

Revista de Psicología
de la Universidad de Monterrey

Conciencia Contemporánea

CIENCIAS
DE LA
SALUD

EDICIÓN. II 2024



Directorio

Rector

Mario Páez

Vicerrectora de Ciencias de la Salud

Lilia García

Decano de Escuela de la Psicología

Thomas Huggins

Director de Programas de Posgrado / Director Editorial de la Revista

Nicolás Campodónico

Directora de Programas Académicos de LPS, LPSC, LPT

Carolina Pérez

Directora de Departamento

Lorena García

Director de CETIA

Jaime Carrillo

Editora de la Revista

Angélica Limón (Universidad de Monterrey)

Comité Editorial

Thomas Huggins (Universidad de Monterrey) **Rafael Félix** (Universidad de Monterrey) **Hacla Soria** (Universidad de Monterrey) **Paola González** (Universidad de Monterrey) **Angélica Quiroga** (Universidad de Monterrey) **Julia Gallegos** (Universidad de Monterrey) **Ania Chávez** (Universidad de Monterrey) **Umberto Domínguez** (Universidad de Monterrey) **Miguel Gutiérrez** (Universidad de Monterrey) **Said Jiménez** (Unidad de Investigación en Medicina Basada en Evidencias, Hospital Infantil de México Federico Gómez) **Analía Losada** (Universidad de Flores) **Modesto Solís** (Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones/Facultad de Psicología de la UNAM) **Alejandra López** (Universidad de Monterrey) **Brenda Muñoz** (Universidad de Monterrey) **Andrea Treviño** (Universidad de Monterrey).

Conciencia Contemporánea, Año 2, No. 02, es una publicación semestral, editada por la Universidad de Monterrey (UDEM), con domicilio en Av. Ignacio Morones Prieto 4500 Pte., San Pedro Garza García, Nuevo León, <https://www.udem.edu.mx/es/institucional/revista-psicologia> Editores responsables: Nicolás Campodónico y Angélica Limón. Registro en línea. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura de la UDEM. Queda autorizada la reproducción parcial de los contenidos e imágenes siempre y cuando se cite debidamente la fuente.

Carta Editorial

Es un honor y privilegio para mí dirigirme a ustedes en esta nueva edición de la Revista de Psicología de la Universidad de Monterrey, Conciencia Contemporánea.

En esta edición hablamos sobre diversos temas de investigación en psicología que demuestran y posibilitan preguntas y resultados muy interesantes para la disciplina. De esta manera, podremos disfrutar de autores con diferentes enfoques y líneas de trabajo para poder aprender a partir de sus publicaciones. Incluimos artículos que abordan temas como condiciones neurológicas para la experimentación de alucinaciones sensoriales, el aporte de la psicología educativa, un programa sistémico para la reducción de estrés, violencia, entrenamiento musical y desarrollo de habilidades, la salud mental y salud pública, así como también la inscripción del psicoanálisis en las instituciones de salud.

En compromiso con la calidad y rigurosidad académica, cada artículo fue sometido a un proceso de revisión para asegurar que cumplan con los estándares de excelencia que caracterizan a la UDEM.

Quiero expresar mi agradecimiento a todos los involucrados en la creación de esta nueva edición. Su dedicación y compromiso han hecho posible este logro.

Mi deseo para ustedes es que en estas páginas encuentren las palabras suficientes para continuar con el proceso de construcción de conocimiento característico de nuestra profesión y disciplina. Espero que esta revista sea un espacio enriquecedor para el intercambio de ideas y la exploración de nuevos horizontes, y puedan compartir sus futuras investigaciones.

Atentamente,

Dr. Nicolás Campolónico

Director Editorial

Director de Programas de Posgrado de Psicología

Índice

- 02 **Carta Editorial**
Nicolás Campodónico
-
- 04 **Condiciones neurológicas para la experimentación de alucinaciones sensoriales causadas por desaferentización neuronal en lesiones del sistema nervioso**
Umberto León-Domínguez.
-
- 15 **Psicología educativa y su posible aportación al ejercicio docente**
Tere Ramírez
-
- 19 **Museo Haiku: Programa sistémico multienfoque para la reducción de estrés en pandemia**
Virginia Frutos, Angélica Quiroga
-
- 30 **Escucharnos: Reflexiones en torno al trabajo psicológico con hombres respecto a su corresponsabilidad para erradicar la violencia contra las mujeres**
Omar Méndez
-
- 37 **Sinfonía cerebral: This is your brain on music**
Sandra Meza, Erwin Villuendas
-
- 43 **Fomentando la salud mental como un derecho universal en Monterrey**
Claudia Martínez, Rebeca del Carmen Téllez
-
- 49 **Psicoanálisis en las instituciones de salud**
Valeria Espinosa
-
- 53 **Habilidades para la comunicación de malas noticias en estudiantes de medicina**
Miranda López
-

Condiciones neurológicas para la experimentación de alucinaciones sensoriales causadas por desaferentización neuronal en lesiones del sistema nervioso

Artículo científico

Umberto León-Domínguez
Doctor en Psicología Clínica de la Salud. Maestro en Neuropsicología Experimental, Maestro en Neuropsicología Clínica. Director del Laboratorio de Estudios del Cerebro y Cognición Humana de la Universidad de Monterrey, SNI.
Contacto: umberto.leon@udem.edu



Resumen

La hipótesis de la desaferentización neuronal se ha utilizado para explicar la aparición de alucinaciones en ciertas patologías neurológicas. A pesar de que esta hipótesis describe cómo estas alucinaciones son causadas por la desconexión entre dos áreas cerebrales y la hiperactividad de las áreas desaferentadas, poco se ha profundizado sobre los mecanismos nerviosos subyacentes. En el presente trabajo se realiza una revisión sobre las condiciones neurológicas en el síndrome de Charles Bonnet, en las hemianopsias y en las alucinosis pedunculares que pueden arrojar cierta luz a la comprensión del fenómeno de desaferentización como causa de las alucinaciones. La particularidad de estos trastornos es que sus cuadros clínicos no siempre están acompañados de alucinaciones, por lo que identificar los mecanismos que las propician, podría señalar requisitos nerviosos necesarios para su percepción. Por lo tanto, este trabajo de revisión ofrece una explicación detallada sobre el fenómeno de desaferentización y los posibles mecanismos fisiológicos que posibilitan la experimentación de alucinaciones en las lesiones del sistema nervioso.

Palabras clave: Desaferentización neuronal – Patologías neurológicas – Lesiones del sistema nervioso

Abstract

The hypothesis of neuronal deafferentation has been used to explain the appearance of hallucinations in certain neurological pathologies. Although this hypothesis describes how these hallucinations are caused by the disconnection between two brain areas and the hyperactivity of the deafferented areas, little has been delved into the underlying nervous mechanisms. In the present work, a review is carried out on the neurological conditions in Charles Bonnet syndrome, hemianopsias and peduncular hallucinosis that may shed some light on the understanding of the phenomenon of deafferentation as a cause of hallucinations. The particularity of these disorders is that their clinical symptoms are not always accompanied by hallucinations, so identifying the mechanisms that cause them could indicate the nervous requirements necessary for their perception. Therefore, this review work offers a detailed explanation of the phenomenon of deafferentation and the possible physiological mechanisms that enable the experience of hallucinations in lesions of the nervous system.

Keywords: Neuronal deafferentation – Neurological pathologies – Nervous system lesions

Introducción

Las alucinaciones son la experimentación de perceptos en ausencia de estimulación externa que ocurren durante el padecimiento de enfermedades o trastornos psiquiátricos y neurológicos (Oertel, 2007; Martinelli, 2020); o incluso en condiciones no clínicas (Johns, 2005; Larøi, 2019). En los trastornos neurológicos, el estrato nervioso de las alucinaciones no se encuentra plenamente identificado. En una interesante investigación con neuroimagen, donde mapearon el cerebro de sujetos con daño cerebral focal y que habían experimentado alucinaciones visuales y auditivas, descubrieron que estas lesiones alteraban el funcionamiento de una red cerebral común (Kim, 2019). Es decir, la percepción de las alucinaciones, independientemente de su contenido sensorial, se debe a la perturbación de la actividad una red cerebral común (vermis cerebelar, cerebelo inferior y surco temporal superior derecho) más que por la actividad aberrante de los circuitos neuronales sensoriales afectados.

Esta red cerebral común estaría conectada a estructuras sensoriales específicas para definir el contenido sensorial de la alucinación, siendo el núcleo geniculado lateral del tálamo para alucinaciones visuales y el núcleo dentado del cerebelo para alucinaciones auditivas las principales estructuras involucradas (Kim, 2019). En cambio, otros autores parecen sugerir que solo se necesita la alteración de circuitos cerebrales específicos relacionados con el contenido sensorial de la alucinación, en especial a nivel cortical, para experimentarlas (Zmigrod, 2016).

En este sentido, se ha reportado que la estimulación directa de las áreas visuales y auditivas primaria genera alucinaciones sensoriales de la misma modalidad que el área estimulada (Mazzi, 2017; Penfield, 1950), siendo esta alucinación progresivamente más compleja en la medida que las áreas corticales superiores son estimuladas (Aminoff, 2016). El debate sobre las redes cerebrales que se encuentran involucradas en las alucinaciones sigue abierto y se aboga por la necesidad de unificar los diversos marcos teóricos para explicar su experimentación (Zmigrod, 2016). Aun así, independientemente de una etimología concreta, se está emergiendo de las investigaciones ciertas condiciones nerviosas necesarias para percibir las alucinaciones.

La hipótesis de la desaferentización parece posicionarse como eje central sobre la que giran las explicaciones de la percepción fenomenológica de las alucinaciones de tipo sensorial en lesiones nerviosas. La explicación por desaferentización neuronal sugiere que las alucinaciones son causadas por una desconexión entre diferentes regiones cerebrales involucradas en el procesamiento del contenido fenomenológico de las representaciones mentales (2008), normalmente localizadas en los circuitos neuronales de la corteza cerebral posterior (2017). Esta hipótesis sugiere que cuando dos regiones se desconectan, se produce un aumento de la excitabilidad en la región cortical aferente y las áreas vecinas y aumenta la probabilidad de experimentar una alucinación sensorial (Coltheart, 2018; Marschall, 2020). A nivel clínico, la desaferentización puede implicar, además, una diasquisis en cuanto los efectos cognitivos o comportamentales de la lesión se deben a la alteración funcional

de las áreas remotas conectadas con el lugar del daño cerebral (Carrera, 2014).

En relación con la sintomatología alucinatoria, la hipótesis de desaferentización propone que una falta de inputs aferentes de los niveles inferiores a los superiores del cerebro podría inducir una actividad neuronal aberrante y espontánea de las neuronas desaferentadas y también de las neuronas circundantes¹⁵. Por ejemplo, cuando se desconectan neuronas de la corteza visual y estas cambian a un estado de mayor hiper-excitabilidad (Catani, 2005; Collerton, 2005) que facilitará que el individuo pueda experimentar alucinaciones de tipo visual (Reichert, 2013; Ffytche, 1998). Esta hiper-excitabilidad puede deberse a un desequilibrio de los circuitos excitatorios e inhibitorios entre diferentes regiones cerebrales (Marschall, 2020; Behrendt, 2004), lo que podría explicar la actividad neuronal aberrante de las neuronas desaferentadas y la aparición de las alucinaciones (Ffytche, 2008).





En el presente trabajo, se pretende realizar una revisión sobre los mecanismos neuronales que subyacen a las alucinaciones de tipo sensorial y que son causadas por lesiones nerviosas. Para ello, se realizará una exploración de la neurofisiopatología de los trastornos neurológicos conocidos como síndrome de Charles Bonnet (SCB), hemianopsia y alucinosis peduncular; los cuales pueden presentar en sus cuadros clínicos alucinaciones. La revisión realizada de los mecanismos neurofisiológicos que subyacen a estas patologías muestra 3 condiciones neurológicas necesarias para la aparición de alucinaciones tales

como 1) la desaferentización de las áreas conectadas con la región lesionada, 2) la hiperactividad de los circuitos neuronales involucrados en el daño neurológico, y 3) el mantenimiento de una relación jerárquica entre las áreas desaferentadas. Por tanto, se sugiere que posiblemente, estas 3 condiciones neurológicas son un requisito necesario para la presencia de alucinaciones como consecuencia de lesiones en el sistema nervioso. A continuación, se realizará una descripción más profunda de cada una de ellas

Desaferentización de las áreas conectadas con la región lesionada

Al final del siglo XIX, Karl Wernicke ya había sugerido que las alucinaciones podrían ser el resultado de una alteración de la actividad neuronal debido a un daño en la sustancia blanca, el cual sería el causante de las manifestaciones clínicas en las enfermedades mentales, incluyendo las alucinaciones (Wernicke, 1900). La relación entre la lesión nerviosa y la alucinación puede ser indirecta, es decir, puede deberse a que esta lesión tiene efectos remotos en otras localizaciones cerebrales (Kim, 2019). La desaferentización neuronal o desconexión de las áreas cerebrales conectadas al área lesionada es la hipótesis que pretende explicar el mecanismo nervioso que permite la experimentación de alucinaciones

Un trastorno neurológico, el cual es provocado por una desaferentización neuronal, y que causa alucinaciones, es el conocido como SCB. El SCB fue primeramente descrito

por Charles Bonnet, el cual describió las alucinaciones de su abuelo de 89 años, el cual presentaba una reducción de la agudeza visual debido a cataratas bilaterales, sin ninguna otra comorbilidad y con preservación del estado cognitivo (Hedges, 2007). Aunque no fue hasta 1967 cuando el neurólogo Georges de Morsier acuñó el término CBS cuando notó la misma sintomatología en una serie de casos de personas mayores que padecían de trastornos visuales (de Morsier, 1967). Normalmente, estas alucinaciones suelen ser complejas e involucran a personas, insectos y objetos realizando algún tipo de acción (Painter, 2018; Carpenter, 2019). En 1989, Gold y Rabins agruparon diferentes criterios diagnósticos para el SCB que consistían en: 1) alucinaciones visuales (completas, complejas, persistentes o repetitivas y estereotipadas); 2) las alucinaciones se perciben como completas o parcialmente completas; 3) ausencia de delirios primarios o secundarios; 4) y ausencia de alucinaciones en otras modalidades sensoriales a la visual (Gold, 1989). Aunque todavía parece existir mucha heterogeneidad entre los criterios diagnósticos, todas coinciden en que la pérdida de agudeza visual y la naturaleza no real de las alucinaciones son los componentes centrales del SCB (Hamedani, 2019).

Las alucinaciones que experimentan los pacientes con el SCB se producen en ambos campos visuales de forma continua más que esporádicamente (McNamara, 1982). Normalmente, suelen ser conscientes de la naturaleza no real de las alucinaciones (Hamedani, 2019). Además, las alucinaciones pueden presentar contenidos fenomenológicos diferentes (Coltheart, 2018), ya que algunos individuos las describen como formas geométricas simples (Burke, 2002), mientras que en otros casos son descritas como alucinaciones complejas (Painter, 2018). Burke propone que estas alucinaciones simples se deben a la activación de las áreas V1 y V2 en la corteza visual (Burke, 2002), las cuales están involucradas en el procesamiento de información visual simple (Vaine, 2000; Dajun, 2015).



