1), 43-48.
- Yandell, D. (1999). Did Descartes abandon dualism? The nature of the union of mind and body. *British Journal of the History of Philosophy*, 7, (2), 199-217.