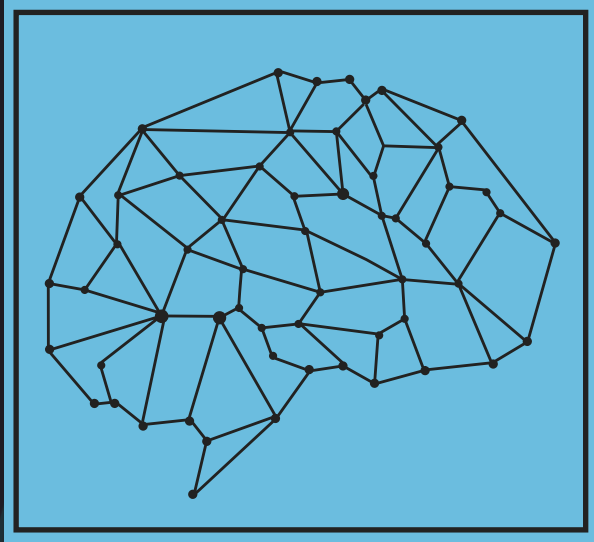


OPEN ACCESS

NEWSLETTER

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA

SEMP
Sociedad Española de
Medicina Psicosomática

AÑO 2020

ENERO • FEBRERO • MARZO

CONSEJO EDITORIAL

BOARDS OF EDITORS

DIRECCIÓN

Ricardo Campos Ródenas

EDITORES

Josep Maria Farré Martí

Jose Antonio Monreal

CONSEJO EDITORIAL

Manuel Álvarez Romero

Fernando Martínez Pintor

Gemma Parramón Puig

CONSEJO DE REDACCIÓN

Miquel Agulló

Eugenia Amarfil

Iris Tolosa

Vega Gonzalez

SECRETARÍA CIENTÍFICA Y PRODUCCIÓN

Alba Palazón Llecha

SUMARIO

LOS MALESTARES PSÍQUICOS EN EL SIGLO XXI: OPORTUNIDADES PARA LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y LA PSIQUIATRÍA DE ENLACE 4
Ricardo Campos Ródenas

DSM-5 Y CIE-11: LA DECONSTRUCCIÓN DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS. . . . 6
Por Dr. Enrique Aubá

LO ESTIMULANTE QUE RESULTA EL INGENIO DE LOS MAESTROS 9
Por Dr. José Manuel González Infante

AUTOGENICS 3.0. LA NUEVA VÍA AL MINDFULNESS Y MEDITACIÓN 11
Dr. Fernando Martínez Pintor

NOTICIAS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL 12

AGENDA 14
Por Alba Palazón Llecha

LOS MALESTARES PSÍQUICOS EN EL SIGLO XXI: OPORTUNIDADES PARA LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y LA PSIQUIATRÍA DE ENLACE

La publicación del manual diagnóstico DSM V en 2013 ha ocasionado múltiples debates en cuanto a lo que supone una hiperinflación diagnóstica convirtiendo los problemas cotidianos en trastornos mentales con el peligro de consiguiente medicalización y abuso de psicofármacos. El Profesor Allen Frances, catedrático de la Universidad de Duke, nos advirtió de los riesgos de convertir los síntomas, que cada ser humano tiene, en burbujas de las falsas epidemias señalando a que se ha patologizado las reacciones de duelo, la hiperactividad y déficit de atención, los cambios emocionales caracteriales etiquetados de un laxo tr. bipolar, la introversión como tr. del espectro autista (tr. de Asperger) o los olvidos benignos como predemencias. Esto es especialmente relevante, cuando para la valoración clínica se prescinde del rigor del análisis fenomenológico y psicopatológico. De su alegato acerca de una patología mental en todos nosotros en interrogante, pasamos a otro con una afirmación sin ambajes: "Estamos todos locos", como la que realiza el psicoanalista Éric Laurent acerca de la necesidad de salud mental y precariedad de la misma.

La mente forma parte de un contexto humano y social. Las manifestaciones de malestar en las personas del siglo 21 están en relación con las características de la cultura posmoderna en donde el principio de realidad se sustituye sistemáticamente por el principio del placer. El sujeto liquido de la posmodernidad (Zygmund Bauman 2004) es un ser marcadamente narcisista, infantil ("adultescente"), continuamente angustiado, con frecuencia agresivo, temeroso de ataduras, a quién solo la velocidad y número de contactos pueden ofrecer cierta seguridad o al que la ingesta de sustancias o el consumo voraz de bienes le anestesien temporalmente. La forma de relación del sujeto es con objetos ready made (gadgets) en detrimento del lazo entre otros seres humanos. Todo ello se produce en un medio en donde "nunca es suficiente" y se empuja hacia conseguir "siempre un poco más". Es la época de saturación inmediata del deseo que intenta evitar a toda costa el tener que enfrentarnos a las pérdidas. Nadie quiere esperar, ni enfermar, ni envejecer e incluso ni morir. La exuberancia tecnológica ha contribuido a la tiranía de la satisfacción inmediata y completa, todo lo deseable se convierte en instantáneamente necesario.