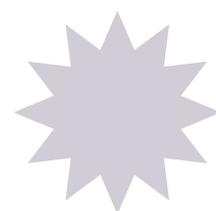
Por otro lado, las alucinaciones complejas en el SCB se han relacionado con la activación de la vía ventral occipital en el giro fusiforme (Ffytche, 1998; Pang, 2016), con el tálamo, la región rostral tronco-encefálica, el estriado rostral (Adachi, 2000; Caplan, 1980), o con un daño de las capas externas del área fóveal (Holz, 2014; Subhi, 2014). En cuanto a los mecanismos neurofisiológicos asociados al SCB, parece estar sustentado por la hipótesis de la desaferentización (Burke, 2002; Menon, 2003; Cogan, 1973). Aunque parece difícil señalar el mecanismo exacto que asocie la presencia de alucinaciones con disparadores neurofisiológicos específicos, parece que la desaferentización neuronal pudiera ocasionar hiper-excitabilidad de las neuronas visuales (Catani, 2005; Collerton, 2005, Burke, 2002). El estado de hiperexcitabilidad de la corteza visual puede facilitar la aparición de alucinaciones (Coltheart, 2018; Reichert, 2013; Ffytche, 1998), cuyo contenido fenomenológico estaría relacionada con las representaciones neuronales codificadas en las áreas hiperactivadas (Ffytche, 1998). Incluso la mera presencia, o no, de esta hiperactivación podría ser un marcador neurofisiológico de alucinaciones.



En una investigación con pacientes con degeneración macular (que implica un descenso de los inputs sensoriales a la corteza visual), las alucinaciones visuales solo aparecían cuando se producía hiperactividad de las neuronas de la corteza visual, mientras que en caso contrario no se experimentaba ningún tipo de alucinación visual (Painter, 2018). En esta investigación, la hiperactividad no pudo ser explicada ni por la edad, el estado cognitivo, la duración de la pérdida visual, el tamaño de la lesión o por la tarea que se esté ejecutando; sino que únicamente respondía a la desaferentización de información sensorial de tipo visual (Painter, 2018). De esta forma, el mecanismo de desaferentización y la hiperactividad asociada las regiones “desconectadas” pueden ser el origen de la experimentación de alucinaciones visuales en patologías nerviosas relacionadas con circuitos neuronales visuales.

Este mecanismo parece también replicarse en los circuitos neuronales de distinta modalidad sensorial, por ejemplo, en el circuito auditivo. Normalmente, se suele asociar las alucinaciones auditivas con alguna enfermedad psiquiátrica, por lo que es difícil encontrar investigaciones sobre la hipótesis de la desaferentización neuronal en daño neurológico (Waters, 2012). No obstante, algunas investigaciones señalan esta posibilidad (Linszen, 2019) de Linszen y colegas, demostraron que existe una prevalencia entre el 12-24% de alucinaciones auditivas en personas con pérdida auditiva independientemente de la edad (descartando cualquier proceso neurodegenerativo) (Linszen, 2019), las cuales podían ser resueltas mediante el uso de audífonos (Coebergh, 2015; Brunner, 2015).

La remisión completa de las alucinaciones auditivas y la conservación de la funcionalidad cognitiva y conductual mediante audífonos, sugiere que las alucinaciones auditivas pueden ser consecuencia directa de la pérdida sensorial auditiva, es decir, de una desaferentización sensorial. A este respecto, diferentes investigaciones especulan sobre la posibilidad de que los procesos de desaferentización pudieran explicar las alucinaciones auditivas en lesiones relacionadas con el sistema nervioso (Vanneste, 2013; Hoffman, 2008). En este sentido, un estudio de caso sugiere precaución en los tratamientos psicofarmacológicos de los casos con alucinaciones auditivas debido a los efectos secundarios y abogan más por solucionar la pérdida sensorial mediante audífonos o intervenciones quirúrgicas (Colon, 2014). Una interesante explicación de este fenómeno de desaferentización se realizaría sobre las bases teóricas del aprendizaje asociativo (Corlett, 2019). Esta aproximación teórica indica que en las asociaciones predictivas aprendidas entre estímulos (probabilidad de que a un estímulo A le sigue un estímulo B, la presentación del estímulo A desencadena la expectativa de aparición del estímulo B, incluso pudiéndose llegar a percibir una alucinación del estímulo B si este no llega a presentarse (Powers, 2017; Koh, 2020).



Esta teoría fue propuesta por Jerzy Konorski en 1967, señalando que nuestro cerebro tiene “hambre de percepciones” (Konorski, 2010). Actualmente, este concepto de “hambre de percepciones” ha evolucionado a partir de las nuevas teorías relacionadas con el principio de energía libre (Friston, 2010), las cuales indican que el no cumplimiento de la expectativa (el no cumplirse que B salga contingente a A) es lo que induce a un “hambre de expectativas” y, por tanto, a la emergencia de alucinaciones para que se pueda cumplir la expectativa (Taufel, 2015). Todas estas evidencias señalan que la hipótesis de la desaferentización y la hiperactividad asociada a ella, deben ser consideradas en la aparición de alucinaciones sensoriales en daño neurológico.



Hiperactividad de los circuitos neuronales involucrados en el daño neurológico

Tal como se mencionó en el punto anterior, la hiperactividad de las regiones desaferentadas y sus zonas adyacentes parece ser un requisito para la aparición de alucinaciones. Para explicar este fenómeno se explorarán las causas subyacentes a la percepción de alucinaciones en las hemianopsias. La hemianopsia es un síntoma clínico asociado con lesiones principalmente en la corteza visual o tracto visual (lesión retroquiasmática) que resulta en la pérdida de visión en una mitad del campo visual (Huber, 1992). En este sentido, las alucinaciones que se pueden producir en las hemianopsias han sido muy pocas estudiadas a pesar de la gran incidencia que tienen (Martinelli, 2020; Kolmel, 2022). El contenido fenomenológico de estas alucinaciones puede variar desde simples fotopsia o fosfenos (puntos, flashes, destellos) hasta formas más complejas (personas, animales, objetos) (Kolmel, 1985; Celesia, 1997). Se ha demostrado, que estas alucinaciones aparecen en el campo hemianópico, rellenando la región visual perdida tras la lesión nerviosa, y tienen una duración en torno a 2-6 semanas, en las cuales desaparecen completamente (Martinelli, 2020; Kolmel, 1985). Los mecanismos neurofisiopatológicos que provocan alucinaciones visuales en pacientes con hemianopsia parece estar relacionado con una perturbación de la actividad cortico-tálamo-cortical debido a una desconexión de las áreas sensoriales primarias con las áreas asociativas visuales unimodales, lo que

altera la actividad de la vía ventral cortical (Martinelli, 2020). El surco temporal superior, que forma parte de la vía ventral, recibe proyecciones convergentes de las áreas visuales, auditivas y somatosensoriales, considerándose un área de integración sensorial multimodal (Mesulam, 1998; Beauchamp, 2004). Diferentes investigaciones han reportado que la alteración funcional de esta región puede ocasionar alucinaciones visuales (Santhouse, 2000) y auditivas (Zmigrod, 2016), lo que podría explicar la experimentación de alucinaciones en las hemianopsias. Martinelli y colegas, sugieren que la alteración de la actividad de las áreas asociativas unimodales podrían alterar tanto las conexiones cortico-tálamo-corticales (que intervienen en la formación de contenidos de conciencia) como las retroproyecciones a la corteza estriada (Martinelli, 2020). Esta desaferentización entre regiones de la corteza visual podría inducir una hiperactivación compensatoria de las neuronas de las áreas adyacentes que se extendería por todo el circuito neuronal, perturbando su actividad global (Braun, 2003). En este sentido, el cerebro interpretaría la ausencia de información como una lesión cerebral e iniciaría procesos neuro-histopatológicos que promueven la neuroplasticidad, y que consistirían en aumentar la sensibilidad de las neuronas adyacentes al área desaferentizada, promoviendo su hiperexcitabilidad (Desai, 1999). Estos mecanismos del aumento de la hiperexcitabilidad en las neuronas

adyacentes a zonas lesionadas y desconectadas ya han sido reportados en otras condiciones neurológicas como la ceguera cortical. Wunderlich y colegas plantearon que la aparición de alucinaciones durante la fase de recuperación de una ceguera cortical se debe a la hiperexcitabilidad postlesional de las neuronas adyacentes (Wunderlich, 2000). Estas evidencias señalan que el mecanismo del aumento de la hiperexcitabilidad de las neuronas adyacentes al área desaferentizada pudiera participar en la generación de las alucinaciones sensoriales.

Mantenimiento de una relación jerárquica entre las áreas cerebrales desaferentadas

La desaferentización entre las regiones cerebrales parece ocurrir entre áreas cerebrales que mantienen una relación jerárquica, en el sentido de que es la desconexión de las proyecciones aferentes y eferente entre diferentes estructuras cerebrales las que originan las alucinaciones. Respecto a ello, los hallazgos en el estudio de la alucinosis peduncular (AP) podrían arrojar cierta luz sobre cómo la actividad de estas áreas desaferentadas están funcionalmente subordinadas a las conexiones que reciben principalmente de las regiones cerebrales inferiores.

La AP es un término paraguas que agrupa bajo una misma condición patológica (Manford, 1998) a todas aquellas personas que perciben alucinaciones sensoriales complejas debido principalmente a un daño cerebral en la protuberancia o en el mesencéfalo (parte reticular de la sustancia negra) del tronco del encéfalo, aunque también pueden aparecer con lesiones en el tálamo y en los ganglios de la base (Benke, 2006; Kölmel, 1991). En la AP, las lesiones se

suelen concentrar en el tronco del encéfalo (O'Neill, 2005; Couse, 2018), alterando el funcionamiento del sistema activador reticular ascendente (SARA) y sus proyecciones al núcleo geniculado lateral dorsal y pulvinar del tálamo (Mocellin, 2006; Fitzpatrick, 1988), circuitos asociados con la formación de los contenidos de conciencia (Boly, 2017). Un ejemplo de estas alucinaciones visuales complejas que pueden percibir los pacientes con AP es la experimentación de imágenes en movimiento tales como nadadoras sincronizadas con uniformes de colores llamativos o de distorsiones visuales (metamorfopsias) como podría ser un suelo ondulado o irregular (Geddes, 2016). Se ha reportado que los pacientes con AP pueden mostrar déficits cognitivos ejecutivos, atencionales, en la memoria episódica (el recuerdo de las alucinaciones permanece intacto) (Benke, 2006), aunque existen casos donde el único síntoma son las alucinaciones (Notas, 2015; Couse, 2018; Geddes, 2016).

El principal mecanismo neurofisiopatológico propuesto para explicar las alucinaciones causadas por la AP consiste en una alteración de SARA y de los circuitos tálamo-corticales (Benke, 2006). De esta forma, las lesiones troncoencefálicas provocan un aumento de la hiperexcitabilidad del núcleo geniculado lateral que podría producir alucinaciones visuales por la alteración de la actividad de los circuitos neuronales corticales relacionados con el procesamiento de las características visuales de los estímulos (Manford, 1998; Mocellin, 2006). Esta hiperexcitabilidad del núcleo geniculado lateral podría alterar la actividad inhibitoria de las interneuronas, provocando su desconexión de las estructuras corticales (Sherman, 2001) y un aumento de la actividad occipito-temporal (vía ventral) (Ffytche, 2008), lo que podría desencadenar la experimentación de alucinaciones visuales (Cogan, 1973). Igualmente, en otro estudio se documentaron los casos de 4 pacientes que experimentaron alucinaciones visuales de un total de 41 pacientes (10%) que mostraron algún tipo de defecto visual posterior a una neurocirugía (Freiman, 2004).



Estos 4 casos son muy interesantes ya que desarrollaron diferentes tipos de anopsia, en las cuales las alucinaciones visuales presentaban un mismo patrón neurofisiopatológico: 1) presentaban alucinaciones visuales complejas en el cuadrante o hemicampo de la anopsia, 2) aparecía contingente a la finalización de la neurocirugía, 3) desaparecían posteriormente de manera natural (un rango entre 4 días y 6 meses post-operatio), 4) y todos los casos eran conscientes de la naturaleza irreal de sus alucinaciones (Freiman, 2004). A nivel etiológico, en los 4 casos anteriormente mencionados parece que existían lesiones en las proyecciones entre el núcleo geniculado y la corteza visual primaria (Freiman, 2004), lo que señalaría de nuevo la naturaleza jerárquica de las alucinaciones por desaferentización. Esta desconexión tálamo-cortical podría implicar un cambio del modo de disparo tónico al modo de disparo en ráfaga (disritmia tálamocortical) (Ffytche, 2008; Murray, 2001; Llinás, 1999). A nivel auditivo, aunque se reconoce la aparición de alucinaciones auditivas debido a lesiones troncoencefálicas, no existe un gran número de artículos que expliquen los mecanismos exactos por lo que se produce.

En concreto, al igual que ocurre con la AP visual, las lesiones en la región tegmental de la protuberancia pueden alterar las vías auditivas troncoencefálicas causando alucinaciones auditivas (Couse, 2018; Cambier, 1987; Cascino, 1986). Estas alucinaciones auditivas se presentan similarmente en ambos sexos, tienen un comienzo abrupto sin historial de sordera, y como ocurre con las hemianopsias, pueden desaparecer en semanas. Además, pueden presentarse conjuntamente con alucinaciones visuales y otros signos neurológicos (Baurier, 1996) tales como la memoria (Couse, 2018). En definitiva, todas estas evidencias parecen sugerir una clara influencia de abajo-arriba de estructuras cerebrales inferiores a estructuras cerebrales superiores, perturbando la actividad del circuito tálamo-cortical y contribuyendo a la aparición de alucinaciones de tipo visual y auditiva.

Conclusión

La aparición de sintomatología alucinógena en cuadros clínicos neurológicos pudiera explicar ciertos fenómenos nerviosos secundarios al daño cerebral tal como la desaferentización neuronal. Esta implica la desconexión del área lesionada con otras áreas cerebrales con la consecuente perturbación de la actividad del circuito neuronal afectado. Sin embargo, la desconexión de dos áreas cerebrales no es el único requisito nervioso necesario para la experimentación de alucinaciones en lesiones cerebrales. También, estas áreas desaferentadas deben mantener una relación jerárquica, donde la estructura inferior afecta de abajo-arriba a la actividad de las estructuras superiores, principalmente con las encargadas de procesar las características sensoriales de los estímulos. Por último, la desaferentización del área cerebral superior debe inducir una hiperactividad en estos circuitos neuronales sensoriales involucrados a partir de un cambio en el estado de hiperexcitabilidad de las neuronas desaferentadas y adyacentes. Solo con estos requisitos neurológicos, la hipótesis de la desaferentización neuronal para la explicación de la experimentación de alucinaciones adquiere sentido y relevancia en lesiones del sistema nervioso.

