

PRESIDENTES

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA (fundada en 1955)



JUAN ROF CARBALLO
INTERNISTA



RAMÓN SARRO I BURBANO
PSIQUIATRA



JUAN JOSÉ LÓPEZ IBOR
PSIQUIATRA



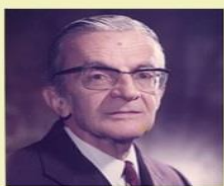
ARTURO FERNÁNDEZ-CRUZ
LIÑAN
INTERNISTA



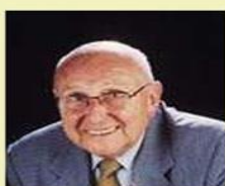
ANTONI GALLART ESQUERDO
DIGESTÓLOGO



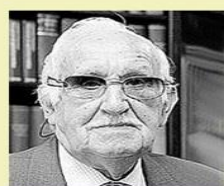
JOSÉ COROMINAS BUSQUETA
PSIQUIATRA



RAMÓN REY ARDID
PSIQUIATRA



ABELARDO GUARNER VILA
PSIQUIATRA



JESÚS KOCINA PERUYERO
PSIQUIATRA



RAMÓN VIDAL I TEIXIDOR
PSIQUIATRA



VICENTE SALVATIERRA MATEU
GINECÓLOGO



JOSEP M^o FARRÉ I MARTÍ
PSIQUIATRA



ANTONIO LOBO SATUÉ
PSIQUIATRA



JOSÉ LUIS DE RIVERA
PSIQUIATRA



ANTONIO BULBENA
VILLARRASA
PSIQUIATRA



MANUEL VALDÉS MIYAR
PSIQUIATRA



JOSÉ CARLOS MINGOTE ADÁM
INTERNISTA



MAXIMO LOZANO SUAREZ
PSIQUIATRA



EDUARDO GARCÍA-CAMBA
PSIQUIATRA



JUAN DE PABLO RABASSÓ
PSIQUIATRA



JAVIER GARCÍA CAMPAYO
PSIQUIATRA



MANUEL ÁLVAREZ ROMERO
INTERNISTA



CARLOS MUR DE VIU
PSIQUIATRA



RICARDO CAMPOS RÓDENAS
PSIQUIATRA



FERNANDO MARTÍNEZ-PINTOR
REUMATÓLOGO

CONTENIDOS

EDITORIAL 2

ARTICULOS

ESTRÉS Y DEPRESIÓN EN LA MUJER MÉDICO 3

Luis de Rivera

SALUD MENTAL Y PSICOSOMATOLOGÍA 12

Jose Ignacio del Pino

VALOR DE LA COMPASIÓN EN LA CLÍNICA MÉDICA 14

Manuel Alvarez

LA IDENTIDAD UNIVERSAL DEL SER HUMANO 18

José Carlos Mingote Adán y Belén Mingote Bernad

RECENSIONES DE LIBROS: 25

AUTOGENICS 3.0.

David Alvear

ANUNCIOS, CONVOCATORIAS Y ACTIVIDADES 28

Cursos, conferencias, simposios y otros eventos acreditados,
organizados o recomendados por la SEMP

EDITORIAL

El psicósoma es una unidad cuyas manifestaciones varían según el método con el que se las estudie. Hablar de mente y cuerpo es una simplificación cómoda, una metáfora y, si uno lo dice en serio, un error. La persona es el núcleo central de la experiencia humana, que se extiende desde las partículas subatómicas hasta los sistemas más amplios. Todos estos niveles influyen en el



La espiral psicósomática - Luis de Rivera, 2008, 2010.

fenómeno humano y son influidos por él. Hay ciencias que se ocupan de cada uno de estos puntos, pero sólo la psicósomática se asigna como misión el estudio de las interacciones entre ellos. [Click aquí para ampliar el concepto](#)

Después de dos años de descanso, la Sociedad Española de Medicina Psicósomática vuelve a publicar su *newsletter*, que pretende ser un nexo de unión y comuni-

cación entre los socios. Tenemos entre nosotros humanistas inclinados a la filosofía, científicos objetivos próximos a la quantofrenia, epidemiólogos clasificadores de diagnósticos y, sobre todo, terapeutas comprometidos con la salud y la evolución de sus pacientes. Todos están invitados a participar, con notas clínicas, proyectos y aportaciones científicas, resúmenes y convocatorias de actividades. Todos somos necesarios para desarrollar nuestros conocimientos y potenciar el arte y la ciencia que nos une. Queremos saber lo que hacemos.

La declaración de intenciones y propósitos de la nueva junta directiva [{puede consultarse aquí}](#) recibió el apoyo mayoritario de los socios cuando fue elegida como vice-junta en 2020. Ahora es el momento de ponerlos en acción, continuando la labor de cooperación estrecha con la junta anterior, cuyo rico legado nos proponemos ampliar y desarrollar.

La tensión entre tradición e innovación se resuelve construyendo la segunda sobre los cimientos de la primera. La portada que hemos elegido para este número de la *newsletter* ilustra este principio, rindiendo honores a los 25 presidentes de la SEMP desde su fundación hasta nuestros días. Saber que tenemos una base sólida da seguridad y ánimos para seguir avanzando.

[Volver al índice](#)

ESTRÉS Y DEPRESIÓN EN LA MUJER MÉDICO

Prof. Luis G. de Rivera¹

Como han puesto de manifiesto las otras participantes en esta Jornada², son numerosos los trabajos epidemiológicos que demuestran mayor prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en personas de género femenino, aunque no está nada claro que esta proporción diferencial se mantenga entre los miembros de la profesión médica (1). Por otra parte, los estudios de estandarización de algunos instrumentos psicológicos de medida de síntomas psicosomáticos y psicopatológicos en población sana muestran mayores puntuaciones en mujeres que en hombres, lo que ha llevado a establecer baremos de normalidad diferentes para ambos sexos (2,3). Estas dos afirmaciones dejan abierta la cuestión de hasta qué punto las diferencias inter-genero reflejan una mayor prevalencia real o revelan, por lo menos en parte, una mayor facilidad de la mujer para percibir sus síntomas y solicitar atención clínica.

Por otra parte, es también del consenso epidemiológico general que, al contrario de lo que ocurre con la psicopatología ansioso-depresiva, la prevalencia de toxicomanías es mucho menor en la mujer que en hombre, una diferencia del orden de 2/7 en la población asistida. Sin embargo, en lo que respecta a la población médica, según datos del PAIME, esta diferencia no se mantiene, siendo la proporción inter-genero sensiblemente similar (4). Entre otras posibles interpretaciones de los datos del PAIME, podemos pensar que el estrés inherente al ejercicio profesional diluye en las médicas el factor protector del género, generando una tendencia a recurrir al alcohol y otras sustancias equiparable a la de sus compañeros varones. El factor “automedicación” es probablemente, en la población médica, el punto de entrada más frecuente en el círculo vicioso toxicofílico (5). Queda por determinar el uso de hipnóticos, benzodiazepinas y antidepresivos, extremo difícil de cuantificar, entre otras razones, por el frecuente recurso a la auto-receta al que somos propensos los médicos de todos los géneros.

¹ Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica. Director del Instituto de Psicoterapia e investigación Psicosomática de Madrid. www.psicoter.es info@psicoter.es [@luisderivera](https://twitter.com/luisderivera)

² Jornada sobre La Salud Mental y el Bienestar de la Mujer Médico. Colegio de Médicos de Badajoz, 14 abril 2021

En cuanto a lo que se refiere al estrés de la mujer médico, hemos de añadir, al derivado del todavía frecuente conflicto de roles hogar/trabajo, el correspondiente a la actividad profesional en si misma. Cuatro son los aspectos del estrés laboral en general (6), todos ellos presentes en gran medida en el ejercicio actual de la medicina organizada.