Aparecen nuevos malestares que se presentan como ajenos al propio sujeto, como fuerzas que les empujan a llenar el vacío (cansancio, autoexplotación como diría el filósofo Byung-Chul Han) de forma compulsiva y en soledad (a pesar de estar virtualmente conectados). Se habla del predominio de la clínica del vacío y del complejo de Telémaco (a través de él el psicoanalista Massimo Recalcati describe el declive de la autoridad) y también de los malestares propios del rechazo del vínculo. Las toxicomanías, las adicciones comportamentales (compras, "cultura digital", habitaciones tecnificadas..), la ludopatía, el comer demasiado o demasiado poco, la vigorexia, la ortorexia, las autolesiones, la violencia y el maltrato (de pareja, familiar..), la sexualidad como bien de consumo, los acosos (laborales, escolares, sexuales..), el desgaste profesional, las crisis emocionales, las nuevas soledades, entre otras muchas, son nuevas formas de presentación de síntomas (síntomas autistas ya que a los sujetos les cuesta subjetivar y conectarlos con su historia personal) o "enfermedades de moda".

Las nuevas dificultades y malestares de los sujetos del siglo 21 les sitúa en una continua paradoja entre el exceso y la carencia. A pesar de todos los avances el ser humano sigue siendo un ser de deseos y de faltas. En los comienzos del siglo 21 estamos asistiendo a eventos traumáticos (violencia terrorista o de catástrofes naturales) que afectan a masas de grandes ciudades o de todo el planeta como puede ser la actual pandemia del COVID 19 y que evoca situaciones propias de la edad media o de conflictos mundiales del siglo pasado. En la exposición a eventos que resaltan nuestra vulnerabilidad colectiva (generan un agujero en la colectividad) nos encontramos con las expresiones propias de la clínica del trauma que no son otras que las de horror, escándalo e impotencia.

En todas ellas surgen retos como son el impacto de la cuarentena en pacientes, en familias, en profesionales de

riesgo y en residencias y hospitales. Va a dependen de la duración del confinamiento, los miedos de contagio, la tolerancia a la frustración y aburrimiento, los suministros (básicos y los de protección, incluido camas de UCI), la información inadecuada (las propias de noticias falsas) y la persistencia de valores éticos. Hay reacciones de estrés agudo y otras que persistirán en el tiempo (postraumáticas y con especial atención al aumento de la ansiedad por la enfermedad, nuevo nombre DSM al viejo constructo de hipocondriasis). Hay estresores con impacto posterior como son las pérdidas económicas, los cambios en las actividades de ocio y en las relaciones sociales (estigmatización de personas según su contagio, su procedencia o desconfianza hacia las autoridades que pueden llevar consigo procesos de denuncias colectivas).

En las respuestas psicológicas ante semejantes retos también nos encontramos con nuevas oportunidades para reflexión, crecimiento y elaboraciones individuales y colectivas. A través de ellas pueden surgir elementos de solidaridad y altruismo que conlleven una mayor solidez en nuestra sociedad postmoderna. En el plano de asistencia sanitaria se pone de manifiesto la necesidad y beneficio de estrategias de colaboración conjunta entre profesionales, con un especial valor a las intervenciones de profesionales de salud mental con interés y experiencia en acompañar a otros profesionales (UCIS, Urgencias, Medicina Interna..) y a personas con problemas graves de salud física. En este siglo las experiencias traumáticas pondrán a prueba el compromiso social global de no abandonar a los ciudadanos y de mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios. En el plano individual el trauma y las experiencias de pérdida nos despiertan de la fantasía de considerar a la vida como un plácido sueño y nos dan la oportunidad para inscribir el trauma en la particularidad de cada sujeto y de su dinámica psíquica. En términos más coloquiales se podría hablar de una cura de humildad, quizás sea mejor apelar a una llamada para frenar la deshumanización y anomia de esta sociedad en general, y de la asistencia social y sanitaria en particular. En esta demanda puede haber respuestas desde los profesionales con experiencia en la Medicina Psicosomática, humanismo médico y en el enlace con otros equipos sanitarios. En la SEMP aceptamos este reto con prudencia, esperanza y dedicación.

Ricardo Campos Ródenas

Presidente de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática.