Referencias

- Adachi, N., Watanabe, T., Matsuda, H., & Onuma, T. (2000). *Hyperperfusion in the lateral temporal cortex, the striatum and the thalamus during complex visual hallucinations: single photon emission computed tomography findings in patients with Charles Bonnet syndrome*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54, 157–162. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10803809/>
- Aminoff, E. M., Li, Y., Pyles, J. A., Ward, M. J., Richardson, R. M., & Ghuman, A. S. (2016). *Associative hallucinations result from stimulating left ventromedial temporal cortex*. *Cortex*, 83, 139–144. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27533133/>
- Baurier, V. O., & Tuca, J. O. (1996). *Auditory hallucinosis in brainstem lesions and musical hallucination in deafness: Analogies and differences*. *European Journal of Neurology*, 3, 203–211. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21284771/>
- Beauchamp, M. S., Lee, K. E., Argall, B. D., & Martin, A. (2004). *Integration of auditory and visual information about objects in superior temporal sulcus*. *Neuron*, 41, 809–823. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15003179/>
- Behrendt, R. P., & Young, C. (2004). *Hallucinations in schizophrenia, sensory impairment, and brain disease: A unifying model*. *Behavioral and Brain Sciences*, 27, 771–787. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16035402/>
- Benke, T. (2006). *Peduncular hallucinosis: A syndrome of impaired reality monitoring*. *Journal of Neurology*, 253, 1561–1571. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17006630/>
- Boly, M., Massimini, M., Tsuchiya, N., Postle, B. R., Koch, C., & Tononi, G. (2017). *Are the Neural Correlates of Consciousness in the Front or in the Back of the Cerebral Cortex? Clinical and Neuroimaging Evidence*. *The Journal of Neuroscience*, 37, 9603–9613. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28978697>
- Braun, C., Dumont, M., Duval, J., Hamel-Hébert, I., & Godbout, L. (2003). *Brain modules of hallucination: An analysis of multiple patients with brain lesions*. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 28, 432–449. <https://psycnet.apa.org/record/2004-11622-003>
- Brunner, P. B., & Amedee, R. G. (2015). *Musical Hallucinations in a Patient with Presbycusis: A Case Report*. *Ochsner Journal*, 15(1), 89–91. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4365855/>
- Burke, W. (2002). *The neural basis of Charles Bonnet hallucinations: A hypothesis*. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 73, 535–541. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12397147/>
- Cambier, J., Decroix, J. P., & Masson, C. (1987). *Auditory hallucinations in lesions of the brain stem*. *Revue Neurologique (Paris)*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3629075/>
- Caplan, L. R. (1980). *“Top of the basilar” syndrome*. *Neurology*, 30, 72–79. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7188637/>
- Carpenter, K., Jolly, J. K., & Bridge, H. (2019). *The elephant in the room: understanding the pathogenesis of Charles Bonnet syndrome*. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 39, 414–421.
- Carrera, E., & Tononi, G. (2014). *Diaschisis: past, present, future*. *Brain*, 137, 2408–2422. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24871646/>
- Cascino, G. D., & Adams, R. D. (1986). *Brainstem auditory hallucinosis*. *Neurology*, 36, 1042–1047. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3526177/>
- Catani, M., & Ffytche, D. H. (2005). *The rises and falls of disconnection syndromes*. *Brain*, 2224–2239. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16141282/>

- Celesia, G. G., Brigell, M. G., & Vaphiades, M. S. (1997). *Hemianopic anosognosia*. *Neurology*, 49, 88–97. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9222175/>
- Coebergh, J. A. F., Lauw, R. F., Bots, R., Sommer, I. E. C., & Blom, J. D. (2015). *Musical hallucinations: review of treatment effects*. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26136708/>
- Cogan, D. G. (1973). *Visual hallucinations as release phenomena*. *Albrecht Von Graefes Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology*, 188, 139–150. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4543235/>
- Collerton, D., Perry, E., & McKeith, I. (2005). *Why people see things that are not there: A novel Perception and Attention Deficit model for recurrent complex visual hallucinations*. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 737–757. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16372931/>
- Colon-Rivera, H. A., & Oldham, M. A. (2014). *The mind with a radio of its own: a case report and review of the literature on the treatment of musical hallucinations*. *General Hospital Psychiatry*, 36, 220–224. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24359763/>
- Coltheart, M. (2018). Charles Bonnet Syndrome: Cortical Hyperexcitability and Visual Hallucination. *Current Biology*. Cell Press, R1253–R1254. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30399348/>
- Corlett, P. R., Horga, G., Fletcher, P. C., Alderson-Day, B., Schmack, K., & Powers, A. R. (2019). *Hallucinations and Strong Priors*. *Trends in Cognitive Sciences*, 23, 114–127.
- Couse, M., Wojtanowicz, T., Comeau, S., & Bota, R. (2018). *Peduncular hallucinosis associated with a pontine cavernoma*. *Mental Illness*, 10, 7586. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30046405>
- Dajun, D., Ouni, A., Chen, S., Sahmoud, H., Gordon, J., & Shapley, R. (2015). *Brightness–Color Interactions in Human Early Visual Cortex*. *The Journal of Neuroscience*, 35, 2226. Retrieved from /pmc/articles/PMC4315842/
- De Morsier, G. (1967). *[The Charles Bonnet syndrome: visual hallucinations in the aged without mental deficiency]*. *Ann Med Psychol (Paris)*, 2, 678–702.
- Desai, N. S., Rutherford, L. C., & Turrigiano, G. G. (1999). *Plasticity in the intrinsic excitability of cortical pyramidal neurons*. *Nature Neuroscience*, 2, 515–520. https://www.nature.com/articles/nn0699_515
- Ffytche, D. H. (2008). *The hodology of hallucinations*. *Cortex*, 44, 1067–1083. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18586234/>
- Ffytche, D. H., Howard, R. J., Brammer, M. J., David, A., Woodruff, P., & Williams, S. (1998). *The anatomy of conscious vision: An fMRI study of visual hallucinations*. *Nature Neuroscience*, 1, 738–742. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10196592/>
- Fitzpatrick, D., Conley, M., Luppino, G., Matelli, M., & Diamond, I. T. (1988). *Cholinergic projections from the midbrain reticular formation and the parabrachial nucleus to the lateral geniculate nucleus in the tree shrew*. *Journal of Comparative Neurology*, 272, 43–67. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2454977/>
- Freiman, T. M., Surges, R., Vougioukas, V. I., et al. (2004). *Complex visual hallucinations (Charles Bonnet syndrome) in visual field defects following cerebral surgery: Report of four cases*. *Journal of Neurosurgery*, 101, 846–853. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15540925/>
- Friston, K. (2010). *The free-energy principle: a unified brain theory?* *Nature Reviews Neuroscience*, 11, 127–138. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20068583>
- Geddes, M. R., Tie, Y., Gabrieli, J. D. E., McGinnis, S. M., Golby, A. J., & Whitfield-Gabrieli, S. (2016). *Altered functional connectivity in lesional peduncular hallucinosis with REM sleep behavior disorder*. *Cortex*, 74, 96–106. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26656284>
- Gold, K., & Rabins, P. V. (1989). *Isolated visual hallucinations and the Charles Bonnet syndrome: a review of the literature and presentation of six cases*. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 90–98.
- Grieve, K. L., Acuña, C., & Cudeiro, J. (2000). *The primate pulvinar nuclei: Vision and action*. *Trends in Neurosciences*, 23, 35–39. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10631787/>
- Hamedani, A. G., & Pelak, V. S. (2019). *The Charles Bonnet Syndrome: a Systematic Review of Diagnostic Criteria*. *Current Treatment Options in Neurology*, 21. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31342218/>
- Hedges, T. R. (2007). *Charles Bonnet, his life, and his syndrome*. *Survey of Ophthalmology*, 52, 111–114.
- Hoffman, R. E. (2008). *Auditory/Verbal hallucinations, speech perception neurocircuitry, and the social deafferentation hypothesis*. *Clinical EEG and Neuroscience*, 39, 87–90. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18450175/>
- Holz, F. G., Strauss, E. C., Schmitz-Valckenberg, S., & van Lookeren Campagne, M. (2014). *Geographic atrophy: clinical features and potential therapeutic approaches*. *Ophthalmology*, 121, 1079–1091. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24433969/>
- Huber, A. (1992). *Homonymous hemianopia*. *Neuro-Ophthalmology*, 12, 351–366.
- Johns, L. C. (2005). *Hallucinations in the general population [Online]*. *Current Psychiatry Reports*, 7(1), 162–167. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15935129/>. Accessed April 22, 2021.
- Kim, N. Y., Hsu, J., Talmsov, D., et al. (2019). *Lesions causing hallucinations localize to one common brain network*. *Molecular Psychiatry*, 26(4), 1299–1309. <https://www.nature.com/articles/s41380-019-0565-3>
- Koh, M. T., & Gallagher, M. (2020). *Using internal memory representations in associative learning to study hallucination-like phenomenon*. *Neurobiology of Learning and Memory*, 175, 107319. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7655598/>
- Kölmel, H. W. (1985). *Complex visual hallucinations in the hemianopic field*. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 48, 29–38. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3973619/>
- Kölmel, H. W. (1991). *Peduncular hallucinations*. *Journal of Neurology*, 238, 457–459. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1779254/>
- Konorski, J. (1967). *Integrative Activity of the Brain*. Chicago: University of Chicago Press.
- Larøi, F., Bless, J. J., Laloyaux, J., Kråkvik, B., Vedul-Kjelsås, E., Kalhovde, A. M., Hirnstein, M., & Hugdahl, K. (2019). *An epidemiological study on the prevalence of hallucinations in a general-population sample: Effects of age and sensory modality*. *Psychiatry research*, 272, 707–714. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.003>
- Linszen, M. M. J., Van Zanten, G. A., Teunisse, R. J., Brouwer, R. M., Scheltens, P., & Sommer, I. E. C. (2019). *Auditory hallucinations in adults with hearing impairment: A large prevalence study*. *Psychological Medicine*, 49, 132–139.
- Llinás, R. R., Ribary, U., Jeanmonod, D., Kronberg, E., & Mitra, P. P. (1999). *Thalamocortical dysrhythmia: A neurological and*

- neuropsychiatric syndrome characterized by magnetoencephalography*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 96, 15222–15227. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10611366/>
- Manford, M., & Andermann, F. (1998). *Complex visual hallucinations: Clinical and neurobiological insights*. Brain, 121(Pt 10), 1819–1840. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9798740>
- Marschall, T. M., Brederoo, S. G., Čurčić-Blake, B., & Sommer, I. E. C. (2020). *Deafferentation as a cause of hallucinations*. Current Opinion in Psychiatry, 206–211. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32040043/>
- Martinelli, F., Perez, C., Obadia, M., Savatovsky, J. & Chokron, S. (2020).
- Mazzi, C., Mazzeo, G., & Savazzi, S. (2017). *Markers of TMS-evoked visual conscious experience in a patient with altitudinal hemianopia*. Consciousness and Cognition, 54, 143–154. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28215463/>
- McCarthy-Jones, S., Thomas, N., Strauss, C., et al. (2014). *Better than mermaids and stray dogs? Subtyping auditory verbal hallucinations and its implications for research and practice*. Schizophrenia Bulletin, 40(Suppl 4). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24936087/>
- McNamara, M. E., Heros, R. C., & Boller, F. (1982). *Visual hallucinations in blindness: the Charles Bonnet syndrome*. International Journal of Neuroscience, 17, 13–15.
- Menon, G. J., Rahman, I., Menon, S. J., & Dutton, G. N. (2003). *Complex visual hallucinations in the visually impaired: the Charles Bonnet Syndrome*. Survey of Ophthalmology, 48, 58–72. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12559327/>
- Mesulam, M. M. (1998). *From sensation to cognition*. Brain, 121(Pt 6), 1013–1052. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9648540>
- Mocellin, R., Walterfang, M., & Velakoulis, D. (2006). *Neuropsychiatry of complex visual hallucinations*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40, 742–751. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1080/j.1440-1614.2006.01878.x>
- Neuroanatomic correlates of visual hallucinations in poststroke hemianopic patients. Neurology, (94) 18, 1885–1891. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000936>
- Notas, K., Tegos, T., & Orologos, A. (2015). *A case of peduncular hallucinosis due to a pontine infarction: A rare complication of coronary angiography*. Hippokratia, 19, 268–269. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27418790>
- O'Neill, S. B., Pentland, B., & Sellar, R. (2005). *Peduncular hallucinations following subarachnoid haemorrhage*. British Journal of Neurosurgery, 19, 359–360. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16455547/>
- Oertel, V., Rotarska-Jagiela, A., van de Ven, V. G., Haenschel, C., Maurer, K., & Linden, D. E. (2007). *Visual hallucinations in schizophrenia investigated with functional magnetic resonance imaging*. Psychiatry research, 156(3), 269–273. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.09.004>
- Painter, D. R., Dwyer, M. F., Kamke, M. R., & Mattingley, J. B. (2018). *Stimulus-Driven Cortical Hyperexcitability in Individuals with Charles Bonnet Hallucinations*. Current Biology. Cell Press, 28, 3475–3480.e3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30415703/>
- Pang, L. (2016). *Hallucinations Experienced by Visually Impaired: Charles Bonnet Syndrome*. Optometry and Vision Science, 93, 1466–1478. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27529611/>
- Penfield, W., & Rasmussen, T. (1950). *The cerebral cortex of man*. New York: Macmillan.
- Powers, A. R., Mathys, C., & Corlett, P. R. (2017). *Pavlovian conditioning-induced hallucinations result from overweighting of perceptual priors*. Science, 357, 596–600. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28798131/>
- Reichert, D. P., Seriès, P., & Storkey, A. J. (2013). *Charles Bonnet Syndrome: Evidence for a Generative Model in the Cortex?* PLoS Computational Biology, 9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23874177/>
- Santhouse, A. M., Howard, R. J., & Ffytche, D. H. (2000). *Visual hallucinatory syndromes and the anatomy of the visual brain*. Brain, 123(Pt 10), 2055–2064. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11004123/>
- Sherman, M. S. (2001). *Tonic and burst firing: Dual modes of thalamocortical relay*. Trends in Neurosciences, 24, 122–126. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11164943/>
- Sherman, S., & Guillery, R. (2001). *Exploring the thalamus*. California, USA: Academic Press.
- Subhi, Y., Henningsen, G., Larsen, C. T., Sørensen, M. S., & Sørensen, T. L. (2014). *Foveal morphology affects self-perceived visual function and treatment response in neovascular age-related macular degeneration: a cohort study*. PLoS One, 9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24618706/>
- Teufel, C., Subramaniam, N., Dobler, V., et al. (2015). *Shift toward prior knowledge confers a perceptual advantage in early psychosis and psychosis-prone healthy individuals*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 112, 13401–13406. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26460044/>
- Vaina, L. M., Soloviev, S., Bienfang, D. C., & Cowey, A. (2000). *A lesion of cortical area V2 selectively impairs the perception of the direction of first-order visual motion*. Neuroreport, 11, 1039–1044. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10790879/>
- Vanneste, S., Song, J. J., & de Ridder, D. (2013). *Tinnitus and musical hallucinosis: the same but more*. Neuroimage, 82, 373–383. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23732881/>
- Waters, F., Allen, P., Aleman, A., et al. (2012). *Auditory hallucinations in schizophrenia and nonschizophrenia populations: A review and integrated model of cognitive mechanisms*. Schizophrenia Bulletin, 38, 683–692. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22446568/>
- Wernicke, C. (1900). *Zwanzigste Vorlesung*. Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. Leipzig, Germany: Verlag von Georg Thieme.
- Wunderlich, G., Suchan, B., Volkman, J., Herzog, H., Hömberg, V., & Seitz, R. J. (2000). *Visual hallucinations in recovery from cortical blindness: imaging correlates*. Archives of Neurology, 57, 561–565. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10768632>
- Zmigrod, L., Garrison, J. R., Carr, J., & Simons, J. S. (2016). *The neural mechanisms of hallucinations: A quantitative meta-analysis of neuroimaging studies*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 69, 113–123. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763415302669>

Artículo científico

Tere Ramírez

Licenciada en Psicología. Maestra en Docencia con Acentuación en Nivel Medio Superior por la UANL. Coordinadora de los Proyectos de Fomento al Libro y la Lectura de la UANL en la Editorial Universitaria. Editora Responsable de la Revista Presencia Universitaria. Coordinadora del Área de Español en la Preparatoria 8 de la misma universidad. Directora de Creación de Contenido para medios digitales en Geformas.