El primero de ellos es el estrés por sobrecarga, el simple estrés por excesiva carga laboral, un exceso de trabajo al que los médicos están acostumbrados desde siglos, pero que, en nuestra actualidad, viene complicado, sobre todo en atención primaria, por un factor agravante: la premura temporal, la falta de tiempo suficiente para atender debidamente al paciente (7). Otro factor agravante del estrés simple es la disparidad entre la responsabilidad por los resultados y la capacidad de controlar el proceso. Desde los famosos estudios experimentales de Brady sobre el “mono ejecutivo”, se ha venido comprobando en poblaciones humanas que, a igual responsabilidad, aquellos que poseen la información y los medios para resolver las crisis y las situaciones estresantes sufren menos las consecuencias del estrés. Obviamente, el estrés es mínimo para quienes, poseyendo todo el control, consiguen eludir la responsabilidad. Finalmente, he de mencionar la ausencia de factores protectores como otra causa agravante del estrés profesional simple. El apoyo social, las buenas relaciones entre compañeros, la adecuación de las estructuras, tanto físicas como organizativas, el reconocimiento por la labor realizada, las facilidades para el estudio y el descanso son, entre otros, antídotos no siempre presentes en todas las instituciones sanitarias.

ESTRÉS LABORAL

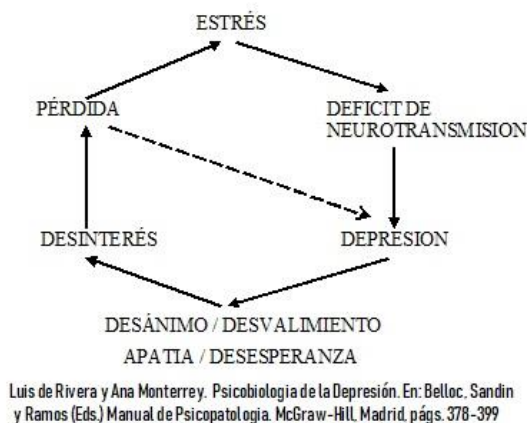
- ESTRÉS SIMPLE
 - Carga laboral y limitación temporal
 - Responsabilidad / Control del proceso
 - Ausencia factores protectores
- ESTRÉS TRAUMÁTICO
- DESGASTE PROFESIONAL “BURNOUT”
- ACOSO PSICOLÓGICO “MOBBING”

El trauma es un tipo de estrés específico que, a diferencia de la sobrecarga, actúa durante corto tiempo y produce una ruptura brusca en el procesamiento mental de la información. El más difundido en nuestra profesión es la violencia física y/o verbal contra el médico, sufrida con mayor frecuencia por las médicas,

como bien han expuesto las profesoras Gonzalez-Pinto y Saiz en esta jornada.

Poco he de comentar sobre los síndromes de desgaste profesional (“*burnout*”) y acoso psicológico (“*mobbing*”), porque a ellos se dedican intervenciones específicas en estas jornadas.

Diré, como curiosidad, que en la triada del burnout descrita por Maslach – desmoralización depresiva, déficit de empatía y deterioro de la realización personal –, el segundo síntoma, la inhibición de la empatía, se traduce, errónea y frecuentemente, como “despersonalización”, lo cual puede inducir a confusión, al ser la despersonalización un síntoma, bien conocido en psiquiatría, que no tiene nada que ver con el burnout. También es de interés comentar que ambos síndromes laborales, burnout y mobbing, pueden (y suelen) asociarse, como comprobamos (aunque no lo dijimos) en nuestro estudio sobre burnout en los centros de salud de Tenerife (8)



Importante, y relativamente poco conocida, es la relación entre estrés y depresión, tanto en los cuadros clínicos como en puntuales estados transitorios de tristeza y desánimo. La tristeza y la pena son sentimientos normales ante experiencias de pérdida (de relaciones, objetos, status, ilusiones...), e igualmente normal es su

desaparición mediante el proceso natural de duelo. Sin embargo, cuando este proceso se paraliza, esos sentimientos pueden enquistarse y continuar activos mucho tiempo después, muchas veces sin conexión consciente con la experiencia original de pérdida. Lo mismo ocurre con el estrés, que inicialmente activa los mecanismos de neurotransmisión cerebral, pero que, cuando es excesivo y prolongado, acaba produciendo su agotamiento. El esfuerzo que no produce resultados conduce a la depresión, que puede ser transitoria o puede llegar a alcanzar categoría clínica. Muchos son los mecanismos etiológicos de los estados depresivos, pero lo que a mí me ha interesado más no es tanto como se producen sino porque no se curan de manera espontánea. Es como las heridas físicas, cuyo destino natural es cicatrizar, a menos que algo se lo impida.

Partiendo de la base de que los estados depresivos son el resultado de la interacción de múltiples factores, genéticos, evolutivos, bioquímicos e interpersonales, cuyos efectos convergen en el sistema límbico y originan una alteración funcional reversible de los mecanismos cerebrales de gratificación y refuerzo, he elaborado una teoría etiopatogénica circular de la depresión que explica, sea cual sea el punto de entrada en el cuadro depresivo, cómo éste se

mantiene y porqué las medidas terapéuticas que no interrumpen el círculo vicioso no son eficaces, aun cuando puedan serlo en alguno de sus pasos (9,10)

En resumen, una situación crónica de estrés puede acabar agotando los mecanismos de neurotransmisión cerebral, con el consiguiente déficit de catecolaminas y/o serotonina, lo que conduce a un estado depresivo; el desánimo, la indefensión y la desesperanza, propios de la depresión, llevan a un estado de desinterés e inhibición generalizada, con la consiguiente inferioridad competitiva y aumento del riesgo de situaciones de pérdida, tanto de relaciones como de oportunidades, refuerzos y gratificaciones. Las experiencias de pérdida, aparte de ser estresantes en sí mismas, aumentan la vulnerabilidad ante el estrés, perpetuándose de esta manera el ciclo. La misma dinámica circular puede iniciarse a partir de cualquier otro de sus puntos, por ejemplo, una pérdida severa, o un estado de indefensión aprendida.

Una doctora sobrecargada de pacientes presenta un cuadro depresivo que es apropiadamente tratado con ISRS, pero si la sobrecarga persiste y además vive en un entorno de escaso apoyo familiar y profesional, tiende a interpretar de manera negativa acontecimientos neutros y hasta positivos, carece de interés por mejorar sus relaciones y buscar nuevas situaciones gratificantes e ignora su poder para cambiar su personalidad y sus circunstancias, su mejoría será breve e inestable, cediendo pronto a la reactivación del círculo vicioso depresógeno. En un caso así, los resultados de la farmacoterapia han de aprovecharse para lograr rupturas en otros elementos del círculo, aplicando, por ejemplo, psicoterapia de apoyo y de relajación para aliviar la experiencia de soledad y estrés crónico; terapia cognitivo-conductual para corregir el desamparo, la indefensión y la desesperanza propios de su autoconcepto negativo; psicoterapia psicodinámica para explorar su reacción a las experiencias de pérdida y su incapacidad para generar situaciones reparadoras y gratificantes, etc. Obviamente, y de manera recíproca, la eficacia de los procedimientos psicoterapéuticos se ve reforzada por el tratamiento biológico, razón por la cual los enfoques integrados o multidimensionales resultan mucho más eficaces en el tratamiento de la depresión que las monoterapias aisladas (11).

En cuanto a las respuestas conductuales ante el estrés, clásicamente consideradas universales y estereotipadas, es decir, iguales para todo el mundo, la evidencia reciente muestra una diversidad de posibilidades, relacionadas con las características del estímulo estresante, las circunstancias en que se produce y las características personales del que las padece, un asunto que he revisado en otro lugar (12).