DSM-5 Y CIE-11: LA DECONSTRUCCIÓN DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Por Dr. Enrique Aubá

Hemos cerrado una década con especial interés en lo que se refiere a la nosología de los trastornos somatomorfos. Podemos afirmar, sin miedo a equivocarnos, que esta categoría es la que presenta los cambios más radicales en las nuevas versiones de los sistemas de clasificación. Algunos estarán satisfechos; otros, frustrados; muchos, un poco confusos. En cualquier caso, es necesaria una lectura atenta a los cambios para interpretarlos correctamente, ya que es lenguaje común para los que nos dedicamos a la patología psicosomática.

Repasemos detalladamente los cambios en DSM y en CIE, y hagamos una lectura crítica. Considero que lo que está teniendo lugar puede llamarse con propiedad una deconstrucción de los trastornos somatomorfos, que era necesaria, a la vez que debe considerarse una transición para poder seguir avanzando.

DSM-IV y CIE-10 tenían muchas similitudes y algunas diferencias en lo que respecta a los trastornos somatomorfos. Para entender bien los cambios, debemos fijarnos al menos en tres aspectos: la nomenclatura de los trastornos, los criterios diagnósticos y el lugar que ocupan en la clasificación. Son tres los ejes que estructuraban los trastornos somatomorfos: síntomas físicos sin alteraciones que los justifiquen, relación con factores estresantes o conflictos psicológicos, y preocupación ansiosa y obsesiva sobre los síntomas. Las dos clasificaciones tenían un trastorno central, el Trastorno de somatización, con una variante rebajada en la exigencia de criterios, el Trastorno somatomorfo indiferenciado. En ellos debemos poner el foco. En cuanto al resto de trastornos del capítulo, aunque había diferencias de estructura entre ambas clasificaciones, se trataba de unas diferencias que no afectaban a la esencia. Las definiciones y criterios de los trastornos eran casi superponibles, y se entiende que puedan estar en un lugar u otro en función de qué eje se priorice para ordenar la clasificación. En CIE-10, los trastornos somatomorfos estaban inmediatamente a continuación de las Reacciones a estrés grave/trastornos de adaptación y de los Trastornos disociativos, subrayando su relación con el estrés. En DSM-IV, los trastornos conversivos estaban incluidos en el apartado de trastornos somatomorfos, dando así prioridad a la agrupación de trastornos que están relacionados con síntomas físicos.

El Trastorno por somatización refleja una realidad clínica, epidemiológicamente consistente, pero con una baja prevalencia dado lo altamente restrictivos que son sus criterios, dejando fuera a pacientes con el mismo fenómeno pero de menor intensidad. Los trastornos somatomorfos se solapan entre unos y otros, y tienen una terminología difícilmente aceptable por los pacientes, al hacer referencia implícita al origen desconocido de los síntomas. Por todo ello, son muchas las críticas que ha habido a la categoría de trastornos somatomorfos. De manera paralela y superpuesta, utilizamos la terminología de los síndromes somáticos funcionales. Estos síndromes son mejor aceptados por los pacientes, aunque también somos conscientes de las limitaciones que tienen, ya que no se corresponden con un sustrato y mecanismo fisiopatológico definido. Así, son diferentes las propuestas de mejora que venían haciéndose por los principales autores y grupos que se han dedicado con más intensidad a los trastornos somatomorfos, no podemos tratarlas ahora con extensión. Estas propuestas han tenido sin duda influencia en la nueva clasificación, a la vez que ha podido generar grandes expectativas y mucha frustración, veamos por qué. Primero nos fijaremos en DSM-5 y después en CIE-11.

DSM-5 realiza cambios sustanciales en la clasificación. Para empezar, desaparece el nombre "somatomorfo", tanto en el título del capítulo como en los trastornos. El cuadro central de la categoría es el nuevo Trastorno de síntomas somáticos. De entrada puede pensarse que viene a sustituir al Trastorno por somatización con un cambio de nomenclatura, pero veremos que no es exactamente así. Desaparece el Trastorno hipocondríaco y es sustituido en principio por el denominado Trastorno de ansiedad por enfermedad. Continúa el Trastorno conversivo, con un apellido o nombre alternativo, Trastorno de síntomas neurológicos funcionales. Se incluyen el clásico apartado de DSM de "Factores psicoló-

gicos que influyen en otras afecciones médicas", así como el Trastorno facticio. Desaparece el Trastorno por dolor, que es absorbido por el nuevo Trastorno de síntomas somáticos, y sale del capítulo el Trastorno dismórfico corporal, que pasa en DSM-5 a estar junto con el Trastorno obsesivo compulsivo.