Contacto: teresa.ramirez@uanl.edu.mx

Psicología educativa y su posible aportación al ejercicio docente



Resumen

La psicología educativa ha desempeñado un papel fundamental en el ámbito de la educación, ayudando a comprender los procesos de aprendizaje, desarrollo y bienestar emocional de los estudiantes. Sin embargo, en su evolución, se ha centrado mayormente en el estudiante, dejando en segundo plano al agente esencial de la enseñanza: el docente. La formación de buenos maestros va más allá de títulos académicos; implica pasión, humildad, responsabilidad y generosidad. En un mundo donde la enseñanza se ha vuelto un desafío emocionalmente agotador, los programas preventivos y el apoyo emocional no deben dirigirse solo a los estudiantes, sino también a los educadores. Los docentes necesitan un acompañamiento constante para mantener encendida su pasión por el saber y brindar una enseñanza efectiva que inspire a los estudiantes. El psicólogo educativo desempeña un papel fundamental en este proceso al garantizar que los maestros estén emocionalmente equipados para llevar a cabo su labor educativa sin perder su capacidad de disfrute en el camino.

Palabras clave: Psicología Educativa – Enseñanza – Docencia

Abstract

Educational psychology has played a fundamental role in the field of education, helping to understand the learning processes, development and emotional well-being of students. However, in its evolution, it has focused mostly on the student, leaving the essential agent of teaching in the background: the teacher. The training of good teachers goes beyond academic degrees; it involves passion, humility, responsibility and generosity. In a world where teaching has become an emotionally draining challenge, preventive programs and emotional support should not only be directed at students, but also at educators. Teachers need constant support to keep their passion for knowledge ignited and provide effective teaching that inspires students. The educational psychologist plays a fundamental role in this process by ensuring that teachers are emotionally equipped to carry out their educational work without losing their capacity for enjoyment along the way.

Keywords: Educational Psychology – Teaching – Teaching



Como disciplina científica, la psicología es relativamente reciente. Podemos situar su nacimiento a finales del siglo XIX como una rama independiente de la filosofía. Sin embargo, el concepto de psicología está presente desde la antigüedad griega, haciendo referencia al hábito de vida de cada ser humano: la psique o alma; y más específicamente en los trabajos de Sócrates y Platón, que la colocó en el centro de sus intelecciones. Justamente fue Platón quien apuntó a la concepción de psique y cuerpo como entidades separadas, idea que conservamos hasta nuestros días.

No obstante, el primer laboratorio de psicología experimental se instaló en la Universidad de Leipzig por Wilhem Wundt, y es a partir de entonces que se desarrollaron distintos paradigmas en esta disciplina y, con ello, también diversos campos de aplicación.

Al estar implícita en cada proceso de la vida del ser humano, la psicología ha ido desarrollando múltiples ramas y se proyecta en todo tipo de ámbitos, como el laboral, el de la salud, deporte, marketing y educación.

Este último ámbito, el educativo o pedagógico, es uno de los más jóvenes. Sus inicios se ubican en 1892, cuando Stanley Hall junto a 26 colegas organiza la American Psychological Association (APA) que, en ese entonces, era solo psicología educativa (Beltrán & Pérez, 2011). Como apunta Calicchio (2020), la psicología pedagógica nació para construir un

puente integrador entre dos temas relacionados: las técnicas y prácticas de la psicología científica; y las estrategias de desarrollo y aprendizaje del proceso pedagógico.

En aquel momento se pensaba a la psicología como la disciplina que revolucionaría el mundo de la educación, pero fue hasta los años de 1920 a 1960 que logró realmente su consolidación.

Desde entonces, la psicología educativa ha colocado dentro de su tema de estudio numerosas cuestiones relacionadas con el proceso de desarrollo y crecimiento de las infancias. Se ha enfocado tanto en las funciones del pensamiento, la motivación, memoria y atención, como en el comportamiento, las estrategias y diversidad del aprendizaje, e incluso en los procesos de socialización relacionados con el entorno educativo.

Aplicaciones de la psicología educativa

La psicología educativa no solo estudia los procesos de cambio que operan en las personas como consecuencia de su participación en actividades educativas. La psicología educativa se dedica al análisis psicológico de los desafíos comunes en el ámbito educativo, lo cual conduce al desarrollo de principios, modelos, teorías, estrategias de enseñanza, enfoques de evaluación, así como métodos de investigación, técnicas estadísticas y herramientas de medición para comprender los aspectos emocionales y cognitivos de los alumnos, así como los aspectos sociales y culturales complejos que caracterizan las escuelas (Hernández, 2009). En términos generales, su último fin es mejorar los procesos educativos.

Entre las actividades del psicólogo educativo que más auge tienen, sobre todo en educación media superior, está el desarrollo de programas preventivos, la orientación educativa y vocacional y la tutoría. Estas actividades han ido evolucionando a lo largo de los años, ya que, aunque desde el año de 1923 se fundó en México el Instituto Nacional de Pedagogía con el servicio de orientación profesional, fue hasta la década de los 50 cuando surgió el servicio de orientación Vocacional y Personal de la Secretaría de Educación Pública (Garza, 2023, p.24-25).

En el 2008, con la Reforma Integral de la Educación Media Superior (RIEMS) cobró mayor relevancia el papel del orientador, ya que planteó su servicio como obligatorio e imprescindible para todos los alumnos, incluso como criterio para la obtención del nivel uno del Sistema Nacional de Bachillerato (SNB). Esta misma reforma considera el bienestar emocional afectivo como un recurso socioemocional relevante para el adecuado desarrollo



del estudiante y, por lo tanto, da un privilegio sobre la formación socioemocional como parte de las actividades y proyectos de los planteles (Acuerdo 17/08/22 por el que se establece y regula el Marco Curricular Común de la Educación Media Superior. Diario Oficial de la Federación, 2022).

Los esfuerzos realizados hasta el momento han colocado al estudiante y al proceso de enseñanza–aprendizaje en el centro de las labores del psicólogo en el marco educativo, pero se ha dejado al margen a la persona del docente.

La psicología del educador

Como señala Yáñez (2013), el camino que conduce a convertirse en una buena o un buen maestro requiere pasión, humildad, responsabilidad y generosidad, cualidades que no siempre abundan en el gremio. Hasta el momento, no se ha demostrado que el desarrollo de dichas cualidades esté asociado con la posesión de títulos académicos o diplomas de capacitaciones.

En este punto, valdría la pena preguntar, ¿cómo esperar que el estudiante tenga una formación socioemocional que permita su bienestar afectivo y fortalezca su formación integral, si no podemos garantizar que el docente tenga mínimamente recursos propios suficientes para acompañarlo en el proceso?

Si bien el psicólogo educativo ha puesto toda su energía en generar un ambiente de aprendizaje propicio para el desarrollo socioemocional de los jóvenes, esto conllevó que se haya olvidado el principal agente de la enseñanza: el maestro.

La buena docencia (Yáñez, 2013) se basa en un oficio intelectualmente exigente, profundamente ético y emocionalmente apasionante, es una disciplina que demanda preparación y perfeccionamiento autocrítico. Pero en este camino de perfeccionamiento, el docente se encuentra solo.

Si para llevar a cabo el acto de la enseñanza se debe considerar el contexto de los estudiantes, ¿no sería preciso, antes de situar al docente frente al grupo, considerar su contexto?, ¿no debería ser también una tarea del psicólogo escolar hacer un diagnóstico

de la planta docente? Así mismo, ¿no deberían considerarse las habilidades socioemocionales del maestro antes de lanzarlo a un grupo del cual se espera forme ciudadanos que presuman de “bienestar emocional”?, ¿será posible que un educador emocionalmente inestable forme ciudadanas y ciudadanos responsables, honestos, comprometidos con el bienestar físico, mental y emocional? Dicho esto, ¿quién regula que así sea?

En estos tiempos en que la escuela como institución se encuentra en evidente crisis de identidad, un tiempo en el que ha perdido su autoridad rectora e ideologizante, el maestro debe ganarse día a día su lugar en el aula a través de su discurso, apelando a la fuerza de sus actos, como señala Recalcati (2016).

Siendo así, el docente necesita un ancla; un soporte que le permita integrar un estilo de enseñanza que lo distinga, ese estilo que parte de la singularidad de su existencia y, sobre todo, de su deseo de saber. Es ahí donde el psicólogo educativo debe reclamar su lugar, asegurando que el docente siga siendo un sujeto deseante, que no se pierda entre la apabullante tarea administrativa y la humillación de su precario salario.

La buena docencia es emocionalmente apasionante, pero no se apasiona el que no desea. El acto de enseñar requiere que el deseo por el saber esté instalado en el docente. Los programas preventivos que se desarrollan en las instituciones educativas no solo deberían apuntar a los estudiantes, sino también a los maestros. No olvidemos que la docencia es una tarea agotadora; un oficio de alto riesgo.



A manera de conclusión

La psicología, a lo largo de la historia, se ha abierto paso para llegar a estar inmersa en la mayoría de las actividades humanas. En el caso del escenario educativo, se ha ido consolidando como una disciplina necesaria e indispensable para poner en marcha los procesos que encarnan las relaciones entre el sujeto y el saber.

Frente a los retos que impone el siglo XXI a la institución educativa, el psicólogo puede ser el mejor aliado del docente para que no transite en solitario el camino formativo de sus alumnos. Un camino intelectualmente exigente, que requiere despertar constantemente las inquietudes académicas, la búsqueda constante del saber, el logro de la congruencia entre su decir y sus acciones, el cuestionamiento constante de su existencia y de su lugar en la sociedad.

Un buen profesor es aquel que entiende que se aprende con emoción y se enseña con alegría, y, por consiguiente, que es capaz de encender el deseo de saber en sus estudiantes (Yáñez, 2013; Recalcati, 2016). Un buen psicólogo educativo es aquel que entiende que en esa tarea del docente es necesario un acompañamiento constante y un soporte que le permita llevar a cabo la labor educativa sin perder en el trayecto su capacidad de goce.

Referencias

- Acuerdo 17/08/22 por el que se establece y regula el Marco Curricular Común de la Educación Media Superior. (2 de septiembre de 2022). Diario Oficial de la Federación [D.O.F.] https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663344&fecha=02/09/2022#gsc.tab=0
- Beltrán Llera, J. A., & Pérez Sánchez, L. (2011). *Más de un siglo de psicología educativa*. Valoración general y perspectivas de futuro. *Papeles del Psicólogo*, 32(3), 204-231.
- Calicchio, S. (2020). *Historia de la Psicología Científica*. Desde el nacimiento de la psicología hasta la neuropsicología y los campos de aplicación más actuales. [Libro electrónico].
- Garza, B. (2023). *Historia Contemporánea: La Orientación y sus avances*. *Presencia Universitaria*, 10(19), 15-28.
- Hernández Madrigal, P. (2009). *Campos de Acción del Psicólogo Educativo: Una Propuesta Mexicana*. *Psicología Educativa*. *Revista de los Psicólogos de la Educación*, 15(2), 165-175.
- Recalcati, M. (2016). *La hora de clase*. Por una erótica de la enseñanza. Barcelona: Anagrama.
- Yáñez, J. (2013). *Aprendiendo a Enseñar*. Los caminos de la Docencia. México: Universidad de Colima.

Museo Haiku: Programa Sistémico Multienfoque para la Reducción de Estrés en Pandemia

Virginia Frutos

Psicóloga con formación interdisciplinar que integra la psicología y el trabajo corporal como medio de expresión emocional. Licenciada en Psicología por la Universidad de Murcia y licenciada en Arte Dramático por la Escuela Superior de Arte Dramático de Madrid con máster en Psicología Clínica por la Universidad de Monterrey. Especialista en Terapia Sistémica Familiar por la Universidad de Monterrey y en Psicodrama por la Escuela de Psicoterapia y Psicodrama de Madrid.

Contacto: teresa.ramirez@uanl.edu.mx

Angélica Quiroga

Psicóloga. Doctora en Consultoría de Sistemas Humanos. Maestra en Educación con especialidad en Psicología Educativa. Maestra en Comunicación. Especialidad en Psicodiagnóstico, Terapia Familiar Sistémica e Hipnosis Eriksoniana. Profesora emérita e investigadora de la Universidad de Monterrey.

Contacto: angelica.quiroga@udem.edu



Resumen

Durante pandemia por COVID-19 se recomendó como medida de salud pública el distanciamiento físico, desencadenante de estrés. Con el objetivo de robar la efectividad de un programa de reducción de estrés integrando tres técnicas: Terapia narrativa, escultura psicodramática y gesto psicológico, se realizó un estudio cuasiexperimental, preprueba-posprueba sin grupo control, con 31 profesionistas. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de estrés pre-posintervención y el análisis de las producciones pictográficas, escritas y orales confirmaron la eficacia de la intervención. Los participantes resignificaron sus experiencias y circunstancias adversas, lo que les permitió posicionarse como agentes activos de cambio.