BIO-BEHAVIORAL STRESS RESPONSES

- FIGHT / FLIGHT – Walter Cannon
- CONSERVATION / INHIBITION – George Engel
- VIGILANCE / STALING – Redford Williams
- PARATHHELIC – Michael Apter
- TEND / BEFRIEND – Shelley Taylor & Laura Klein
- CONDITIONING OF THE RELAXATION RESPONSE

Luis de Rivera. Síndromes de Estrés. Madrid, Síntesis, 2010

La más conocida y frecuente es la reacción de lucha-huida, descrita por Walter Cannon a principios del siglo pasado, con aumento de la actividad neurovegetativa simpática, hipertensión y vasodilatación muscular y sentimientos de miedo y/o agresividad. Pero existen otras, como la de conservación-inhibición de

Engel (1962), con inmovilidad, hipotonía muscular, hipotensión, sensación de cansancio y sentimientos de desvalimiento y desesperanza; la de vigilancia-acecho de Williams (1986) con vaso-constricción muscular, aumento de la resistencia vascular periférica, hipertensión diastólica, hipervigilancia y sentimientos de desconfianza paranoide; la paratética de Apter (1996), con buen equilibrio neurovegetativo, ánimo relajado y entusiasta, buena disposición a enfrentarse con las circunstancias estresantes y apariencia de disfrutar con la situación.

Curiosamente, en nuestros estudios sobre estrés académico en estudiantes de medicina en la Universidad de La Laguna (de Rivera, 1983, 1993) la respuesta paratética era mucho más frecuente en estudiantes de segundo curso que en los de quinto, algo que debe hacernos reflexionar sobre cómo estamos educando a los futuros médicos. La respuesta paratética está relacionada con la capacidad de concentrarse en la tarea estresante como algo gratificante en sí mismo, más que en la necesidad de obtener o evitar determinadas consecuencias, lo cual puede explicar que los estudiantes de segundo año, todavía entusiasmados por la adquisición de nuevos conocimientos, la vayan perdiendo a medida que toman conciencia de la influencia que sus resultados académicos va tener en su futuro profesional.

La respuesta de cuidar-intimar de Taylor y Klein (2000) tiene particular interés para el tema que nos ocupa aquí, la salud y bienestar de la mujer médico, porque, en oposición a la de lucha-huida, parece ser mucho más frecuente en mujeres que en hombres. La idea surgió casualmente, cuando Shirley Taylor, endocrinóloga, y Laura Klein, psicóloga, comentaron que los miembros varones del instituto de investigación en el que ambas trabajaban tendían a volverse más serios, competitivos e irritables cuando el laboratorio atravesaba tiempos

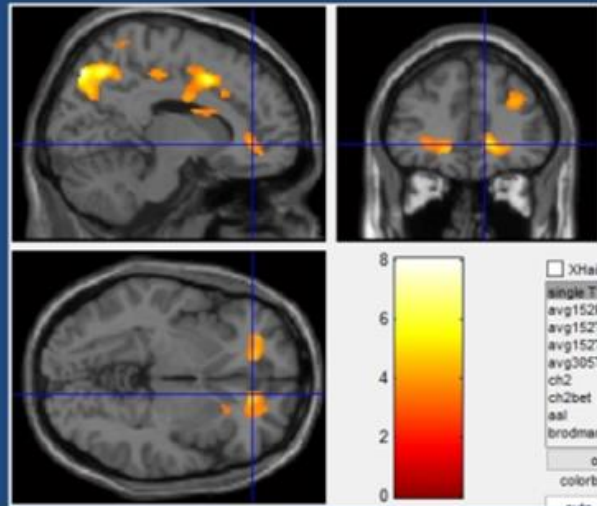
difíciles, mientras que las investigadoras quedaban para tomar el té, aumentaban sus contactos entre ellas y, en general, se mostraban más pendientes unas de otras. Las investigaciones que desarrollaron a partir de esta observación llevaron al descubrimiento de la base neuroendocrina de esta reacción, el aumento de la secreción de oxitocina, hormona que promueve las tendencias aflictivas e inhibe la hipersecreción de cortisol propia del estrés. Por supuesto que ambos sexos pueden presentar tanto la reacción de lucha-huida como la de cuidar-intimar, pero la mayor capacidad natural de las mujeres para producir oxitocina explica que esta última respuesta sea en ellas más evidente y frecuente.

Finalmente, he de mencionar una respuesta ante el estrés que no es natural, sino adquirida. Se trata de la respuesta de relajación, inducida por técnicas apropiadas de entrenamiento de la atención, como la meditación, el mindfulness y autogenics, y que, con la práctica, acaba por sustituir la respuesta automática de lucha-huida. Esta respuesta, descrita por Benson (1975), se mantiene inicialmente durante el ejercicio de meditación y dura entre 30 – 60 minutos después de su terminación, pero, con la práctica regular, acaba por hacerse casi permanente, sustituyendo el habitual estado basal de tensión psicológica, tan frecuente en nuestra cultura.

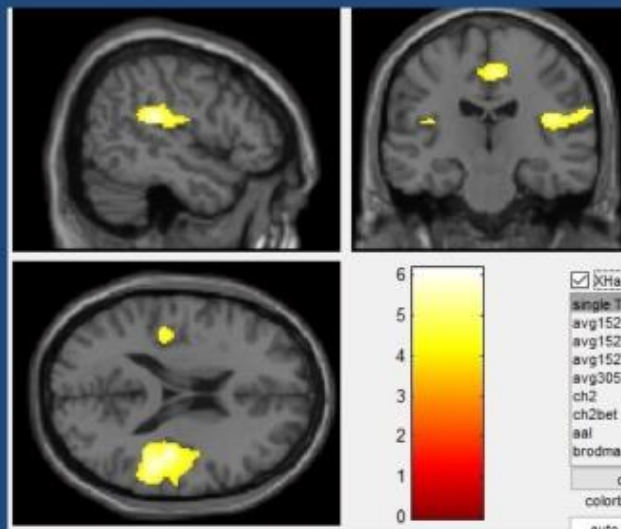
Cuando se produce una situación de estrés, en personas debidamente entrenadas, el recuerdo voluntario y consciente de la vivencia de relajación facilita el retorno al estado psicofisiológico de calma, efecto conocido como “primera conmutación autógena” (*first Autogenic switch*). Si esta conmutación autógena se asocia repetidamente con un estímulo conocido como estresante (por ejemplo, la entrada de alguien en el despacho, ponerse en pie para hablar...) la respuesta de relajación acaba presentándose automáticamente en estas situaciones, mediante el conocido mecanismo de condicionamiento clásico (13).

La base neurobiológica de estas experiencias subjetivas ha sido puesta en evidencia por nuestros recientes estudios con resonancia magnética funcional durante la meditación autógena, que muestran activación de la ínsula, de la corteza cingular y de la corteza prefrontal, regiones cerebrales clave en la modulación emocional y la integración cognitivo-afectiva.

PFC – ACC ACTIVATION BY AUTOGENICS



INSULA ACTIVATION BY AUTOGENICS



Espero que estas reflexiones sean de utilidad para el noble proyecto del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz de velar por la salud mental y el bienestar de la mujer médico, una salud y un bienestar que sin duda irradiará en el de todos sus colegas y pacientes.