Podemos apreciar que DSM mantiene trastornos dentro de la nueva categoría de Síntomas somáticos manteniendo un criterio de agrupación por relación con síntomas somáticos. El orden en la clasificación del renombrado capítulo de "Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados" subraya la relación que tienen estos trastornos con el estrés, ya que está a continuación de los capítulos "Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés" y "Trastornos disociativos", por este orden. En cuanto a la nomenclatura, es significativo el sentido de los cambios de DSM-5. Elimina el término "somatomorfo", mal aceptado y con connotaciones relacionadas con un proceso dinámico sin clara explicación fisiopatológica. Y elimina el término "hipocondría", también con difícil aceptación por los pacientes, a la vez que pasa a subrayar el carácter ansioso del trastorno.

La definición y criterios diagnósticos del Trastorno de síntomas somáticos conllevan un cambio importante respecto a los trastornos somatomorfos previos. Deja de ser criterio diagnóstico la presencia de síntomas físicos sin explicación médica, y el foco pasa a estar en la preocupación desproporcionada sobre síntomas físicos presentes, tengan origen desconocido o conocido. El cambio es radical. Una persona con una enfermedad definida que se acompaña de síntomas con clara explicación, puede tener un Trastorno de síntomas somáticos cuando la preocupación y vivencia de los síntomas es desproporcionada, y será igualmente "diagnosticado" que una persona con una preocupación intensa sobre unos síntomas de origen desconocido o sin explicación. En realidad, en DSM-IV también cabían dentro de los somatomorfos pacientes con síntomas físicos justificados pero vivenciados de manera desproporcionada, pero ahora el foco pasa de estar en el tipo de síntomas a la vivencia de los síntomas. Si lo pensamos bien, lo que define al Trastorno de síntomas somáticos es la hipocondría, que se acompaña de síntomas físicos de cualquier naturaleza. Se ha generado así un nuevo cajón, quizá demasiado amplio, que incluye a pacientes con síntomas conocidos y pacientes con síntomas desconocidos, con el factor común de la hipocondría.

En realidad, el hasta ahora Trastorno hipocondríaco ha sido hipertrofiado artificialmente al desdoblarse en dos trastornos: el Trastorno de síntomas somáticos, cuando de hecho presenta síntomas físicos, y el Trastorno de ansiedad por enfermedad, cuando no los presenta. La misma clasificación estima que el 75% del Trastorno hipocondríaco previo pasa a estar ahora en el Trastorno de síntomas somáticos, mientras que el otro 25% pasa a ser Trastorno de ansiedad por enfermedad.

CIE-11 sigue la misma línea de DSM-5 al tratar los trastorno somatomorfos de CIE-10, siendo su transformación más radical aún. El trastorno central de la clasificación ahora se denomina *Bodily Distress Disorder* (un desafío para la traducción castellana). El *Bodily Distress Disorder* esencialmente equivalente al Trastorno de síntomas somáticos, pero con una nomenclatura que abandona aún más todo lo que recuerde a somatomorfo y somatización. A igual modo que en DSM-5, lo que prima en el trastorno de CIE-11 es la preocupación y vivencia desproporcionadas en torno a síntomas físicos, conozcamos o no su origen. Además, en CIE-11 el Trastorno hipocondríaco sale del capítulo y es incluido con el Trastorno obsesivo compulsivo, donde ya estaba el Trastorno dismórfico corporal. También desparece el Trastorno por dolor, que queda incluido en el *Bodily distress disorder*. Y desaparece la Disfunción vegetativa somatomorfa, que siendo un concepto interesante al apuntar al sistema nervioso autónomo, tenía de hecho poca utilidad práctica, ya que la mayor parte de los síntomas somatomorfos son de naturaleza autonómica.

De esta manera, CIE-11 consigue un capítulo casi limpio: los trastornos que previamente estaban incluidos en el capítulo de somatomorfos pero no tenían propiamente síntomas físicos, ha sido recolocados en lugares apropiados. Digo "casi" porque, de manera sorprendente, ha sido incluido en el capítulo un nuevo trastorno, *Body integrity disphoria*, que además de ser muy poco frecuente, no tiene propiamente síntomas físicos sino el deseo de tener una amputación o una limitación corporal. Es un trastorno de la conciencia corporal que ensucia el ejercicio de vaciamiento que se estaba haciendo del capítulo.

El nuevo constructo de DSM-5 y de CIE-11 (Trastorno de síntomas somáticos y *Bodily Distress Disorder*) nos puede dejar el corazón un poco encogido. Ha sido un paso, ha sido una limpieza, pero parcial. Una preocupación de las nuevas clasificaciones era que los diagnósticos se realizaran basándose en criterios positivos, no en criterios negativos. Esto se consigue al eliminar la ausencia de explicación mé-

dica como criterio diagnóstico, a la vez que es un criterio positivo la preocupación y vivencia en torno a los síntomas. Pero aunque ahora se diagnostique de acuerdo a criterios positivos, y aunque el constructo demuestre cierta robustez epidemiológica, esto no quiere decir que el nuevo diagnóstico refleje mejor la realidad. ¿Será de utilidad el nuevo trastorno en la práctica clínica? Tengo mis reservas.