Palabras clave: Terapia narrativa – Escultura psicodramática – Gesto psicológico – Estrés – Pandemia COVID-19

Abstract

During the global pandemic by COVID-19, physical distancing, a stress trigger, was recommended as a public health measure. To test the effectiveness of a stress reduction program integrating three techniques: Narrative Therapy, Psychodramatic Sculpture and Psychological Gesture, a quasi-experimental, pretest-posttest without control group, study was conducted with a sample of 31 professional. The results showed a statistically significant difference in the pre-post-intervention stress levels and the analysis of the pictographic, written, and oral productions confirmed the effectiveness of the intervention. The participants gave new meaning to their experienc

Keywords: Narrative therapy – Psychodramatic sculpture – Psychological gesture – Stress, COVID-19 pandemic

Introducción

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (2020) declaró la COVID-19, como pandemia mundial y emitió una serie de recomendaciones para su control, lo que derivó en la cancelación de actividades económicas, sociales, familiares y educativas; situación que provocó aislamiento social por confinamiento, acontecimiento extraordinario con múltiples estímulos generadores de estrés (Quiroga-Garza et al., 2021; Wang et al., 2021).

Desde la perspectiva de salud mental, la pandemia implicó una perturbación psicosocial y

consecuencias psicológicas que llevaron a grandes cambios y puso a prueba la capacidad de manejo de la población afectada y de su atención por los profesionales de la salud (Ahmed et al., 2020; Liu et al., 2020). Las circunstancias que acompañan a una pandemia incluyen distintas fuentes de estrés (Sandín et al., 2020) como conocimiento limitado, la forma en la que se proporciona la información, miedo, preocupación por el riesgo de exposición al virus, frustración, aburrimiento y no poder cubrir las necesidades básicas (Brooks et al., 2020), requiriendo un reajuste sustancial en la conducta

(Gómez Hoyt et al., 2021). Estudios realizados en pandemia reportaron incrementos en estrés en México (Cortés-Álvarez et al., 2020; Quiroga-Garza et al., 2021).

La pérdida de hábitos y rutinas y el estrés psicosocial fueron los dos factores que tuvieron mayor impacto en el bienestar físico y psicológico de la población, durante el confinamiento por COVID-19 (Wang et al., 2021).

En la primera etapa, en México, las universidades privadas privilegiaron el aprendizaje sincrónico, trasladando las clases del aula presencial al aula virtual, lo que cognitivamente pudo haber representado una sobrecarga estresante para estudiantes y docentes, considerando que la mayoría no tenían experiencia previa en cursos totalmente en línea (IBERO, 2020; Tecnológico de Monterrey, 2020; Universidad de Monterrey, 2020); en tanto, otras instituciones buscaron alternativas de educación a distancia (Murphy, 2020; UNESCO, 2020). Ante esa nueva e incierta situación, fue

necesario llevar a cabo una intervención psicológica para reducir el estrés desencadenado por los efectos de la pandemia COVID-19 y el cambio de modalidad académica en un grupo de docentes de enseñanza media superior (DEMS) impartiendo sus clases en línea desde casa durante el confinamiento. Con antecedentes de alcances inconsistentes de intervenciones psicológicas (Dreer, 2020; García & Soler, 2021) y ante el escenario pandémico y sus efectos, para proteger la salud psicológica de DEMS, se diseñó un programa de intervención multienfoque grupal basado en técnicas narrativas (White, 2016), psicodramáticas (Moreno, 1972) y gestuales (Chéjov, 1999). Así mismo, se buscó responder a la pregunta, ¿con un programa multienfoque se puede favorecer una mejor autopercepción, autorregulación y autoconocimiento en el profesorado participante? Además, se planteó la hipótesis (H1) de que tras su implementación disminuiría los síntomas de estrés durante el confinamiento por la pandemia COVID-19.

Método

La intervención se llevó a cabo en formato virtual, con profesores de educación media superior en Monterrey (México) en primavera 2021, enmarcada en un método mixto con diseño de discontinuidad en la regresión y triangulación concurrente: preprueba-posprueba de enfoque cuantitativo con un solo grupo y análisis de enfoque cualitativo de los emergentes verbales, corporales y gráficos (Tashakkori et al., 2013). La muestra incidental la conformó un grupo intacto (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018) de 31 DEMS de una institución privada, en activo, con un rango de edad de 27 a 59 años ($M = 38.48$, $DT = 5.3$) en su mayoría mujeres (87.09%).

El estudio cumplió con las consideraciones éticas reguladas por el Comité de Ética en Investigación en Psicología de la Universidad de Monterrey (Ref. 65- 2020-CEI), bajo los permisos otorgados para la institución participante y el consentimiento informado de los participantes garantizando resguardo, confidencialidad y anonimato.

Diseño de programa

El programa "Museo Haiku" (poesía japonesa de liberación emocional), se llevó a cabo en cinco sesiones semanales con duración de dos horas y fueron divididas en cuatro fases—caldeamiento, reflexión guiada, indagación e intervención y espacio para compartir— con objetivos bien definidos para la consecución de resultados y una tarea genérica intercesión que consistía en registrar cualquier experiencia positiva que ocurriera para involucrar y

motivar al cambio a los participantes (Beyebach, 2021). Al utilizar como metáfora el proceso de creación artística, los participantes fueron construyendo su propia "exposición emocional" a través de dibujos y escritos representativos de su historia personal. Cada sesión finalizaba con una producción que plasmaba los recursos personales identificados ese día, acompañada de un haiku de tres o cuatro palabras creadas por ellos mismos y a recordar hasta la siguiente sesión. En la última sesión, los participantes, a modo de curadores de arte, organizaron su propia exposición y recorrieron su "Museo Haiku" deteniéndose en cada pieza, transitando desde el inicio de la intervención y visualizando cambios y recursos adquiridos a lo largo de las sesiones.



Instrumentos de evaluación

La validación mexicana (González-Ramírez et al., 2013) de la Escala de Estrés Percibido (Cohen et al., 1983), autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, se administró preposintervención en la primera y última sesión. Consta de 14 ítems (p.e., ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?), con un formato de respuesta Likert de cinco puntos (0 = nunca a 4 = muy a menudo), puntuaciones altas corresponden a mayor nivel de estrés percibido. En este estudio, la escala mostró una estructura bifactorial (control vs. no control) y una alta confiabilidad en ambas observaciones (O1 $\alpha = .918$; O2 $\alpha = .880$).

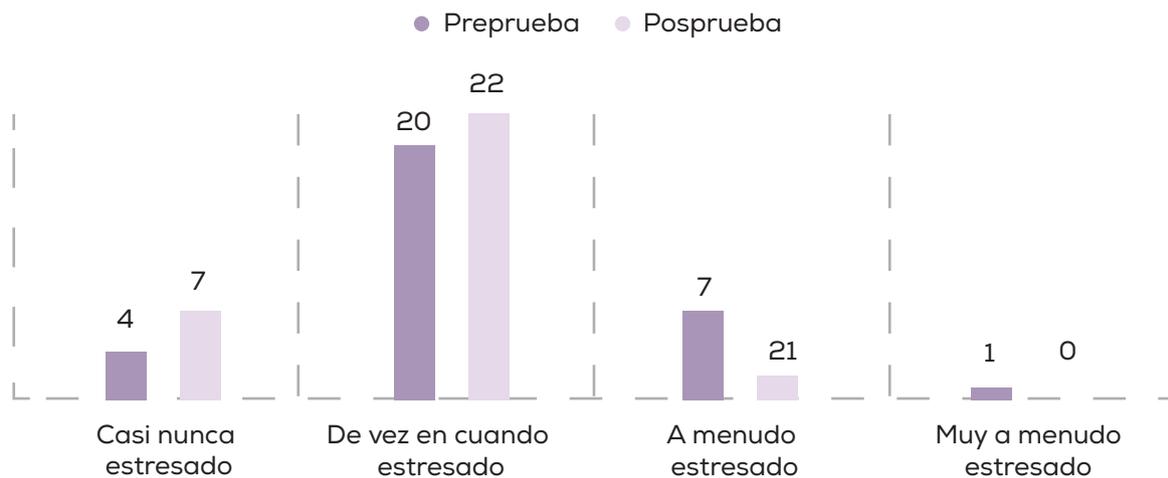
Análisis de datos

Los datos cuantitativos se analizaron en el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS v28. Inicialmente, se realizó un análisis de frecuencias y después una comparación con la prueba t de Student para muestras relacionadas pre-posprueba. Las distintas producciones de los participantes en sesión se analizaron siguiendo la propuesta de teoría fundamentada. Los emergentes verbales, corporales y gráficos – dibujos, frases y textos breves– solicitados durante la intervención para construir teorías emergentes a partir de datos empíricos –las narrativas personales y sociales (Charmaz & Thornberg, 2020) y los fenómenos y los procesos sociales visuales (Corbin & Strauss, 2008; Konecki, 2011)–, a través de un proceso reiterativo para después relacionarlas con las teorías existentes (Corbin & Strauss, 2008).

Resultados

Para el análisis de frecuencias de estrés percibido pre-posintervención de los participantes, se consideraron los puntos de corte propuestos por Torres-Lagunas et al. (2015). Valores de 0-14 indican que casi nunca, o nunca, se está estresado; de 15-28, de vez en cuando está estresado; de 29-42, a menudo está estresado, y de 43-56, muy a menudo está estresado. En la Figura 1 se puede apreciar como del 25% que al inicio tenían niveles de estrés altos, el porcentaje disminuyó a 6.5%.

NIVELES DE ESTRÉS PERCIBIDOS



Niveles de estrés de los participantes en el taller en la preprueba y en la posprueba

Figura 1

Después se llevó a cabo la prueba t de Student para muestras relacionadas, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa pre-posprueba, con un tamaño de efecto mediano ($M1 = 23.58$, $DT = 7.93$; $M2 = 19.10$, $DT = 6.79$; $t(30) = 3.505$, $p = .001$, $d = .607$).

Posteriormente, se aleatorizaron y se analizaron las producciones de tres participantes. La primera es una carta terapéutica solicitada a los participantes en la sesión de cierre que les recordara sus fortalezas y recursos. A continuación, el análisis de la producción 01-05-1: (participante 01, sesión 5, carta terapéutica, producción 1).

El día de hoy estoy feliz de poder descubrir fortalezas que, aunque sabía que estaban ahí, no siempre las valoraba o las tenía conscientes, como que soy mi propio recurso y que en mí está mucho del poder de disfrutar de la vida, en mi actitud y en mis ganas. Descubrí que mi familia es un gran recurso porque siempre me apoya y ayuda, que mi gran recurso, es mi fe y Dios siempre está ahí, siendo motor de todo. Descubrí que

puedo sentir lo que sea si lo reconozco, lo llamo por su nombre y lo trabajo y que sentir me hace bien. Mi habilidad para reflexionar y profundizar es una gran ayuda para mejorar mis procesos. Tomé conciencia de que no puedo tener todo bajo control, pero puedo controlar mi actitud y respuesta ante todo, la puedo moderar, mejorar y aprovecharla para crecer. ¡Qué bien se siente!

Es posible observar como la resignificación de las experiencias personales, lleva a la participante al redescubrimiento y revaloración de sus recursos -ella misma, su familia y su religión- redefinidos como fortalezas. La conciencia de sí misma le permitió identificar su capacidad para reflexionar, reconocer y aceptar sus limitaciones, sus emociones y desafíos o eventos adversos por afrontar. Con este autoconocimiento, ahora tiene un renovado sentido de vida: siente satisfacción por lo realizado (pasado), sabe cómo autodeterminarse y gestionar sus emociones y automotivarse (presente). Al mismo tiempo, tiene esperanza (futuro), ya que se sabe agente de su crecimiento personal.

Figura 2

Ambas figuras muestran una diferenciación de género femenino, solamente el torso, aparentemente sentadas ante lo que podría ser una superficie plana. La figura izquierda (FI) es realista, con cabello abundante y sombras en el contorno del cuerpo; cara cubierta con las manos ocultando el rostro; boca cerrada con pronunciada intensidad denotando cansancio, tristeza; expresión corporal errática y postura cerrada. La figura derecha (FD) es naturalista, con retoques en el cabello, los hombros, el brazo y la mano izquierda; la mejilla apoyada en el brazo y la mano derechos; ojos abiertos, retocados, aparentemente maquillados; una sonrisa en la boca.



En la Figura 2, se puede apreciar el dibujo de 3-05-22 de la escultura gráfica de un participante de cómo se sentía en la sesión 1, cómo se sentía en la última sesión y describir la sensación generada.

Destacan tres elementos: la ubicación de las figuras en el mismo plano, siguiendo la línea del tiempo, posicionando a FI en lo que sería la zona del pasado y la FD en la que representaría el futuro. Mujeres, aludiendo a la aceptación tanto de su condición humana como de su identificación con lo femenino; postura pasiva, ofreciendo impresiones gestálticas diferentes: FI con evidente displacer, no da la cara, indispuesta a ver lo que acontece a su alrededor por vergüenza o en un intento de autoprotección; FD mira de frente, sonriendo, tratando de mantenerse erguida (ligeramente inclinada), al sostener su cabeza y reconfortarse a sí misma al reflexionar. Ambas figuras son estéticamente agradables, aunque los accidentes gráficos -descargas en FI y retoques en FD-, pudieran indicar, en el primer caso, mayor descontrol al momento de dibujar, posiblemente asociado a la temática representada y, en el segundo, a incertidumbre o falta de claridad de su situación actual.



Las leyendas que acompañan las figuras refuerzan los detalles de los dibujos, en respuesta a la consigna de describir la sensación que produce el dibujo y darle significado al comunicar. “Desesperación, histeria, molestia” acompañan a FI, dando cuenta de la dificultad que experimentaba la participante al inicio del programa para autocontrolarse emocionalmente, evidenciando de forma clara su malestar. El texto en FD, “paciencia, comprensión” apunta a reconocer que la situación estresante continúa, sin embargo, ahora hay mejor autorregulación emocional, interés en el exterior, sosiego, apertura y calma.

En conclusión, la escultura gráfica da cuenta de una metáfora esculpida (Papp, 1976; Satir, 1990) que narra la evolución de la historia de P22, inicialmente dominante y saturada del problema que afectaba su estado de ánimo (EA), expresando en lenguaje analógico en el dibujo y digital en palabras, las percepciones subjetivas que se traducen en emociones displacenteras concomitantes -desesperación, malestar, descontrol emocional, vergüenza-, pensamientos expresados en palabras -desesperación, histeria, molestia- y acciones o movimientos pasivos, ocultando el rostro, cerrada al exterior, dificultad en la motricidad visomanual- de la experiencia adversa que afrontaba en ese momento. Transcurrido el tiempo y la intervención (5 semanas), todavía en confinamiento y home office, emerge una historia alternativa, co-construida a lo largo de la intervención, que expresa un EA eutímico, emocionalmente estable, con pensamientos que reflejan autorregulación y control cognitivo y emocional -paciencia, comprensión- y acciones -movimiento pasivo, abierta al exterior, calmada y en control- sin negar la situación adversa a afrontar. Importante señalar que su ubicación en tiempo, espacio y persona estuvo preservada en todo momento.