REFERENCIAS

1. González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Gracia-Marco, R., Henry-Benítez, M., Rodríguez-Pulido y Monterrey, A. L. (1991). Age, sex and marital status differences in Minor Psychiatric Morbidity. *European Journal of Psychiatry*, 5,166-176.
2. González De Rivera, J. L., De Las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M. J. y Rodríguez-Pulido, F. (2002). El cuestionario de 90 síntomas (adaptación española del SCL-90R de L. R. Derogatis). Madrid: TEA
3. de Rivera, L y Abuín, MR: (2012). El Listado de Síntomas breve LSB-50. Madrid: TEA.
4. PAIME – Clínica Galatea. ¿Hay diferencias entre hombres y mujeres en el consumo de drogas? <https://www.clinica-galatea.com/es/bloc/consumo-drogas-genero/>
5. de Rivera, L. La teoría de la dinámica circular en la etiopatogenia de la drogodependencia (1995) En: Rodríguez. -Pulido y A. Sierra (Eds.) La investigación epidemiológica de las drogodependencias- Las Palmas, ICEPPS Editores. págs 49-59 <https://bit.ly/32oVVw4>
6. de Rivera, Luis. El Maltrato Psicológico. (2002) Espasa. Los síndromes de acoso en la intimidad y en la sociedad - 5ª Edición. (2018) Amazon. pág. 129. <https://amzn.to/32nIjAx>
7. Alvarez, M y Del Pino J.I. Siete Minutos para el Dolor. <https://psiquis.com/wp-content/uploads/2020/11/SM-HM-2M-Siete-minutos-para-el-dolor-20-X-18.pdf>
8. De las Cuevas, C, de Rivera, JLG., De la Fuente, J Alviani , M, Ruiz-Benítez A. (1997) Burnout y reactividad al estrés. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 41, 10-18 https://www.psicoter.es/arts/97_A150_05.pdf
9. de Rivera, JLG. El fenómeno “circulo vicioso” en la depresión. (1984) *Psiquis*, 5: 104-107 <https://bit.ly/3ggZ9ts>
10. de Rivera, L y Monterrey, AL. Psicobiología de la depresión. (2009). En A. Belloc, B. Sandin y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología*, McGraw Hill Interamericana, 2ª edición, Madrid, vol. II, págs. 299-314. <https://bit.ly/3dtkNZY>
11. de Rivera, L. El tratamiento Multidimensional en Psiquiatría. (1990) En: "Trastornos Psiquiátricos Resistentes al Tratamiento". Editor: A. Vela. Barcelona. Anthropos. <https://bit.ly/3v0LICm>

12. de Rivera, Luis. Los Síndromes de Estrés. (2010) Madrid, Síntesis. Págs. 33-28.

13. de Rivera, Luis. Entrenamiento Autógeno. Psicoterapia autógena nivel 1, manual oficial. ICAT, 2015. Págs. 107-109 <https://amzn.to/3gjmV1L>

14. de Rivera, Luis. Autogenics 3.0 – La Nueva Vía al Mindfulness y la Meditación. Amazon, 2018. <https://amzn.to/3eujkBZ>

[*Volver al índice*](#)

SALUD MENTAL Y PSICOSOMATOLOGÍA

Dr. José Ignacio del Pino Montesinos, Médico Psiquiatra

Lo urgente y lo importante
«Sin salud mental no hay salud.»
Jorge Alcocer Varela (10/X/19)

Lo urgente no deja tiempo a veces para lo importante, decía la niña *Mafalda*, el personaje del inmortal dibujante **Quino**. Y así, cuando la vida está en juego como en la pandemia por coronavirus que aún estamos superando, la salud mental pareciera quedar en un segundo plano. Pero lo cierto es que como aseveraba en el *Día de la Salud Mental* del pasado año 2019 el Dr. **Alcocer**, responsable de la política sanitaria mexicana, ***no se puede estar sano si padecemos algún trastorno mental***.

En este ya avanzado siglo XXI la *Psicosomatología*, —sustantivo con el que podemos denominar a la *Medicina Psicosomática* para incluir a todas las profesiones sanitarias implicadas— nos sigue recordando lo que resulta primordial: ***la unidad de la persona***. Cada paciente es *un ser único* al tiempo que *una unidad indivisible*, y como tal, sólo puede separarse en mente y cuerpo (*psique* y *soma*) con fines prácticos, al igual que podemos dividir la jornada en día y noche, pero sabiendo que en realidad es un todo imposible de fragmentar.

En el ***Manual de Urgencias Psiquiátricas*** de la editorial Panamericana (2022) tuvimos la ocasión —junto con el Dr. Manuel **Álvarez Romero** (expresidente de la S.E.M.P. y actual presidente de la *Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática*) y el Dr. José Manuel **González Infante** (catedrático de Psiquiatría y Académico numerario de la *Real Academia de Medicina de Cádiz*)— de extendernos sobre este asunto en el capítulo “Urgencias en Medicina Psicosomática”. Allí explicábamos que no sólo es necesario entender el ***cómo*** se produce una alteración médica o psiquiátrica, sino que también resulta imprescindible que entender el ***por qué*** le ocurre a esa persona en ese determinado momento. Para lo primero es importante conocer la *Psico-neuro-endocrino-inmunología*: neurotransmisores, circuitos cerebrales, hormonas, sistema inmunitario... Pero si aspiramos también a comprender lo segundo es ***imprescindible el encuentro con una Persona***.

Por este motivo allí afirmábamos que ***todas las urgencias, sean médicas o psiquiátricas, son siempre psicosomáticas***, pues implican a una persona en su totalidad, no sólo a una parte de ella como si se tratase de un mecano.

En *Psicosomatología*, por tanto, es obligado el encuentro con otro ser humano para comprender el papel que juega la **enfermedad** (estado producido por un agente causal que cursa en pródromos, acmé y convalecencia, con anomalías anatomopatológicas y alteraciones analíticas tratadas por médicos) o el **trastorno** (conjunto de síntomas sin lesión estructural ni análisis alterados que tratan psiquiatras, psicólogos y psicoterapeutas) en la vida de esa persona.

Podemos recordar aquí las palabras de otro ilustre psicosomatólogo, el médico internista y psicoanalista argentino, Dr. Luis **Chiozza** cuando nos advierte sobre la importancia de no quedarnos sólo en el alivio de los síntomas o en el mero remedio de la enfermedad:

“Es necesario tener en cuenta que la enfermedad es la «solución» que el enfermo ha encontrado, y que su desaparición, por sí sola, restablece un problema.”

Conocer a la persona y el “atasco” que enfrenta nos permitirá tratar no solamente *lo urgente*, sino también *lo importante* para que no vuelva a repetirse el trastorno o la enfermedad. Así, resulta esencial ayudar a nuestro paciente a salir del “callejón sin salida” vital en el que se encuentra. Sabemos que la *Medicina Psicosomática* lleva siglos desarrollándose y podemos recordar aquí a uno de sus ilustres representantes, el psiquiatra suizo Adolf **Meyer** que en 1909 introdujo el término de *Psicobiología* para subrayar la importancia que tiene el **estudio biográfico de la persona en la comprensión del síntoma en su integridad**. Y la dificultad no se halla sólo en entender, sino que además debemos intervenir. Recordemos aquí también las palabras de otro gran psiquiatra y psicoterapeuta, el Dr. Francisco **Ortega Bevia** cuando nos previene:

“Cuanto mayor es el sufrimiento [*que está padeciendo nuestro paciente*] mayor es el esfuerzo que se realiza para evitar el cambio.”

No caigamos en el error de pensar que la tarea terapéutica es fácil. Quisiera con esta sección en la nueva etapa *Newsletter* de la **Sociedad Española de Medicina Psicosomática** colaborar y devolver a quien quiera leer estas líneas parte de lo recibido en mi formación y práctica clínica psicoterapéuticas.

En estos años lo *importante* ha sido descubrir dos grandes campos que me han ayudado grandemente en el trabajo de mejorar la Salud Mental de mis pacientes y que espero poder transmitir en próximos artículos. Estos han sido: la extremadamente útil *Orientación sistémica relacional* y, cómo no, nuestra imprescindible y querida *Psicosomatología*. ¡Hasta el próximo encuentro!

[*Volver al índice*](#)

LA COMPASIÓN EN LA CLÍNICA MÉDICA

Dr. Manuel Alvarez Romero. Médico internista. Psicosomatólogo

El dolor y el sufrimiento son dos vivencias inherentes al vivir humano y de modo más específico destacables en el quehacer de la Medicina. Su efectiva aplicación entraña un amplísimo campo de posibilidades, manifestaciones y efectos de viva presencia en la historia de la salud y enfermedad de los humanos, desde sus orígenes. Estas vivencias aparecen en los vestigios prehistóricos y se palpa en el día a día más inmediato.

Hace pocos años escribimos sobre este tema con la certeza de que podría ampliarse mucho más tanto a nivel teórico como práctico y nos sorprende la abundancia de nuevas publicaciones, ponencias congresuales conferencias difundidas. Y nos alegra que el mejor conocimiento de la Compasión, su práctica y aplicación propiciase el mágico efecto paliativo y curativo que esta “panacea de bajo coste para quien la recibe” y de elevado pago para el que la administra.