Retomemos la perspectiva de los tres ejes que vertebraban los trastornos somatomorfos y veamos qué ha sucedido de manera global en las dos clasificaciones. El primer eje, la organización centrada en los síntomas físicos, se mantiene en DSM-5 y se abandona en CIE-11, que mueve trastornos a otras categorías (salvando la inoportunidad del *Body Integrity Disphoria*). La recolocación de otros trastornos es más completa así en CIE-11. En el segundo eje, la relación de los trastornos con el estrés, ambas clasificaciones la pierden en la caracterización de los trastornos. DSM-5 la mantiene en atención al lugar del nuevo capítulo en la clasificación, mientras que en CIE-11 esto se desfigura. El orden de los capítulos es por tanto más coherente en DSM-5. Respecto al tercer eje, la preocupación en torno a síntomas, sigue presente en ambos, algo hipertrofiada ya que está presente en dos trastornos, con la diferencia de que en DSM los dos trastornos están en el mismo capítulo y en CIE-11 en capítulos separados.

Se ha eliminado la somatización y lo somatomorfo. Por somatización siempre hemos entendido la expresión somática de una tensión psíquica, y es rechazado por muchos en cuanto que se trata de una expresión narrativa poco medible, de acuerdo. Pero ¿dónde queda este fenómeno distinto que tiene lugar en nuestros pacientes? No nos distanciemos tanto de la Fenomenología, no reneguemos de la Psicopatología, que nos habla de la realidad de las patologías psíquicas y nos dice que se nos está escapando algo. Lo captamos, sabemos que está ahí, aunque no sepamos cómo acotarlo.

Estamos ante una deconstrucción en sentido propio: se está desmontando un constructo, lo somatomorfo, que tenía sus limitaciones. La deconstrucción es parcial: se deconstruye, pero no del todo, como hemos visto en el nuevo trastorno al considerar conjuntamente síntomas de origen desconocido con síntomas de origen conocido. Y esta deconstrucción debe ser considerada una transición. Es una etapa necesaria, ya que estábamos de acuerdo en que lo previo no nos valía, pero no tenemos claro a qué tenemos que ir. Si no asumimos que estamos en una transición y consideramos la nueva categoría como algo entero, nuestro raciocinio puede sentirse excesivamente violentado.

Se podría haber dado un paso más, y podríamos haber hecho desaparecer los trastornos somatomorfos del todo, sin sustituirse por el Trastorno de síntomas somáticos o corporales. CIE-11, que ha recolocado a los demás trastornos en su lugar, tenía la oportunidad de dar la estocada final. Pero no lo ha hecho. Y sin duda, ha sido sensato. Porque nos habríamos quedado cojos, ya que somos conscientes de que debemos sustituirlo, pero todavía no tenemos el sustituto adecuado. Nos habríamos quedado probablemente sin "sustancia" sobre la que seguir trabajando. El sustituto llegará, entre otros, a través de una mejor definición y descripción de la desregulación de los sistemas fisiológicos de respuesta al estrés, ya sea congénita o adquirida, que está en la base de la mayoría de síntomas somatomorfos, funcionales o de dolor amplificado. Pero el estado de la ciencia y nuestra nosología no pueden darle todavía entidad suficiente.

Usemos bien la clasificación, sin despegarnos de la realidad del paciente, y sin perder de vista la necesidad de seguir investigando. Para ello deberemos aplicar los criterios diagnósticos con la prudencia de quien sabe que la deconstrucción ha sido parcial, y que hay sujetos distintos en la misma nueva categoría. No nos sintamos frustrados, sigamos avanzando, y no olvidemos que, ¿acaso no es esta complejidad lo que hace grande a la patología psicosomática?

Dr. Enrique Aubá

Psiquiatra. Miembro del Consejo Asesor de Psicosomática y Psiquiatría.
Departamento de Psiquiatría, Clínica Universidad de Navarra.

LO ESTIMULANTE QUE RESULTA EL INGENIO DE LOS MAESTROS

Por Dr. José Manuel González Infante

Hace ahora poco más de treinta años, un pionero de la Medicina Psicosomática española, el Dr. Don Juan Rof Carballo, publicaba en un diario de ámbito nacional (ABC 2/08/1988) un artículo corto en extensión, pero de profundo calado, sobre una materia ciertamente no muy transitada por él habitualmente, pero que, gracias a su genio creador, delimitaba conceptualmente un sector del saber historiográfico de indudable valor interdisciplinar.