En conclusión, la escultura gráfica da cuenta de una metáfora esculpida (Papp, 1976; Satir, 1990) que narra la evolución de la historia de P22, inicialmente dominante y saturada del problema que afectaba su estado de ánimo (EA), expresando en lenguaje analógico en el dibujo y digital en palabras, las percepciones subjetivas que se traducen en emociones displacenteras concomitantes -desesperación, malestar, descontrol emocional, vergüenza-, pensamientos expresados en palabras -desesperación, histeria, molestia- y acciones o movimientos pasivos, ocultando el rostro, cerrada al exterior, dificultad en la motricidad visomanual- de la experiencia adversa que afrontaba en ese momento. Transcurrido el tiempo y la intervención (5 semanas), todavía en confinamiento y home office, emerge una historia alternativa, co-construida a lo largo de la intervención, que expresa un EA eutímico, emocionalmente estable, con pensamientos que reflejan autorregulación y control cognitivo y emocional -paciencia, comprensión- y acciones -movimiento pasivo, abierta al exterior, calmada y en control- sin negar la situación adversa a afrontar. Importante señalar que su ubicación en tiempo, espacio y persona estuvo preservada en todo momento.



Figura 3

Finalmente, en la Figura 3 se muestra el gesto psicológico pictográfico 08-02-2 que conecta la acción física con el estado emocional de una mujer que se desplaza de manera coordinada, sus piernas sólidas, mirada firme, brazos en equilibrio. Refleja serenidad, control y seguridad. Las leyendas -“en movimiento, en obra, hay que” - evidencian estar en desarrollo y conciencia de que alcanzar una meta requiere compromiso y preparación.

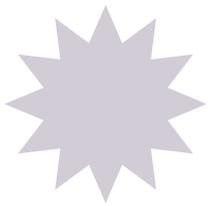
Gesto psicológico pictográfico codificada 2-02-08

Discusión

El COVID-19 y el estrés psicosocial; dos problemas solapados que impactaron la salud mental, fue abordado a través de un programa de reducción de estrés en tiempos de pandemia para profesores de educación media superior, diseñado para desarrollarlo en modalidad grupal virtual por lo que su implementación supuso un desafío.

Se logró que los participantes identificaran y fortalecieran recursos personales para afrontar y salir adelante, disminuyendo los niveles de estrés y mejorando su autoconocimiento, su autopercepción y su autorregulación emocional. Su eficacia es similar a lo alcanzado en otros programas para la reducción del estrés, pues 1 en 44 estudiantes de psicología mexicanos con técnicas psicoeducativas cognitivo-conductuales (Bautista-Díaz et al., 2021) y otro en 10 personas adultas mexicanas, 9 mujeres y 1 hombre (M = 31.9 años; rango 19-60 años) en cinco sesiones integrando los enfoques cognitivo-conductual y centrado en soluciones. También están en línea con el incremento de bienestar psicológico en cada una de sus dimensiones del programa de intervención de psicología positiva con 39 docentes uruguayos (García & Soler, 2021). Todos en modalidad virtual.

Es importante destacar el diseño de la intervención multienfoque y su impacto en los participantes y en la recuperación de recursos personales, base para la reautoría y construcción de su identidad preferida capaz de afrontar los retos de la situación pandémica. El caldeamiento sirvió como medio, no como fin, ya que el uso de técnicas activas preparó al grupo para la acción, activando iniciadores físico-psíquicos, facilitando la congruencia entre los planos racionales, emocionales y corporales, liberando energía sesión tras sesión (dos Santos & Gandolfo, 2014), intuición creativa (Hutchinson, 2019) y espontaneidad que permitieron develar imágenes y recuerdos conscientes e inconscientes, manifiestos y latentes (Pérez, 2019; Rodríguez, 2020) y movieron a la necesidad de “ir más allá”, de proyectarse a futuro y orientarse al cambio (Francioli, 2018). Al mismo tiempo, aseguró una relación participativa (Gergen & Warhus, 2003), flexible e integral (Selekman, 2017), para obtener resultados oportunos y duraderos a través del fortalecimiento de los recursos; así como desbloquear resistencias y prevenir el riesgo de deserción (Beyebach, 2018).



Un aporte importante que emerge del análisis de las producciones con base en teoría fundamentada visual (Graham, 2012; Konecki, 2011) y constructivista (Charmaz & Thornberg, 2020), es la construcción gráfica y en texto de mapas de reautoría (White, 2016) que dan cuenta de la migración de la identidad dominante y plana hacia la identidad preferida y compleja expresada en pensamiento, emoción y acción sin negar el desafío de afrontar la situación adversa. El mapeo de valores, creencias, propósitos, fortalezas, esperanzas y acciones refleja la disminución del estrés al co-construir identidades preferidas con base en una clara agencia personal.

Lo que aporta esta intervención refiere a la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) promueve una práctica psicológica efectiva al integrar la evidencia de los resultados del estudio en relación con la utilización de estrategias innovadoras de intervención, la extensión del efecto, la significatividad con un sólido cuerpo de evidencia teórica. De ahí su relevancia práctica. La relevancia teórica del efecto multienfoque radica en su aplicación en cualquier situación que requiera soluciones nuevas a problemas viejos en el espacio educativo o en cualquier otro ámbito en el que se requieran intervenciones a la medida. Importante dejar de lado las preconcepciones, atendiendo y focalizando la información emergente, en este caso de los docentes, entregada vía verbalización y grafismos de sus representaciones mentales para llevar a cabo una conversación colaborativa generadora de nuevos significados, narrativas, identidades y acciones. Asimismo, el empleo del lenguaje como herramienta y contexto marca las diferencias que favorecen la co-construcción de nuevas narrativas en las que los recursos y la agencia personal se constituyen como el eje central.

Es importante señalar las limitaciones del estudio. En primer lugar, el diseño mixto, sin aleatorización ni grupo control, que impide la generalización de los hallazgos. La facilitación virtual del programa enfrentó eventuales problemas de orden técnico, aunque no impidieron seguir el curso del programa. Otra limitación fue con el gesto psicológico utilizado como técnica auxiliar para activar psicofísicamente a los participantes, dejando de lado el objetivo propio de entrenamiento actoral de Chejov, ya que se trataba de un programa de intervención clínica y de salud.

Consideraciones finales

Con la presente investigación se demuestra la eficacia del programa para la prevención de estrés en tiempos de pandemia. La integración de las diversas técnicas, permitió ampliar el punto de vista de la base teórica inicial. La implementación propositiva y desafiante de la técnica de actuación de Chejov (1999) fue clave para que los participantes pudieran conectar cuerpo y mente por medio de la acción física. Cabe resaltar que para la buena ejecución de la técnica se hizo hincapié en la libertad

de implicación física de cada participante, ya que el fin era la profundización y concentración de estados psicológicos por medio de su cuerpo.

Con la escultura psicodramática, los participantes lograron esculpir gráficamente su cuerpo y sus estados emocionales, presentes y futuros de manera sencilla, logrando una comprensión profunda de cómo se encontraban y los cambios que fueron realizando durante la intervención (Blatner, 2005).

El impacto de esta técnica se observó en la última fase de cada sesión, cuando coincidían en haber experimentado sensaciones instaladas en ellos en el tiempo, pero no reconocidas de manera racional y que ahora pudieron plasmar de forma clara a través de su cuerpo y sus pictografías.

A través de las técnicas narrativas, los participantes lograron tener no solamente una nueva visión de su historia y una nueva forma de enfrentarse a sus problemas y su efecto opresor (Payne, 2016), sino una nueva identidad preferida (White, 2016). Es importante también señalar el uso del lenguaje externalizador durante las cinco sesiones del programa, ya que quedó de manifiesto en la última fase en la que de manera individual los participantes presentaron frente al grupo sus cartas y su Museo Haiku, diferenciando sus problemas, mostrándolos como ajenos y externos a ellos, desde

su nueva identidad preferida.

El programa se diseñó para ser implementado en tiempos de pandemia por lo que sería recomendable su uso en otro momento, incluyendo a población adulta trabajadora en activo o no. También se sugiere seguir investigando e implementando programas grupales multienfoque y multidisciplinar para la prevención y control de estrés, ya que estudios similares son escasos.

La implicación y motivación del grupo de trabajo durante el proceso ayudó, por un lado, al buen uso de las estrategias de intervención y, por otro lado, a la consecución de los objetivos planteados, logrando que los participantes pudieran resignificar las experiencias y circunstancias adversas como ocasiones para fortalecerse, tomar el control sobre sus eventos vitales y posicionarse como agentes activos de cambio.

Referencias

- Ahmed, M., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L., & Ahmad, A. (2020). *Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems*. Asian Journal of Psychiatry, 51, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102092>
- Bautista-Díaz, M., Cueto-López, C., Franco-Paredes, K., & Moreno-Rodríguez, D. (2021). *Intervention to reduce anxiety, depression, and stress in Mexican university students during the pandemic*. Revista Cubana de Medicina Militar, 50(4), 1575. <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1575>
- Beyebach, M. (2018). *Brief systemic therapy as an integrative practice*. In A. Moreno (Ed.), *The practice of systemic therapy* (pp. 29-66). Declée De Brouwer.
- Beyebach, M. (2021). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Herder.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. (2020). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. The Lancet, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Charmaz, K., & Thornberg, R. (2020). *The pursuit of quality in grounded theory*. Qualitative Research in Psychology, 18(3), 305-327. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1780357>
- Chéjov, M. (1999). *Sobre la técnica de actuación*. Alba.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). *A global measure of perceived stress*. Journal of Health and Social Behavior, 24(4), 385. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. SAGE Publications.
- dos Santos, A., & Gandolfo, M. (2014). *Espiral psicodramático: ciencia y arte del caldeamiento*. Revista Brasileira de Psicodrama, 22(1), 54-67. http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicodrama/v22n1/es_n1a06.pdf

- Dreer, B. (2020). *Positive psychological interventions for teachers: A randomised placebo-controlled field experiment investigating the effects of workplace-related positive activities*. *International Journal of Applied Positive Psychology*, 5(1), 77-97. <https://doi.org/10.1007/S41042-020-00027-7>
- Francioli, C. (2018). *El cuidado psicológico del actor desde la técnica de Michael Chéjov*. Publicaciones Didácticas.
- García, D., & Soler, M. (2021). *Docentes agradecidos y con bienestar: Efecto de una intervención psicoeducativa*. *Informes Psicológicos*, 21(1), 201-215. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v21n1a13>
- Gergen, K., & Warhus, L. (2003). *Therapy as a social construction: Dimensions, deliberations and divergences*. *Revista Venezolana de Psicología Comunitaria*, 3, 13-44.
- Gómez Hoyt, B., Méndez Pruneda, K., Novak Villarreal, M., & González Ramírez, M. (2021). *Manejo del estrés y miedo al COVID-19 desde la integración de los enfoques cognitivo-conductual y centrado en soluciones*. *Psicumex*, 11, 1-24. <https://doi.org/10.36793/PSICUMEX.V11I2.408>
- González-Ramírez, M., Rodríguez-Ayán, M., & Hernández, R. (2013). *The perceived stress scale (PSS): normative data and factor structure for a large-scale sample in Mexico*. *The Spanish Journal of Psychology*, 16. <https://doi.org/10.1017/SJP.2013.35>
- Graham, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Morata.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación*. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Mc Graw Hill Education.
- Hutchinson, A. (2019). *Psychological gesture: Michael Chekhov exercises on physicalizing the objective*. Faculty Contributions to Books.
- IBERO. (2020). *COVID-19: Educación en línea va más allá de dar clases por videoconferencia*. <https://ibero.mx/prensa/covid-19-educacion-en-linea-va-mas-alla-de-dar-clases-por-videoconferencia>
- Konecki, K. (2011). *Visual grounded theory: A methodological outline and examples from empirical work*. *Revija Za Sociologiju*, 41(2), 131-160. <https://doi.org/10.5613/RZS.41.2.1>
- Liu, J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J., & Lu, L. (2020). *Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19*. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 4(5), 347-349. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30096-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30096-1)
- Moreno, J. (1972). *El psicodrama*. Ediciones Hormé.
- Murphy, M. (2020). *COVID-19 and emergency eLearning: Consequences of the securitization of higher education for postpandemic pedagogy*. *Contemporary Security Policy*. <https://doi.org/10.1080/13523260.2020.1761749>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19)*. Situation Report-139.
- Papp, P. (1976). Family choreography. In P. Guerin (Ed.), *Family therapy: Theory and practice* (465-479). Gardner Press.
- Pérez, R. (2019). *Espontaneidad psicodramática*. *La Hoja de Psicodrama*, 68(26), 6-17.
- Quiroga-Garza, A., Cepeda-Lopez, A. C., Villarreal Zambrano, S., Villalobos-Daniel, V. E., Carreno, D. F., & Eisenbeck, N. (2021). *How having a clear why can help us cope with almost anything: Meaningful well-being and the COVID-19 pandemic in Mexico*. *Frontiers in Psychology*, 12, 1822. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2021.648069/BIBTEX>
- Rodríguez, L. (2020). *Teoría psicodramática*. *Dirección Psicodramática*, 1-31. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.24405.99049>
- Sandín, B., Valiente, R., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). *Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>
- Satir, V. (1990). *Peoplemaking*. Science and Behavior Book.
- Selekman, M. (2017). *Working with high-risk adolescents. An individualized family therapy approach*. The Guilford Press.
- Tashakkori, A., Teddlie, C., & Sines, M. (2013). *Utilizing mixed methods in psychological research*. In J. Schinka, W. Velicer, & I. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology: Research methods in psychology*. John Wiley & Sons Inc.
- Tecnológico de Monterrey. (2020). *Prepara Tec las clases en línea que dará ante contingencia de COVID-19*. <https://tec.mx/>

[es/coronavirus-covid-19/prepara-tec-clases-en-linea](#)

- Torres-Lagunas, M., Vega-Morales, E., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaño, G., & Rodríguez-Alonzo, E. (2015). *Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia*. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 122-133. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.001>
- UNESCO. (2020). *Distance learning solutions*. <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse/solutions>
- Universidad de Monterrey. (2020). *Comunicado | Alumnos: Prepárate para reanudar clases en línea | UDEM*. <https://www.udem.edu.mx/es/institucional/comunicado-alumnos-preparate-para-reanudar-clases-en-linea>
- Wang, E., Zhang, J., Peng, S., & Zeng, B. (2021). *The association between family function and adolescents' depressive symptoms in China: A longitudinal cross-lagged analysis*. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 744976. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2021.744976>
- White, M. (2016). *Mapas de la práctica narrativa*. Pranas.

Omar Méndez

Licenciado en Psicología en la Universidad Autónoma de Nuevo León. Maestro en Clínica Psicoanalítica. Doctor en Persona y Sociedad por el departamento de Psicología Social de la Universitat Autònoma de Barcelona. Subsecretario de Protección Integral en la Secretaría de las Mujeres del estado de Nuevo León. Fue funcionario público en la Secretaría de Desarrollo Social del estado y en el Consejo de Desarrollo Social en labores cercanas a los diagnósticos comunitarios y grupos reflexivos.