La reacción del sujeto doliente sobre el propio dolor y sufrimiento es de amplio espectro y la de cada uno por el dolor y sufrimiento ajeno también lo es. Y todas ellas son plurales en sus formas, motivaciones y efectos pues varían desde la frialdad y la ajeneidad más elevadas hasta la cercanía y el apoyo más personal y efectivo.

En toda actividad clínica el dolor y el sufrimiento son síntomas frecuentes, casi universales en todo proceso vital o dolencia. A la vez infunden una vulnerabilidad personal, con posible contagio y desarrollo colectivo que da lugar a procesos de feed-back enormemente significativos a la hora de enfocar el conocimiento de las crisis personales/sociales de dolor y sufrimiento. En el campo de la Psicosomatología la experiencia es grande y antigua. Y sabemos que, si la compasión siempre puede aliviar, la palabra escuchada o expresada ¡Cuánto puede aliviar, curar –o al menos consolar- un decir confidencial, expresado con un talante paternal, fraterno, amistoso y cordial!

La presencia de dolor y sufrimiento afectan a quienes rodean a la persona doliente y los círculos concéntricos que, como ondas, se desarrollan expansivamente van desde la inmediatez física o moral a la humanidad entera. Los actuales medios de comunicación juegan un gran papel en el crecimiento de la cercanía y rapidez de la información. Un aspecto interesante podría ser el estudio de la sensibilidad cognitiva y afectiva en quienes conocen el dolor o sufrimiento concretos y en una persona concreta. Y pensamos que guarda

notable relación con la presencia, el vínculo, la cercanía afectiva, la convivencia, la fenomenología, la causalidad de los hechos, etc.

Una especial situación es, sin duda, la de los cuidadores sanitarios. Pueden abarcar, con los médicos en sus múltiples especialidades, a paramédicos en sus numerosas cualificaciones (fisioterapeutas, psicoterapeutas, podólogos, enfermeros, etc.), a los cuidadores, auxiliares o subalternos, etc. y no olvidemos al ejército innumerable de voluntarios que, en mil organizaciones públicas o privadas, civiles o con un fundamento de religiosidad, con dedicaciones puntuales o permanentes extienden un cuidado inconmensurable a la humanidad doliente.

Laín Entralgo consideraba el encuentro médico-enfermo como el de dos menesterosos, dos personas necesitadas, una de ser curado y otra de curar, simultáneamente. Y pensamos que esta motivadora actitud del cuidador, estimula la iniciativa y la creatividad, tendiendo a abocar en la autenticidad de su personal y quizás peculiar ayuda que aprovecha lo aprendido en mil fuentes. Así se enriquece toda acción compasiva en el amplísimo espectro que venimos describiendo. Y así también se recrece la sensibilidad, la constancia, la paciencia y el alcance imaginativo de la actividad compasiva.

Merece la pena reseñar desde la antropología del humanismo, la relación basada en el cuidado, la ternura en la ejecución del alivio psicológico, espiritual o material prestado entre otras facetas descritas en este texto. Y nos parece novedoso y de especial interés el desglose del contenido del acontecer compasivo. A la vez parece preciso realizar el ejercicio de diferenciación entre los conceptos de empatía, simpatía y compasión. Solo señalaremos aquí, por ahora, la necesidad de contar con un componente de respuesta activa y volitiva personal en la Compasión que de ordinario se olvida u omite. Antes queda la actividad cognitiva y emocional presente en la empatía y la simpatía mientras que en la compasión es preciso contar con una cierta pero clara actividad volitiva añadida –querer actuar, en lo posible llegar a la acción-, que conduce a la operatividad, a prestar la ayuda posible y deseada.

Al respecto, transcribiremos las definiciones que, sobre estos tres conceptos, aparecen en el Diccionario de la RAE, así como de la Misericordia, por ser muy afín a ellos:

Empatía:

Sentimiento de identificación con algo o alguien.

Capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos.

Simpatía:

Inclinación afectiva entre personas, generalmente espontánea y mutua.

Inclinación afectiva hacia animales o cosas, y la que se supone en algunos animales.

Modo de ser y carácter de una persona que la hacen atractiva o agradable a las demás

Relación de actividad fisiopatológica entre órganos sin conexión directa.

Relación entre dos cuerpos o sistemas por la que la acción de uno induce mismo comportamiento en el otro.

Compasión:

Sentimiento de pena, de ternura y de identificación ante los males de alguien.

Misericordia:

Virtud que inclina el ánimo a compadecerse de los sufrimientos y miserias ajenos.

Pieza en los asientos de los coros de las iglesias para descansar disimuladamente, medio sentado sobre ella, cuando se debe estar en pie.

Puñal con que solían ir armados los caballeros de la Edad Media para dar el golpe de gracia al enemigo.

Atributo de Dios, en cuya virtud perdona los pecados y miserias de sus criaturas.

Porción pequeña de alguna cosa que suele darse de caridad o limosna

Y para terminar, nos reafirmamos en nuestro deseo de continuar desarrollando este interesante tema que surge en la entraña psicosomática, que supone un bálsamo espiritual en las terapias de cada día y en el que cabe profundizar abundantemente, tal como va sucediendo en los pasados congresos de las Sociedades Española y Andaluza de Medicina Psicosomática, en los de Interpsiquis 2021 y 2022 y en otros foros y publicaciones.

Bibliografía

Alloni, Rossana. “Más allá de la medicina”. Palabra. 2016

Alvira, Rafael. “Filosofía de la vida cotidiana” Rialp. 1999

Campos, Daniel. “Terapia de compasión” VVAA. Singlarana editorial. 2020

García Campayo, Javier. “Mindfulness y compasión”. Ilus book. 2015

García-Sánchez, Emilio. “Despertar la compasión”. Eunsa. 2017

Gilbert, Paul. “Terapia de entrada en la compasión”. Desclée de Brouwer. 2015.

Hannah Arendt. “La condición humana”. Paidós, 2005.

Henry Nouwen, J.M. “Compasión en la vida cotidiana”. Lumen Argentina. 2013

Moreno, Pedro. “La Mochila: Algunas herramientas para hacer que tu vida funcione mejor”. Ebook. 2019

Russell L. Kolts: “Manuel clínico de terapia centrada en la compasión”. Desclee de brouwer. 2020.

Congreso Interpsiquis 2022. Simposio: Compasión y Terapia Psicosomática. Fundamentos Antropológicos de la Compasión. González Infante, José Manuel.

La Compasión ante el dolor y el sufrimiento. Álvarez Romero, Manuel

La Compasión desde la perspectiva sistémica. Del Pino Montesinos, José Ignacio. Ascética y mística de la Compasión. González López-Arza. M^a Victoria.

XLIX Congreso de la SEMP. Badajoz 10-11 de noviembre 2022. Mesa “La nueva psicología: Antropología Médica y Bioética”. Ponencia: Visión antropológica de la Compasión. Álvarez Romero, Manuel.

XLIX Congreso de la SEMP. Badajoz 10-11 de noviembre 2022. Mesa “Psicosomatología y Espiritualidad”.

Arquitectura psicología de la Persona. Hacia un nuevo paradigma en la medicina del Siglo XXI. González Infante, José Manuel.

Espiritualidad, comprensión y ayuda terapéutica. Álvarez Fernández, Ángel

Del cuerpo y la vivencia clínica a la experiencia de la compasión. González López-Arza, M^a Victoria

[*Volver al índice*](#)

LA IDENTIDAD UNIVERSAL DEL SER HUMANO

José Carlos Mingote Adán. Médico Psiquiatra

Belén Mingote Bernad. Psicóloga Sanitaria

Dada la extraordinaria diversidad de caracteres y conductas manifiestas en los seres humanos, así como la evidencia de nuestro parentesco evolutivo con el resto de homínidos, se discute aún si existe una identidad específica del ser humano dotada de unas características, capacidades y valores morales propiamente humanos. Porque, ¿en qué consiste ser humano? Desde una perspectiva filosófica y religiosa, los profetas de las religiones universales y los filósofos de todos los tiempos han reivindicado la dignidad inherente a cada ser humano (Gomá Lanzón, 2019).