El referido artículo llevaba por título "Las hijas de Clío". Con ésta explícita mención a la mítica Musa de la Historia se introducía hábilmente en el apasionante y controvertido ámbito de la interpretación del hecho histórico, desde la perspectiva misma de su protagonista único: El Hombre.

Desde una posición marcadamente antropológica se permitía imaginar cuatro posibles hijas de la Musa. Una primera, a la que designaba como **Biohistoria**, representación de aquello que hace que la humanidad forme parte de su entorno material en tanto entidad física: Su dimensión biológica, responsable, en buena parte, de la construcción de su hábitat y, por lo mismo de su historia. La dimensión psicológica de nuestro ser como persona, daba vida a una segunda hija de Clío a la que denominaba **Psicohistoria**, que nos permite interpretar la historia sirviéndonos de la estructura de la personalidad de los individuos y/o de la psicopatología que, en ocasiones, empaña la biografía de no pocos personajes relevantes de la historia universal. Como significante concreto de la imaginación humana consideraba Rof a la tercera hija de Clío, denominándola **Mitohistoria**, en el doble sentido de la ficción histórica propia del género literario que conocemos como "novela histórica", y en el de la historia de los mitos de los que se ha servido la humanidad para dar sentido y estructurar su acerbo socio-cultural. Por último, rizando el rizo de su desbordante ingenio creativo, adscribía nuestro reconocido psicosomatólogo a la mítica Musa una cuarta hija, a la que llamaba **Murmuradora** y a la que salvo calificarla con epítetos muy peyorativos, como los de "desharrapada" y "envidiosa", no dedica más comentarios.

El interés que despertó en mí esta desbordante genealogía historiográfica, a tenor de mi gusto por la Historia en general y, muy particularmente por la *Psicohistoria*, llegó a motivarme lo suficiente como para que me atreviese a redactar dos artículos (Rev. Andalucía Médica 27/09/2019 y en prensa) comentando el referido del Dr. Rof Carballo. En ambos la protagonista de mis comentarios fue la singular y enigmática cuarta hija de Clío, la Murmuradora, a la que su creador solo dedicaba descalificaciones y nada más, lo que precisamente estimuló sobremanera mi curiosidad por desentrañar el sentido que para él tuvo, y le indujo a crearla, así como el hipotético enfoque interpretativo que desde una tal perspectiva pudiera darse al inabarcable ámbito del discurrir histórico.

Por eso quiero que mis comentarios actuales no desborden los límites del escrito de este maestro de la Psicosomática, centrándome exclusivamente en la idea que, en el artículo, "Las hijas de Clío", nos transmite Rof Carballo: La importancia que atribuye a la Biohistoria, como impulsora y creadora de la Historia de la humanidad en manifiesta paridad con la *Psicohistoria*.

Reconociendo la trascendencia de la *Psicohistoria* en la construcción del destino de la humanidad, Rof, con magistral acierto, nos insta a equilibrar en su justa medida éste cometido, con el que también debe atribuirse a la Biohistoria. No sorprende en absoluto que un cultivador experto de la Medicina Psicosomática asuma un tal principio de equidad al manejar la sustantividad bipolar que constituye la estructura de su quehacer; sobre todo, cuando se engloba, dentro del sector disciplinar psicohistórico de origen psicoanalítico, otros saberes historiográficos de distintas procedencias; lo que, en principio, no representaría ningún problema, siempre y cuando se respetase la interparidad entre todos ellos y no se alzaprimase, como viene ocurriendo. la vertiente psicológica únicamente.

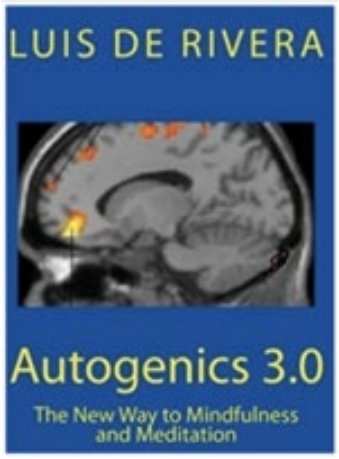
Debemos reivindicar, lo mismo frente al reduccionismo psicologista como al biologicista, **el carácter de sustantividad de lo psico-somático**, cosa frente a la que nos sitúa, sin necesidad de mencionarla explícitamente, el Dr. Rof Carballo en su artículo del diario ABC, de 1988, que venimos comentando.

Si como vengo haciendo en sucesivos trabajos, partimos del concepto relativo al hombre que nos ha legado el maestro Zubiri, que lo define como una "sustantividad psico-somática", inevitablemente nos vemos abocados a considerar a la Bio y Psicohistoria como metodologías interpretativas de la Historia, no solo no incompatibles, e incluso me atrevería a afirmar, que tampoco complementarias. Para mí no son dos "a priori", tampoco dos "episteme", sino una única forma de subjetivar el hábitat humano, es decir, su Historia, al convertirse el Hombre a sí mismo en sujeto.