Contacto: omar.mendez@nuevoleon.gob.mx

Escucharnos: Reflexiones en torno al trabajo psicológico con hombres respecto a su corresponsabilidad para erradicar la violencia contra las mujeres



Resumen

El presente artículo tiene como objetivo divulgar ideas y reflexiones en torno al concepto de masculinidades desde la formación psicológica de quien escribe este texto, pero también desde la óptica institucional para visibilizar las acciones y estrategias que se han impulsado desde las instituciones de gobierno, la iniciativa privada, las organizaciones de la sociedad civil y la academia, pues solo divulgando, socializando y comunicando los esfuerzos referentes a las masculinidades, es que las reflexiones y programas podrán llegar a más hombres, para con esto, liberarnos de la opresión en la que en ocasiones nuestro mismo género nos encierra.

Palabras clave: Masculinidades – Estrategias – Violencia

Abstract

The objective of this article is to disseminate ideas and reflections on the concept of masculinities from the psychological training of the person writing this text, but also from an institutional perspective to make visible the actions and strategies that have been promoted by government institutions, the initiative private sector, civil society organizations and academia, because only by disseminating, socializing and communicating the efforts regarding masculinities, will the reflections and programs be able to reach more men, in order to free us from the oppression in which in Sometimes our very gender confines us.

Keywords: Masculinities – Strategies – Violence

Introducción

El presente artículo tiene como objetivo divulgar ideas y reflexiones en torno al concepto de las masculinidades desde la formación psicológica, pero también desde la óptica institucional, para visibilizar las acciones y estrategias que se han impulsado desde las instituciones de gobierno, la iniciativa privada, las organizaciones de la sociedad civil y la academia. Es solo a través de la divulgación, socialización y comunicación, que los esfuerzos y reflexiones referentes a las masculinidades podrán llegar a más hombres, para con esto, liberarnos de la opresión en la que en ocasiones nuestro mismo género nos encierra.

La psicología con sus múltiples ramas ha gozado de un prestigio intachable cuando de escuchar se trata. Es este elemento, aunque no sea meramente clínico, una característica de cualquier intervención institucional, comunitaria o personal; dígame la escucha activa, atenta, objetiva e imparcial.

Sin embargo, al segmentar los diferentes ámbitos o personas de actuación, encontramos que en la historia los hombres han sido poco escuchados, quizás por la propia renuncia para hablar, enraizados en armaduras rígidas de masculinidades heredadas y adoptadas (ya sea consciente o inconscientemente) y de generación en generación. Con la imposición social de la fortaleza, la nula vulnerabilidad y la prohibición al llanto, se han priorizado labores donde provean, decidan, dirijan y también, oprima. En los hombres se ha condicionado la escucha solo para tomar decisiones, así como el habla para dar o seguir instrucciones, lo que ha forjado la idea de que los hombres son fuertes e inquebrantables y que las emociones, sentimientos y muestras de afecto resultan una amenaza latente a su posición de poder en el mundo.

Esto es un punto contrario a las mujeres, quienes han asumido, en muchas ocasiones y casi de manera obligatoria, las labores dedicadas al cuidado, la escucha y la atención. Son ellas quienes llevan la responsabilidad de escuchar y expresar. Así, han cargado con la injusta labor de ser las únicas que promueven soluciones de pareja, quienes buscan la igualdad y justicia e intentan transformar el mundo a través de posicionamientos políticos, metodológicos y personales, en los que los hombres, como género, hemos quedado en deuda.

Si bien usted piensa que esto puede responder meramente a un estereotipo de género, el siguiente ejemplo puede ser ilustrativo en otro aspecto. En la actualidad, quienes están a cargo de formarse académicamente para escuchar, son las mujeres. Según datos del 2021 por parte del Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO), alrededor del 70% de estudiantes de psicología en el país son mujeres. A esto se le suma que, tanto en la praxis clínica, como en intervenciones comunitarias y organizacionales, quienes están a cargo son en su mayoría mujeres.

Aunque el incremento de hombres en procesos terapéuticos y grupales enfocados en la reflexión y reeducación prometen una mayor responsabilidad personal y afectiva y por ende, un impacto positivo en la erradicación de la violencia, nuestro género sigue siendo responsable de, aproximadamente, el 85% de los delitos en nuestro país. Lo cual es una mayoría atribuida a múltiples factores como la cultura machista, el consumo abusivo de drogas y alcohol, el crimen organizado y demás.

Si bien la colectivización también ha estado más presente dentro de la labor psicológica con hombres, parece que sigue siendo una asignatura pendiente, pues las dificultades para romper estereotipos como la agrupación de los hombres en torno a reuniones sociales, el consumo de videojuegos o las actividades deportivas siguen siendo ilustradas en las reflexiones que emergen del trabajo con grupos. Entonces, ¿en qué momento y sobre qué escenarios los hombres podemos hablar de nuestras emociones, sentires y temores?





Las masculinidades

En la actualidad, es común escuchar o leer sobre nuevas masculinidades, a pesar de que es un concepto con varias décadas en su recorrido. Conceptualmente, el término entró en la escena mundial en los años 70 a través de movimientos feministas, quienes cuestionaban la conceptualización de la masculinidad, virilidad y la hombría.

El concepto arribó en los años 80 en Latinoamérica y en México a través de estudios provenientes de la sociología, la psicología y la etnografía. Sin embargo, a pesar de que ya existían conceptualizaciones sociales representativas de las masculinidades mexicanas, como el típico macho mexicano, los héroes encarnados en Kalimán y Solín, los caballeros de la época del cine mexicano y las historietas de los Súper machos de Rius, carecíamos de espacios formales para la reflexión de nuestras representaciones masculinas, asociadas regularmente a la valentía, el adulterio, la corrupción y el hermetismo. Los mexicanos nacíamos sabiendo cómo debíamos de ser, pero no teníamos espacios para preguntarnos si esa era la única manera de serlo.

Introducir estos espacios con sus respectivas dudas, fue uno de los aportes del estudio de las masculinidades. Con un enfoque disruptivo y contracultural, las entonces nuevas masculinidades fueron ganando terreno en investigaciones y universidades hasta llegar a las políticas públicas y estrategias del día de hoy.

Las masculinidades se refieren a los valores, comportamientos, atributos y conductas que los hombres construimos para utilizar en nuestras relaciones personales, familiares y sociales, incluida la relación con nosotros mismos. Una de las características principales de las masculinidades, es la posibilidad de cambiar respecto a la sociedad y la cultura donde se encuentren para mantener la pluralidad y diversidad como antagonismo a la hegemonía de la masculinidad como valentía asociada al machismo, la violencia y la opresión.

Las masculinidades experimentaron vertientes y variantes y evolucionaron de la singularidad a la pluralidad mediante la adopción del término de “Masculinidades plurales” como discurso inclusivo, diverso y donde cualquier hombre, sin importar el tipo de masculinidad, género, raza y condición social, podía formar parte de la discusión, transversalizando la interseccionalidad.

Como refiere Noriega, G:



Los estudios de género de los hombres y las masculinidades recuperan la perspectiva de género planteada por las feministas y parten de la consideración de que los varones somos sujetos genéricos, esto es, que sus identidades, prácticas y relaciones como hombres son construcciones sociales y no hechos de la naturaleza, como los discursos dominantes han planteado por siglos.

Es en esta tilda de las construcciones sociales, donde la psicología, principalmente la social, fue encontrando el eco necesario en las organizaciones de la sociedad civil, en la academia y en las dependencias de gobierno para generar espacios para introducir el trabajo con las masculinidades desde la reflexión.

Trabajo con hombres



Si bien, organizaciones de la sociedad civil, universidades y dependencias de gobierno estatal de Nuevo León, como la Secretaría de Salud y el Consejo de Desarrollo Social e instancias municipales, iniciaron desde hace algunas décadas con grupos de reflexión con hombres y orientaron los objetivos a la prevención de la violencia familiar, no fue sino hasta la creación de la Secretaría de las Mujeres del Estado en el año 2021 que se concretó el hecho de que quienes trabajábamos en estos temas pudiéramos conocernos, agruparnos y coordinarnos a través de una red colaborativa.

La razón principal por la cual la Secretaría de las Mujeres estableció la estrategia se fundamentó en la atribución para formular, coordinar e instrumentar la política del estado, planes y programas que garanticen el goce, promoción y difusión de los derechos de las mujeres. Así como prevenir y atender las violencias de género en el estado. Así, se considera la necesidad de desarticular los factores de riesgo para la generación de violencia, para la prevención y contención de la misma, donde los hombres tenemos grandes responsabilidades.

A continuación, compartiré algunas acciones que se han realizado desde la Secretaría de las Mujeres y sus alianzas estratégicas:

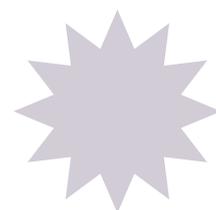
La Red Colectiva de Atención a Masculinidades (RED CAM) se creó en noviembre del 2021, con la firme intención de ser un espacio de encuentro y coordinación de dependencias, organizaciones de la sociedad civil y academias que trabajen o tengan interés de trabajar con hombres desde la perspectiva de género y los derechos humanos.

Esta comunidad se constituyó mediante un acuerdo de creación, donde participaron dependencias como la Secretaría de Seguridad, Secretaría de Igualdad e Inclusión, organizaciones de la Sociedad Civil como SUPERA, colectivos como "Amigo Date Cuenta", "De machos a hombres" e instituciones educativas como la Universidad de Monterrey (UDEM), Universidad Metropolitana (UMM) y la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), al tomar como objetivos principales la coordinación para la captación de casos y atención de los mismos.



Actualmente, la RED CAM cuenta con más de 30 instituciones, dependencias y universidades afiliadas y realiza sesiones cada 15 días de manera virtual y presencial.

A través este esfuerzo se ha realizado la capacitación de más de 800 funcionarios públicos en temas de masculinidades, y de igual manera, se colaboró junto con la Secretaría del Trabajo en la estrategia Global Gay Talk, donde se capacitaron a 25 profesionistas quienes acercarán la metodología del trabajo con hombres a empresas de Nuevo León.



Unidades de atención a masculinidades (UAMAS)

Las Unidades de Atención a Masculinidades forman parte de las estrategias en el trabajo con hombres agresores que ejercen violencia o buscan desarticular su masculinidad hegemónica. Este esfuerzo cuenta con dos objetivos principales. El primero de ellos es capacitar en protocolos de atención psicológica a las instituciones o empresas interesadas en instalar su Unidad de Atención a Masculinidades. En segundo lugar, aperturar el taller “Caminando sin violencia” que busca que, con una base metodológica de corresponsabilidad social, los participantes formen parte de actividades a lo largo de 3 meses, con 7 ejes que responden a los 7 principales factores de riesgo para la reincidencia de la violencia según nuestra experiencia en el tema.

Las UAMAS tienen la capacidad de ser adaptadas en tiempo y forma según las necesidades institucionales para ayudarles a cumplir sus objetivos.

Actualmente, se han instalado dos Unidades de Atención a Masculinidades. La primera en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en donde se impartieron talleres a más de 30 docentes y se capacitó a más de 40 estudiantes de Psicología, quienes próximamente atenderán al público en general. La segunda UAMA se instaló mediante un convenio de colaboración en el Municipio de San Pedro Garza García, capacitando a 13 personas del servicio público, quienes actualmente llevan a cabo sus grupos de reflexión con participación de más de 16 hombres.

Línea telefónica de Contención a Masculinidades 070

En octubre del 2023 se abrió el servicio de contención a masculinidades en el 070, número dependiente de la Secretaría de Participación Ciudadana. En dicho servicio, los operadores telefónicos cuentan con capacitación especializada para atender y contener las llamadas telefónicas de hombres en crisis, quienes buscan un espacio de escucha o que solicitan información para atención psicológica. El servicio es gratuito y está abierto al público las 24 horas, todos los días de la semana.



Retos y perspectivas futuras

Si consideramos las alianzas, esfuerzos y estrategias que cada vez tienen más auge y tendencia en el tema de masculinidades, pensaríamos que el impacto positivo en la sociedad es inminente. Viéndose reflejado en mayor participación de los hombres en labores del hogar, paternidades afectivas, cercanas y procesos en pro de la paz individual, familiar y comunitaria. Sin embargo, la realidad es que seguimos encontrándonos con barreras sociales y personales para el desarrollo puntual de los objetivos de la reflexión y reeducación de masculinidades.

Estas barreras están reflejadas en las estadísticas de violencia familiar y violencia contra las mujeres, donde los hombres violentos, alcoholizados y bajo los efectos de las drogas siguen siendo presentándose en la totalidad de los casos de agresión. De igual manera, persisten los deudores alimentarios, las peleas callejeras y el crimen organizado, así como el acoso y hostigamiento en espacios vitales donde los hombres no hemos logrado romper con la herencia histórica de nuestro género.



A pesar de lo anterior, es cada vez más frecuente que con su estilo y en sus tiempos, las empresas, industrias, universidades y espacios públicos se esfuercen por atender el tema. Cada vez más, conocemos casos donde los hombres, aunque minoría, asisten a conferencias y talleres sobre violencia; forman parte de acciones, replantean sus masculinidades, dudan de la cultura y preguntan en público sobre las nuevas maneras de asumirse dentro de su estructura al buscar la plenitud y la libertad.

Son estas acciones las que ilustran los resultados de los esfuerzos colaborativos y el compromiso de quienes habitamos este estado, que sumado a la impetuosa y enérgica generación actual, continuaremos el camino para la promoción y acceso a la justicia e igualdad. Es necesario transformar un mundo donde la psicología, continúe siendo un medio trascendental para conseguirlo desde la praxis y la crítica.

Referencias

- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Anagrama. [Archivo PDF] <https://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/wp-content/uploads/2015/09/Bondu-Pierre-la-dominacion-masculina.pdf>
- Conapred. (s.f). Las mujeres son el sector de la población más afectado. https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-MUJERES-WEB_Accss.pdf
- Fernández. (2016). *Masculinity and sexuality in the history of Mexico*. *Desacatos* (50), 281. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2016000100213
- Guía Masculinidad*. (2023). https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/información/gisondiz_kanpainak/es_def/adjuntos/guia_masculinidad_cas.pdf
- Kaufman, M. (1999). *Las siete P's de la violencia de los hombres*. [Archivo PDF] <https://www.michaelkaufman.com/wp-content/uploads/2009/01/kaufman-las-siete-ps-de-la-violencia-de-los-hombres-spanish.pdf>
- Núñez Noriega, G. (2016). *Los estudios de género de los hombres y las masculinidades: ¿qué son y qué estudian?* *Revista Culturales*, 4(1), 9-31. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-11912016000100009
- Núñez, G. (2020). *Analizar las masculinidades en México*. *Nexos*. <https://www.nexos.com.mx/?p=46882>



Artículo científico

Sandra Meza

Maestra en Neuropsicología y Neurología de la Conducta. Docente, investigadora y neuropsicóloga de la Escuela de Psicología de la UDEM.