La perspectiva evolucionista puede ayudarnos a comprender nuestra complejidad constitutiva, así como la responsabilidad que compartimos respecto de toda la humanidad y de la vida en la tierra. La perspectiva antropológica puede ayudarnos también a comprender que somos seres que compartimos una identidad constitutiva paradójica como para que podamos ser tan creativos como destructivos, tan capaces de amar como de odiar.

Sin embargo, ante tanta diversidad de rasgos y comportamientos, se discute aún si existe una identidad específica del ser humano, lo que se acentúa por el auge del postmodernismo constructivista y de una zoolatría que tiende a humanizar a los homínidos, nuestros parientes evolutivos más próximos. Así, el renacentista Pico della Mirándola, proclama en la *Oratio de hominis dignitate* que: “*La naturaleza del hombre es no tener naturaleza*”. En el sentido de que la naturaleza del ser humano es no tener sólo una naturaleza animal. Porque el *nasciturus* no es un ser acabado desde el nacimiento, sino que es un sujeto dotado de un abanico pleno de posibilidades evolutivas, como la capacidad de conquistar un alto grado de libertad personal. Tan irracional sería desconocer la realidad diferencial entre el ser humano y el resto de especies animales, como vivir igual que los animales de cualquier otra especie. Por su parte el humanista español Juan Luis Vives (s. XVI) bautizó al hombre como “animal difícil”, luchador indómito, que, si se lo propone, es capaz de rebelarse y de no someterse a ningún yugo esclavizador, sea impuesto por otros o por él mismo, como sucede en las adicciones.

En la modernidad Hannah Arendt (1988) describió la “identidad narrativa” que cada persona escribe y reescribe de forma continua a lo largo de toda su vida, las historias o relatos biográficos en los que integramos los incontables

aspectos de nuestra experiencia. Universos de palabras que, a modo de matriz simbólica, son un reflejo de nuestros estados mentales. Se trata de un camino más o menos largo que todos debemos transitar para construir una identidad personal única. Camino que incluye tener que aprender a solucionar numerosos problemas y situaciones estresantes, como aprovechar oportunidades que es preciso reconocer para nuestro bienestar, individual y comunitario. Somos unos homínidos singulares, íberos, griegos, romanos, judíos, árabes, cristianos, europeos ... humanos todos, herederos de una historia tan rica que, como buena maestra, nos puede guiar en el conocimiento de nuestra condición humana. En todo caso debemos destacar la importancia del lenguaje como conformador de las distintas versiones de las diversas realidades que integran a cada ser humano.

Pero ¿en qué consiste ser humano? La respuesta a esta pregunta es una irrenunciable tarea de exploración personal bien acompañada, porque un ser humano solo puede constituirse día a día en la buena compañía de otros seres humanos: solo es posible ser persona tras volver a nacer en la matriz de la alteridad, es decir, en una red de buenas relaciones personales. Nadie puede vivir solo para sí mismo, sino en sociedad. Entendiendo por sociedad el conjunto de los vínculos interpersonales que nos constituyen desde la concepción hasta la muerte. La vida de cada persona es el resultado de una construcción cooperativa, una realidad única y, a la vez, semejante a la de todos los demás, en permanente interacción dinámica. Somos seres híbridos, bio-culturales, es decir, extraordinariamente complejos, intrínsecamente fracturados y, en consecuencia, conflictivos. Por lo que debemos esforzarnos por conocer los componentes fundamentales que nos constituyen, como el granito resulta de la combinación irreductible de cuarzo, feldespato y mica. Este sencillo ejemplo puede servirnos como metáfora del extraordinario puzzle o rompecabezas dinámico que es cada ser humano, en el que es tan habitual extraviarse por el camino: desde “ser de necesidad”, como el resto de las especies, hasta la conquista de la libertad personal. Desde la perspectiva antropológica y evolucionista, ser humano implica asumir el reto civilizatorio y humanizador al que todos debemos estar convocados, con el objetivo de mejorar el bienestar y la salud de todos los seres humanos. Se trata de aprender a hacerse cargo y desarrollar el extraordinario patrimonio biológico, científico y cultural de la especie a la que todos pertenecemos.

Desde la perspectiva evolucionista cada ser humano es un híbrido hipercomplejo que integra estos tres módulos constitutivos de nuestra identidad específica (Gomez Bosque, 1974; Lamote de Grignon, 1980; González García,

1984; MacLean, 1985; Porges, 1997; Gómez Bosque, Ramírez Villafañez, 1998; McEwen, 2002; Gómez y Carreras, 2004; Damasio 2010, 2018):

1, el módulo biológico número uno, que incluye los sistemas defensivos de supervivencia individual: tiene por objeto mantener la homeostasis corporal (sistema inmune innato, sistema nervioso primitivo o “reptiliano”, etc.) y las conductas adaptativas (saludables) dirigidas a la satisfacción de necesidades primarias, como la integridad corporal y el equilibrio del medio interno. Así, ya en las criaturas unicelulares aparece el sistema homeostático más primitivo, formado por las llamadas proteínas de choque térmico, que se activa (también en los seres humanos) en respuesta a cualquier tipo de estresor. Algunas de estas funciones vitales operan como automatismos conductuales ya desde el nacimiento, como la respiración, el metabolismo y la búsqueda de apego interpersonal. Otras funciones han de ser desarrolladas por aprendizaje a través de una buena educación, como para adquirir hábitos saludables de higiene y el cuidado de la salud. A nuestro cerebro reptiliano se le calculan unos doscientos millones de años y a nuestro cerebro límbico sesenta y cinco millones de años (Porges, 1997, 2006). Este sistema asienta a nivel medular y troncoencefálico, que está presente en todos los metazoos (organismos pluricelulares, con diferenciación germinal y somática en tejidos y órganos), incluidos los seres humanos.

2, el módulo biológico número dos o de supervivencia grupal (sistema límbico, “cerebro mamífero”), que satisface nuestra necesidad de seguridad y de pertenencia a un grupo social y es la base de nuestra común mentalidad grupal. La importancia vital de este módulo se ha evidenciado en numerosos estudios sobre la importancia del apoyo social como mecanismo de afrontamiento efectivo frente a la adversidad en todas las culturas conocidas. Es lo que Karl Popper (1945) denominó “el espíritu tribal” o la mentalidad tribal, que considera irracional y fuente de todos los nacionalismos excluyentes y de todas las guerras. A lo largo de la historia la mentalidad tribal se manifiesta como discursos de odio contra “ellos, los otros”, los extraños al grupo; y con narrativas idealizadoras y espurias de un “nosotros” ficticio, que a menudo tratan de justificar de forma autocomplaciente en supuestos derechos históricos o privilegios raciales que son falsos. Popper ve en esta poderosa fuerza, la génesis de las sociedades cerradas, de las tribus, por oposición a la sociedad abierta e inclusiva formada por ciudadanos libres y responsables. *La cultura o mentalidad tribal* promueve los valores del grupo de pertenencia, como se evidencia en el continuo resurgir de los nacionalismos y de los sectarismos excluyentes de cualquier signo político (García-Gañán y Gonsalves, 2005).

Posteriormente Sloterdijk (2017) explora cómo la pertenencia a un grupo cohesionado permite afrontar muchos desafíos y crisis existenciales, en comparación con individuos aislados, aunque siempre implique un riesgo cierto de violencia entre grupos rivales. La cultura tribal se rige por la ley del más fuerte y la opresión de los más débiles, que conforme con la naturaleza, es origen de tanta violencia y de la decadencia de todas las sociedades conocidas a lo largo de la historia. Por eso Sloterdijk recomienda que nos esforcemos en desarrollar el pensamiento crítico para protegernos de la seducción de la masa y prevenir que las instituciones sociales protectoras se conviertan en cárceles homicidas, como pasa en los regímenes totalitarios.