Dr. José Manuel González Infante

Miembro numerario de la RAMC de Cádiz.
Socio Honorario de la Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática.

AUTOGENICS 3.0. LA NUEVA VÍA AL MINDFULNESS Y MEDITACIÓN



El profesor Luis de Rivera brilla con luz propia dentro de la Medicina Psicosomática española e internacional desde hace muchos años. Su prolija bibliografía sigue siendo referencia en numerosos artículos que se publican en la actualidad. Títulos como "Crisis Emocionales", "el Maltrato Psicológico", "Medicina Psicosomática" etc. continúan siendo absolutamente actuales y libros de cabecera de muchos psicosomatólogos españoles, entre los que indudablemente me encuentro. Presidente de nuestra Sociedad en los años noventa y Miembro de Honor en la actualidad, mantiene una actividad académica e intelectual incesante, lo que ha dado como fruto publicar recientemente el libro que lleva por título Autogenic 3.0.

Como es habitual en el autor, el libro es de lectura fácil y amena destacando los puntos clave que hay que retener para ir avanzando. Es un libro importante tanto para el que ya es experto, como para el gran público al que le guía en la iniciación a la meditación. A diferencia de lo que dijera William James, no representa un esfuerzo mantener la atención en su libro durante un buen rato.

Tras justificar el título y basado en la idea de que biología solo hay una, propone en mi opinión, con gran criterio, agrupar conceptos como meditación, mindfulness, meditación trascendental, incluso auto-hipnosis, etc. bajo el término "Terapias por Inducción de Estados Ampliados de Consciencia" (ASCI Therapies), con un Mapa de Estados Ampliados de Consciencia, que resulta altamente interesante y práctico.

Es tradición en la amplia bibliografía del Profesor de Rivera, las explicaciones psicofisiológicas de los diferentes procesos psicosomáticos. De hecho, la psicosomática y en general el futuro de la medicina pasa por el conocimiento de la neurociencia. Pues bien, en este libro, De Rivera hace un detallado y didáctico repaso a la psicofisiología de la meditación, con una mención muy especial a sus propios trabajos llevados a cabo durante su estancia, como Catedrático en la Universidad de La Laguna, donde objetivó mediante Resonancia Magnética Funcional, el aumento de actividad del hemisferio derecho durante la práctica del estado autógeno.

Profundamente minucioso en las explicaciones hasta en los más pequeños detalles para facilitar el aprendizaje, a la vez que extraordinariamente riguroso, con un fraseo ameno y coloquial el aprendizaje de la técnica Autogenic, resulta fácil y atractiva. Dice Damasio que las artes han perdurado además de por su belleza, por su valor terapéutico. En esta línea, de Rivera en algunas ocasiones, aconseja escuchar música durante la práctica de autogenic, hecho que resulta especialmente motivador para algunos pacientes.

Enormemente interesante por su utilidad práctica me resulta el capítulo sobre "Meditación Sentimental", ya que muchos pacientes con patologías funcionales más o menos severas, presentan en algunas ocasiones, emociones sociales, como la culpa enraizada ferozmente. La práctica de Autogenic 3.0 puede ayudar a su transformación en sentimientos subjetivos y sobre todo conscientes con la consiguiente mejora del proceso funcional.

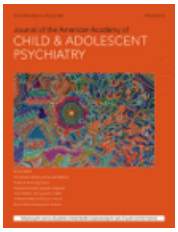
El libro es de una utilidad práctica indudable, muy aconsejable para todo tipo de público y de una lectura fácil. Conociendo al profesor Luis de Rivera, nos hace esperar con ansiedad su próximo libro "The Many Wais of Mindfulness". ¡¡Felicidades por su nuevo libro, profesor!!

Dr. Fernando Martínez Pintor

Miembro del consejo de redacción de Psicosomática y Psiquiatría.
Vicepresidente de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática (SEMP).

NOTICIAS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

NOTICIAS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (SMIJ)



THE INFLUENCE OF MATERNAL PARENTING STYLE ON THE NEURAL CORRELATES OF EMOTION PROCESSING IN CHILDREN

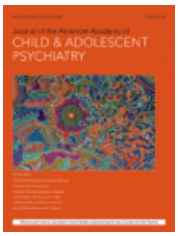
Elena Pozzi, Julian G. Simmons, Chad A. Bousman, et al.

Journal of the American Academy Child & Adolescent Psychiatry 2020.

Bien se sabe que la crianza es un factor importante para el desarrollo de la salud mental durante la infancia y la adolescencia. Este estudio pretender investigar la asociación entre el comportamiento de los padres y el procesamiento de las emociones en los niños y, particularmente, el vínculo entre la paternidad y la depresión.

En este estudio longitudinal participaron 86 niños y niñas de una edad media de 10.1 años. Se observó el comportamiento materno durante dos interacciones madre-hijo. Los niños estuvieron sometidos a imágenes de resonancia magnética funcional durante la realización de una tarea implícita de procesamiento de emociones.

Se manifiestan resultados significativos en la asociación del comportamiento materno con la actividad de en las regiones del cerebro involucradas en el procesamiento de las emociones en los niños. No obstante, se precisa más investigación para conocer más sobre la relación entre la crianza de los hijos, el procesamiento de las emociones y los síntomas depresivos en los adolescentes



INVESTIGATING SEX DIFFERENCES IN EMOTION RECOGNITION, LEARNING, AND REGULATION AMONG YOUTHS WITH CONDUCT DISORDER

Gregor Kohls, Sarah Baumann, Malou Gundlach, et al.

Journal of the American Academy Child & Adolescent Psychiatry 2020.

Tenemos conocimiento que el trastorno de conducta está asociado con dificultades para reconocer las emociones, aprendizaje y regulación emocional. Sin embargo, hasta el momento, se desconocen si existen diferencias entre sexos en la relación entre el trastorno de conducta y la disfunción emocional. El objetivo principal de esta investigación es caracterizar las habilidades de procesamiento de las emociones, comparando una muestra con niños y niñas que presentan trastorno de conducta y un grupo de control de desarrollo típico.

Colaboraron 542 jóvenes con trastorno de conducta, 317 de las cuales eran niñas, y 710 jóvenes con un desarrollo típico (479 niñas). Las edades oscilaban de 9 a 18 años de edad. Se realizaron tres tareas experimentales donde se evaluaba el reconocimiento de las emociones, el aprendizaje y la regulación.

Se constató la existencia de déficits en el funcionamiento neurocognitivo relacionado con los tres ejes emocionales relacionados con la etiología del trastorno de conducta. No se encontraron diferencias significativas entre niños y niñas.

CLINICALLY SIGNIFICANT ANXIETY IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER AND VARIED INTELLECTUAL FUNCTIONING

Connor M.Kerns, Breanna Winder-Patel, Ana Maria Josif, Christine Wu Nordahl, Brianna Heath, Marjorie Solomon, David G. Amaral

Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology 2020.

Este estudio tiene como objetivo evaluar como las distintas manifestaciones de síntomas de ansiedad y la discapacidad intelectual intervienen en la tasa de ansiedad clínicamente significativa en el trastorno del espectro autista (TEA).

Colaboraron 52 niños y padres con desarrollo típico como grupo control, y 75 niños con TEA y coeficiente intelectual variado, de edades comprendidas entre 9 y 13 años. Los niños realizaron evaluaciones de diagnóstico intelectual y TEA. Los padres realizaron una entrevista diagnóstica y evaluaron escalas de síntomas de ansiedad.

Se observó que el 69% de los niños con TEA presentaban ansiedad significativa, y únicamente se detectó la presencia de ansiedad significativa en el 8% de los niños con desarrollo típico. Las fobias específicas predominaron como trastorno de ansiedad específica en niños con TEA y discapacidad intelectual (CI<70=).

Natàlia Fort

Miembro del consejo de redacción de Psicosomática y Psiquiatría.
Servei de Salut Mental Infanto-juvenil, Consorci Sanitari Parc Taulí.

Anaïs Orobitg

Miembro del consejo de redacción de Psicosomática
y Psiquiatría CREIX, Barcelona

AGENDA

Por Alba Palazón Llecha

III SIMPOSIO DE PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

Impulsado por el éxito de la edición anterior, el próximo 9 de octubre tendrá lugar en Barcelona el III Simposio de Psicosomática y Psiquiatría. En este evento las protagonistas serán las ponencias y comunicaciones libres en el ámbito de la medicina psicosomática, destacando el papel del género y la salud mental. Además, se introducirá un campo de estudio emergente, el que explica la relación intestino-cerebro, de la mano de la Dra. Amanda Rodríguez Urrutia, psiquiatra de referencia en esta área. Finamente, será el Prof. Antonio Lobo, especialista de referencia en la psiquiatría de enlace, quien se encargará de cerrar la reunión.

Próximamente se anunciará la sede dónde el simposio tendrá lugar y la deadline para el envío de las comunicaciones libres que se presentarán en el evento. Esta información se puede consultar en el siguiente enlace:
https://psicosomaticaypsiquiatria.com/

Alba Palazón Llecha

Miembro del consejo de redacción de Psicosomática y Psiquiatría.
Servei de Psiquiatria, Psicologia i Medicina Pscosomàtica, Hospital Universitari Dexeus.