3, el módulo biológico número tres, específico de los seres humanos, integra los dos anteriores y se caracteriza por el extraordinario desarrollo de las cortezas prefrontales y de las áreas de asociación interhemisféricas corticales. Cuando los tres módulos neurobiológicos se integran de modo efectivo, dirigen todas las funciones biológicas y el desarrollo de una personalidad sana, creativa y resiliente, con capacidad para una convivencia cordial y fructífera orientada al bien común, que es el de todos. Cuando no es así, aparecen los diversos trastornos mentales y del comportamiento propios del ser humano. El desarrollo óptimo de este módulo depende de factores neurobiológicos, vinculares y socioculturales, entre los que destaca un entorno familiar sano y una educación de calidad basada en la promoción de hábitos saludables y del respeto a los valores éticos universales. El desarrollo pleno de la mentalidad humana, exige realizar un esfuerzo para superar el individualismo y la mentalidad endogámica o tribal, para poder desarrollar la apertura mental priorizar la inclusión de toda la humanidad, es un proceso de cambio de mentalidad, *meta-noia* en griego, nos exige el esfuerzo para cambiar nuestra manera habitual de pensar (individualista y tribal), conscientes de la responsabilidad que todos compartimos para la construcción de un mundo mejor. No podemos renegar de la humanidad que nos une a todos sin poner en peligro una existencia digna para todos, en especial ante adversidades y riesgos globales como compartimos. En estos casos es preciso armonizar la salud y la seguridad individual con la salud y la seguridad comunitaria, que en los tiempos actuales debe ser también ecológica y global. Puesto que nos enfrentamos a riesgos globales, como el uso de armas nucleares, que son distintas formas de suicidio colectivo.

Desde la perspectiva antropológica, diferentes investigadores, como Jaspers 1946, 1993; Gómez Bosque y Ramírez Villafañez (1998), Pennington (2002) y Pelegrina Cetrán (2006) caracterizan la identidad específica del ser

humano por 5 dimensiones básicas, como los dedos de nuestras manos: biológica, biográfica, psicológica, sociocultural y espiritual, ética o moral, la menos desarrollada aún en este momento de la Historia de la Inhumanidad. Estas 5 grandes dimensiones, que integran un extenso común denominador y un exclusivo numerador, han de tenerse en cuenta y explorarse adecuadamente en todas las evaluaciones de la salud mental individual. Porque los humanos tenemos el privilegio de ser herederos de una triple herencia: filogenética (biológica), histórica, científica y cultural. Además, podemos ser constructores de una historia personal única, sólo posible en el seno de relaciones interpersonales de calidad humana y en un entorno social facilitador, democrático, aunque sea imperfecto. Porque el reconocimiento del valor de cada ser humano es con seguridad uno de los logros evolutivos y éticos más importantes de nuestra especie. Además, nuestra especie constituye en la actualidad el primer factor modificable que influye en la vida y la evolución biológica del planeta. Para ello es esencial una formación ética que nos capacite para poder comprender la complejidad de la identidad humana y predecir las consecuencias de nuestros actos para nuestra salud individual y comunitaria.

Debemos reconocer que vivimos en tiempos de crisis o (entre crisis) caracterizados por el choque entre dos modelos en el ejercicio del poder: el del abuso de poder absoluto, corrupto y tribal, a través del miedo; y el de un ejercicio del poder fundamentado en criterios éticos. Es lo que nos propone Ferrajoli (1995), como Jesucristo y los grandes profetas: el ser plenamente humano es solidario y está comprometido en la lucha por la vida, la justicia y la paz, para que podamos ser plenamente humanos. Por lo cual, todos tenemos el deber moral de ser inclusivos con “los excluidos” de todo tipo, según la conocida “ley del más débil” de Luigi Ferrajoli (1995), frente a la general “ley del más fuerte”. A juicio de Ferrajoli, éste es el fundamento del modelo garantista, caracterizado por un cambio estructural de doble vertiente, en el derecho y en la democracia, que se deriva de la inserción en ambos de una nueva «dimensión sustancial». La presencia de ésta dimensión sustancial hace del Estado constitucional de derecho la culminación de un laborioso proceso de erosión del viejo concepto de soberanía en el ámbito interno de los Estados, que se traduce en el imperativo jurídico de sujeción de toda forma de poder al Derecho, ya no sólo en el plano de los procedimientos sino también en el del contenido de las decisiones. Pero este proceso, lamentablemente, no ha tenido correspondencia en el orden de las relaciones internacionales, a pesar del nacimiento de la ONU y del auténtico «contrato social internacional» que es la Carta de 1945.

Según desarrolla Diego Gracia (2004), la dimensión ética humana incluye capacidades innatas protomorales, susceptibles de desarrollarse a través de la apropiada educación. Nacemos con una “mente moral” (Hauser, 2008) que nos permite diferenciar lo bueno de lo malo, y se desarrolla junto con y como el altruismo, la empatía y el lenguaje. Se manifiesta por la capacidad de correspondencia o de reciprocidad (“Hoy por ti, mañana por mí”) y por la capacidad de cuidar al que sufre (ética del cuidado). En la sabiduría ancestral se cree que las emociones humanas se generan en nuestras vísceras, para codificarse luego en nuestro cerebro y en nuestro corazón. De forma simbólica se dice que una persona “no tiene corazón” o “no tiene entrañas”, para significar que carece de empatía con sus semejantes o que su conducta es “inhumana”. El sufrimiento propio puede sensibilizarnos al sufrimiento ajeno, como expresaba Don Benito Pérez Galdós: “¿No es triste considerar que solo la desgracia hace a los hombres hermanos?” (*Trafalgar*). Junto con el resto de sensopercepciones, las experiencias de placer, dolor y el estrés que lo anticipa son importantes inputs que despiertan la conciencia personal. Esta se desarrolla por el efecto de factores biológicos, históricos, psicológicos, sociales y éticos.

Bibliografía.

- Damasio A. Y el cerebro creó al hombre. Destino, Barcelona, 2010.
- Damasio A. El error de Descartes. Destino, Barcelona, 2011.
- Ferrajoli L. Derechos y Garantías. La ley del más débil. Estructuras y procesos en derecho. Trotta, Madrid, 1995.
- Gómez Bosque P. Los caminos de la evolución y el origen del hombre. Sever-Cuesta, Valladolid, 1974.
- Gómez Bosque P., Ramírez Villafañez A. Cerebro, Mente y Conducta Humana. Amarús, Salamanca.1998.
- Gómez J, Carreras A. Neurogénesis y estructura modular de la conciencia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 88, 91-106, 2004.
- Gómez Bosque P, Ramírez Villafañez A. (Eds.) XXI ¿otro siglo violento? Díaz de Santos, Madrid, 2005.
- Gómez Bosque P. El sentido de la vida: reflexiones sobre la felicidad. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. 2007.

Gómez Bosque P y cols. Reivindicación del alma. Espíritu y convivencia universal. Díaz de Santos, Madrid, 2014.

González García A. Emergencia y riesgo de la especie humana. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Cultura, Madrid, 1984.

Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética. Triacastela, Madrid, 2004.

Hauser M. La mente moral. Paidós Ibérica, 2008.

Jaspers K. Psicopatología General. Cuarta edición, Beta, Buenos Aires, 1980.

Jaspers K. Origin and Goal of History, 1949. Routledge Revivals, London, 2011.

Lamote de Grignon C. Neurología evolutiva. Salvat, Barcelona, 1980.

MacLean P. The triune brain in evolution. Plenum Press, New York, 1990.

McEwen The end of stress as we know it. Joseph Henry Press, Washington, 2002.

Pelegrina Cetrán H. Fundamentos Antropológicos de la Psicopatología. Polifemo, Madrid, 2006.

Pennington BF. The development of psychopathology: A neuroscience approach. Guilford Press, New York, 2002.

Porges SW. The polivagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication and self-regulation. WW Norton, New York, 2011.

Porges SW. La teoría polivagal. Pléyades, Madrid, 2016.

Sloterdijk P. Estrés y libertad, Eds. Godot. Argentina, 2017.

Vargas Llosa M. La llamada de la tribu. Alfaguara, 2018.

[*Volver al índice*](#)

RECENSIONES DE LIBROS

AUTOGENICS 3.0:

LA NUEVA VÍA AL MINDFULNESS Y LA MEDITACIÓN

229 págs. 15 cm x 22 cm. Rústica, Tapa Dura y Kindle

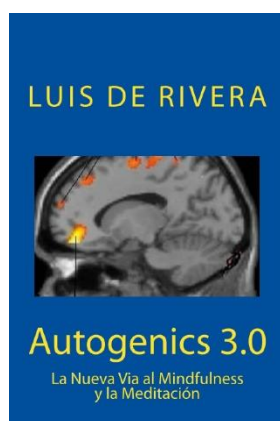
ICAT, International Committee of Autogenic Therapy

Traducido al inglés, alemán y francés. Distribución mundial: Amazon

Recensión por David Alvear

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.

Universidad del País Vasco EHU/UPV



Informo al lector que esta no es una recensión al uso, la realizo desde dos vertientes: por un lado, la de investigador en el ámbito de la meditación y las ciencias contemplativas, y, por otro lado, desde la experiencia de dos años de práctica diaria de autogenics. En adelante, señalaré indistintamente dimensiones de interés tanto de la obra como de la propia práctica de Autogenics.

El Dr. Luis de Rivera ha dedicado gran parte de su vida profesional a la modificación y perfeccionamiento del entrenamiento autógeno desarrollado por Schultz en Alemania en los años 20 del siglo pasado (Autogenics 1.0). De Rivera fue discípulo de Luthe en Canadá con el que se formó en un entrenamiento autógeno más sofisticado denominado como Terapia autógena (Autogenics 2.0). El Dr. De Rivera, en los últimos años, ha madurado un método amplio y eficaz que integra lo mejor de los métodos de Schultz y Luthe con los nuevos conocimientos científicos en el ámbito de mindfulness y la meditación. La obra Autogenics 3.0 es la exposición de gran parte de este método, en él nos enseña con gran criterio pedagógico como llevar a cabo la meditación somatosensorial, la meditación sentimental, la meditación en el sentimiento o el ejercicio de “no hacer nada”, entre otras prácticas meditativas.

El libro Autogenics 3.0 se divide en 10 capítulos. En la Introducción ahonda en los términos Meditación y Mindfulness. En el segundo capítulo propone un recorrido por la historia humana y las formas que ha tomado la meditación en las diferentes tradiciones de sabiduría hasta llegar a la creación de Autogenics. En el tercer capítulo se enfatiza la vivencia de la meditación, aunque se reconoce que se parte de palabras y conceptos (como no podía ser

de otra manera). El capítulo cuarto es fundamental, en el desvela Autogenics 3.0 como un entrenamiento en atención donde destacarán dos modos atencionales cruciales en la práctica: la concentración pasiva y la aceptación pasiva. El cerebro y el impacto de Autogenics 3.0 en el sistema nervioso son los protagonistas en el quinto capítulo. A partir de ahí, comienza con el proceso instruccional de la práctica de Autogenics 3.0 propiamente dicha. Los capítulos 6, 7, 8 y 9 se centran en (6) ofrecer pautas generales para la práctica, y en (7) explicar la meditación somatosensorial, (8) la meditación sentimental y (9) la meditación en el sentimiento, respectivamente. El libro finaliza con un capítulo denominado como Mundo Interno en el que el autor desglosa diferentes conclusiones relativas a la consciencia, la coherencia interhemisférica y la creatividad, entre otras cuestiones.

Basándome exclusivamente en mi experiencia personal y como psicoterapeuta puedo señalar que Autogenics 3.0, si bien incluye los potenciales de las intervenciones basadas en mindfulness, especialmente mediante la meditación somatosensorial y el cultivo de la concentración pasiva y la aceptación pasiva, en ámbitos de intervención relativos a la psicósomática me parece un método más efectivo que el propio mindfulness. Por ejemplo, al ser un abordaje integral, ofrece recursos como la modificación autógena basada en el principio ideoplástico en la que es posible entrenar ejercicios específicos de órgano derivando en excelentes resultados de carácter psicósomático.

Otra cuestión que me resulta de interés, y que supone un elemento diferencial respecto a mindfulness, y, especialmente, respecto a las prácticas de meditación budistas, es la concentración dual. En Autogenics 3.0 la concentración pasiva se experimenta por dos vías: la percepción interoceptiva de un marcador somático (p. ej. percibir la calidez en el brazo derecho) y la verbalización (lingüística) de la propia experiencia somática (p. ej. repetir en la propia mente la frase “mi brazo derecho es cálido”). Si bien es probable que la citada concentración dual ayude al meditador a concentrarse de una manera más efectiva, a mí me interesa otra cuestión: es muy probable que la verbalización constante del tipo “mi brazo derecho es cálido” aporte una mayor fortaleza al yo, una mayor capacidad de distinguir el yo-corporal de lo que no es el yo-corporal. Siguiendo a la psicología del yo (Hartmann, 1958), la fortaleza del Yo es un elemento sustancial en la salud mental (de Rivera y de las Cuevas, 1992). Por el contrario, en la meditación budista se realiza hincapié en la toma de conciencia mediante de la “no sustancialidad del yo” (anatta), esta cuestión puede resultar problemática en sujetos que no posean anteriormente un yo fuerte. Considero que en nuestra sociedad la gran mayoría de la ciudadanía va a obtener más beneficios psicológicos al centrarse en desarrollar un yo fuerte, en

vez de dedicarse al cultivo de la “no sustancialidad del yo” derivada de la práctica del vipassana, o de meditaciones budistas con similares objetivos. En este aspecto, deduzco que Autogenics 3.0 es un método que fortalece el yo y repercute de una manera saludable en que cada uno se haga cargo de su propio cuerpo-mente.

Podría seguir desarrollando las bondades del método de Autogenics 3.0 y del libro con el mismo título, en el cual se explica con rigor el citado método, pero prefiero invitar al lector a sumergirse en la lectura de este extraordinario manual. Le animo, estimado lector, a que se deje llevar por los múltiples recovecos de esta excepcional práctica meditativa occidental. No me gustaría acabar sin subrayar que una coincidencia fundamental entre el mindfulness científico y autogenics es que ambos funcionan si se entrena, es decir, si se practica a diario durante meses. No es un camino para pusilánimes, pero con apoyo y, especialmente, con un profesional cualificado en el método, estoy seguro que el camino al que Autogenics 3.0 le dirigirá en su vida le sorprenderá gratamente.

Referencias bibliográficas:

De Rivera, J.L., y De las Cuevas, C. (1992). La evaluación psicodinámica de las funciones del yo. *Psiquis*, 13 (8):287-324

Hartmann, H. (1958). *Ego Psychology and the problem of adaptation*. International Universities Press.

[Volver al índice](#)

ANUNCIOS, CONVOCATORIAS Y ACTIVIDADES

12 de diciembre 2022 a las 10:00

Ciclo de desayunos

Innovación y Sostenibilidad en la Sanidad del Futuro

Reunión con Rosa María Romero,

Presidenta de la Comisión de Sanidad y Consumo
del Congreso de los Diputados



27 de enero 2023 a las 13.30

Restaurante Jai Alai

Las Mañanas de la SEMP

Prof. Dr. Celso Arango



Curso Autogenics por zoom

[28 de enero 2023 a las 10:00](#)

[Inicio curso Autogenics nivel 1](#)



3 y 4 de marzo 2023

Atención al trauma:

Terapia Sistémica Breve Centrada en Soluciones

Consulta Dr. Carlos Chiclana

Info: blancafiter@doctorcarloschiclana.com

Dr. Carlos Chiclana

8 de mayo 2023 a las 19.00 h

Ateneo de Madrid, sala Ramón y Cajal:

“Conversión y Somatización:

El misterioso salto de la mente al cuerpo”

Alfonso Gómez-Prieto y Luis de Rivera



[Volver al índice](#)