Contacto: sandra.meza@udem.edu

Erwin Villuendas

Doctor en Neurociencias. Maestro en Neuropsicología Clínica. Docente e investigador en la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Contacto: erwin.villuendas@umich.mx

Resumen

La música nos acompaña a lo largo de nuestras vidas, ya sea que la escuchemos o la hagamos. El entrenamiento musical favorece el desarrollo de habilidades de pensamiento, al modificar la estructura del cerebro. Como toda actividad en la que se requiere destreza, la ejecución musical crea nuevas redes neuronales que incluyen diversas áreas no sólo de la corteza cerebral, sino también de regiones subcorticales. Sin embargo, no existe una configuración universal de dichas redes: hay grandes diferencias individuales. El estudio de casos en los que se altera el procesamiento musical nos ha permitido comprender mejor estas diferencias. En el presente artículo exploramos cómo la música afecta la neuroplasticidad. Revisamos estudios comparativos entre músicos y no músicos y exploramos la red neuronal para el procesamiento musical, comparándolo con el procesamiento del lenguaje. Además, abordamos cómo la producción musical activa diversas áreas cerebrales y cómo las lesiones afectan el procesamiento musical.

Palabras clave: Neuroplasticidad – Entrenamiento musical – Redes neuronales – Amusia

Sinfonía cerebral: This is your brain on music



“La música es para el alma,
lo que la gimnasia para el cuerpo”

(Platón, 427 a. C.–347 a.C.).



Abstract

Music accompanies us throughout our lives, whether we listen to it or create it. Musical training promotes the development of thinking skills by modifying the brain's structure. Like any skill-based activity, musical performance creates new neural networks that include various areas not only in the cerebral cortex but also in subcortical regions. However, there is no universal configuration for these networks; substantial differences exist among individuals. Examining cases where musical processing is compromised has provided us with insights into these variations. In this paper, we explore how music affects neuroplasticity. We review comparative studies between musicians and non-musicians and delve into the neural networks for musical processing, comparing it to language processing. Additionally, we address how musical production activates various brain areas and how lesions impact musical processing.

Keywords: Neuroplasticity – Musical training – Neural networks – Amusia

Introducción

La música está en todos lados (mientras trabajamos, en la fila del banco, en el restaurante, en las playlists compartidas con los amigos), pero antes esto no era así. Ya lo mencionaba Sacks en su libro *Musicofilia*: para escuchar música era necesario ir a las iglesias o a un concierto. Sin embargo, desde la aparición de las grabaciones, las transmisiones y las películas gozamos de un bombardeo constante de música. Pero, ¿realmente gozamos? Quienes no nos dedicamos de alguna manera a la música la consideramos habitualmente una experiencia placentera y que no requiere de gran esfuerzo de nuestra parte. Aunque, lo que ocurre dentro de nuestros cerebros cuando tenemos una experiencia musical (escuchando o produciendo música) está muy lejos de ser algo sencillo o necesariamente placentero. A continuación, hablaremos un poco sobre la forma en la que el entrenamiento musical literalmente cambia nuestros cerebros, las redes neuronales que nos permiten escuchar y crear música, y cómo esto puede alterarse cuando nuestro cerebro sufre alguna lesión. Entremos en materia.



Plasticidad: la estructura de las redes neuronales cambia a partir de la interacción con el medio y del aprendizaje de nuevas conductas. La música es una vía

Nuestro cerebro tiene la capacidad de adaptarse a los cambios y recuperarse cuando es necesario. A esto se le llama neuroplasticidad, y aunque ocurre todo el tiempo, puede alcanzar su máximo potencial cuando se usan técnicas sofisticadas de entrenamiento cognitivo que la favorecen. ¿Qué tan complejas tienen que ser esas técnicas? No es necesario profundizar tanto en la búsqueda. Hoy en día sabemos que a través de la música podemos promover dichos cambios neurológicos, lo que hace fascinante preguntarnos cómo es que también una de las expresiones artísticas más antiguas puede ocasionarlos.



Este fenómeno se ha estudiado no solo en adultos con entrenamiento musical. También se han realizado estudios en los que se compara el desarrollo funcional del cerebro en niños que reciben educación musical y aquellos que participan en actividades no musicales a lo largo del tiempo. Los resultados han mostrado que el entrenamiento musical mejora la codificación y discriminación de los sonidos, tanto musicales como verbales. Estos cambios son similares a los que surgen cuando se aprende una nueva lengua.

Aunque estos hallazgos referentes a la discriminación de los sonidos y su impacto en la adquisición del lenguaje son un tanto esperados, se han reportado en la literatura otros estudios más novedosos que muestran que el entrenamiento musical tiene un efecto favorable en las funciones ejecutivas o en los procesos cognitivos de orden superior. Específicamente, se ha encontrado que los adultos y niños con formación musical superan a sus pares no entrenados en tareas de inhibición, flexibilidad cognitiva y memoria de trabajo. Esto se puede comprender mejor al imaginarnos a un cantante en el escenario: encontrar la nota exacta requiere de inhibición, el fraseo de la canción implica memoria de trabajo y los cambios en los registros de voz se logran con una buena flexibilidad cognitiva.

Así, también resulta interesante señalar las ventajas de una práctica musical regular en el largo plazo, refiriéndonos al incremento de la reserva cognitiva, lo que repercute positivamente en la adultez al servir como factor de protección de ciertos trastornos neurocognitivos. Dicho de otra manera, practicar un instrumento musical hace más grande nuestra cuenta de ahorros del "Banco de la Memoria".



El procesamiento musical depende de una red que incluye estructuras en lóbulos temporal, parietal, occipital y frontal, además de estructuras subcorticales

Escuchar música, cantar, tocar un instrumento, leer música, escribirla. Lo que hacemos con la música tiene mucho en común con lo que hacemos con el lenguaje. Ambos procesos implican el uso de sistemas sensoriales (como el oído o la vista) y también sistemas motores (como los músculos de la cara y de las extremidades). Cuando dos procesos son distintos en muchos sentidos, pero al mismo tiempo requieren de modos de uso de la información similares, nuestro sistema nervioso opera de la manera más eficiente: compartiendo redes.

Los sistemas sensoriales (por ejemplo: la vista, la somatopercepción, la audición) funcionan a través de redes que, de manera muy esquemática, van de los órganos receptores a la corteza cerebral a través de nervios y distintas estaciones de relevo. Escuchamos porque nuestro oído transforma las vibraciones del aire en señales eléctricas que viajan a través del nervio auditivo hasta la región temporal de nuestra corteza cerebral, pasando por el tallo cerebral y el tálamo. Esta vía nos permite escuchar todo; desde el sonido de un auto hasta lo que alguien está diciendo. Y por supuesto, también nos permite

escuchar música.

¿Usamos entonces la misma vía para escuchar el lenguaje y la música? No exactamente. Una gran parte de la vía es compartida, pero otra parte no. Mientras que la comprensión verbal es posible por la actividad de nuestra corteza temporal izquierda, la escucha musical suele depender más de la corteza temporal derecha. Al menos en los que no somos músicos profesionales (ver el siguiente apartado).

Ahora, ¿qué partes del cerebro intervienen para producir música? Considera el caso de alguien que ejecuta una pieza en el piano: requiere de planeación (se asocia a los lóbulos frontales), que ese plan se convierta en patrones específicos de movimientos (corteza premotriz), que se envíen órdenes a grupos de músculos (corteza motriz), que esas órdenes lleguen a los músculos (vía motriz) y que el cerebro reciba información sobre la manera en que se ejecutan las órdenes (vía somatosensorial y corteza somatosensorial), y finalmente que se contraste la ejecución con el plan original (retroalimentación de las cortezas parietal y temporal a la corteza frontal). El sistema real es mucho más complejo (incluye, por

supuesto, a los ganglios basales, el tálamo y el cerebelo), pero con esto podemos hacernos una idea sobre lo que ocurre en el cerebro cuando alguien produce música.

Parecería que nos estamos olvidando de uno de los lóbulos de la corteza: el occipital. Este interviene en la medida en la que se requiere de procesar información visual, lo cual ocurre en una buena parte de lo que hacemos con la música. Podemos leer notación musical, escribir, usar la vista como vía de retroalimentación (como cuando estamos aprendiendo a tocar un instrumento y necesitamos saber dónde ponemos los dedos de las manos o los pies).

La red que procesa la música es distinta en los músicos profesionales y en nosotros los mortales



Consideremos que (y este es un principio general de organización del cerebro) la red de estructuras con las que realizamos una actividad determinada cambia en función de muchas variables: qué tanto dominamos esa tarea, a qué edad la aprendimos, cómo la aprendimos, etc. Por lo tanto, lo que hace un músico profesional al escuchar música es distinto de lo que hacemos quienes la disfrutamos, pero como meros principiantes. Sería de esperarse que lo que ocurre en el cerebro de un músico profesional sea distinto de lo que pasa en el cerebro de un profano.

Como hemos visto, el procesamiento cerebral de la música tiene lugar a través de una compleja red de estructuras corticales y subcorticales, que además es una red dinámica: depende de lo que estemos haciendo con la música, de qué tan automático es este proceso y de la edad y modo de adquisición de esas habilidades. Si metemos en un escáner (como el de resonancia magnética funcional) a un músico profesional y a cualquiera de nosotros, mientras escuchamos una misma canción, constataríamos que algunas áreas cerebrales se activan de manera parecida en los dos, mientras que otras pueden tener una actividad muy distinta.

¿Por qué ocurre esto? Piensa en un pasaje musical que te guste especialmente. Si eres alguien que no se dedica a la música, podrías mostrar este pasaje a alguien y decirle que te gusta, pero tal vez la descripción del porqué te gusta no sería tan exhaustiva. Puede ser que te guste por la manera en que suena la voz, o un instrumento, pero tal vez la explicación no irá muy lejos.

En contraste, un músico profesional tal vez tenga más elementos para explicar por qué un pasaje le gusta más en otro: puede tratarse de una armonía particular (el contraste entre sonidos simultáneos), un ritmo especial (la sucesión temporal de los sonidos) o algo similar. El solo hecho de que el músico tenga más palabras para describir lo que está escuchando implica que está haciendo algo diferente. Y si está haciendo algo distinto, es de esperarse que las partes del cerebro que están trabajando no sean las mismas.

Las lesiones cerebrales que producen dificultades en el procesamiento musical son distintas si comparamos a los músicos contra los no músicos: la amusia (alteración en el procesamiento musical) sobreviene a consecuencia de lesiones diferentes en unos y otros. Es raro que una lesión izquierda produzca dificultades de tipo musical en cualquiera de nosotros, pero en un músico sí podría ocurrir. Y de modo similar, una lesión derecha podría alterar nuestra manera de percibir la música, pero no afectaría en un músico profesional. En cierto sentido, es como si nosotros procesáramos la música de una manera un poco más global e inespecífica, mientras que los músicos lo hacen con más herramientas cognitivas que les permiten un análisis minucioso. ¿Es esto permanente? No, en la medida en que aun a edades no tan tempranas podemos aprender música. Como vimos en el primer apartado, el sistema nervioso es sumamente plástico y a lo largo de toda la vida conserva la capacidad para modificar su funcionamiento para adaptarse a las nuevas necesidades.

El procesamiento musical puede alterarse de maneras insospechadas cuando hay una lesión cerebral

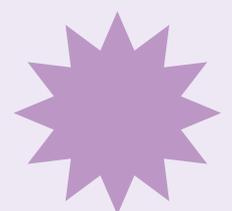
Como revisamos en el apartado anterior, la habilidad para procesar la música puede tener un abanico amplio de manifestaciones y el impacto en la funcionalidad se encuentra supeditado a nuestra profesión. Conocemos historias de pacientes que posterior a un daño cerebral queda como secuela una amusia, pero su detección es un tanto azarosa, ya que es posible que no se presente la situación donde quede de manifiesto esta dificultad. Sin embargo, pensar en las consecuencias de la amusia en un músico de profesión es catastrófico.

Aquí es donde vale la pena contar la historia de Maurice Ravel, un famoso músico francés, recordado por su pieza maestra "Bolero". Se ha dicho que Ravel tenía una amusia, pero si nos remitimos a las notas de su neurólogo Alajouanine, pareciera que el cuadro era más amplio. Lenta y progresivamente, fue desarrollando de manera simultánea apraxia y afasia; y a pesar de que no se podrá conocer el diagnóstico con certeza, la sospecha apunta hacia la enfermedad de Pick, porque el cuadro clínico incluía dificultades motrices y expresivas, dejando así sus habilidades musicales preservadas. "Bolero" es una muestra de estas facultades musicales

excepcionales y en sus propias palabras podemos comprender mejor lo que pasaba por su mente: "Et puis, j'avais encore tant de musique dans la tête" ("Y, además, todavía tenía mucha música en mi cabeza").

Otro caso muy famoso es el que describió nada más y nada menos que A. R. Luria. En su artículo *Aphasia in a Composer* analizó el cuadro clínico de Viktor Shebalin, un compositor ruso a quien estuvo observando durante tres años posterior a un accidente cerebrovascular izquierdo que le produjo una afasia sensorial importante. A pesar del tamaño de la lesión, continuó produciendo grandes piezas musicales y ejecutándolas con mucho éxito la mayoría de las veces.

Todo parece indicar que los pacientes con afasia, incluso la sensorial o de Wernicke, a pesar de tener alterada la capacidad lectora de textos, pueden preservar la lectura musical. Y, por el contrario, los pacientes con amusia muestran dificultades para leer música, pero con preservación de la lectura de textos.



Conclusión

Hay beneficios de la música sobre el funcionamiento cerebral y el procesamiento cognitivo que aún no conocemos del todo. Hace algunas décadas la investigación se centraba sobre los cambios que ocurrían en el procesamiento de estímulos auditivos. Hoy en día, sabemos que la exposición a la música afecta drásticamente nuestras funciones ejecutivas. Si bien los primeros estudios se basaban en gran parte en el análisis de pacientes con lesiones, ahora contamos con técnicas como la

resonancia magnética funcional, o la estimulación magnética transcraneal, que ayudan a saber qué ocurre en nuestros cerebros sin que exista un daño. Esto nos permite ser optimistas respecto a lo que podríamos descubrir en las próximas décadas e imaginarnos las maravillas que la música puede producir en nosotros, más allá de las emociones que ya nos provoca.

Referencias



- Chen, W. G., Iversen, J. R., Kao, M. H., Loui, P., Patel, A. D., Zatorre, R. J., & Edwards, E. (2022). *Music and Brain Circuitry: Strategies for Strengthening Evidence-Based Research for Music-Based Interventions*. *The Journal of Neuroscience*, 42(45), 8498-8507. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1135-22.2022>.
- Luria, A. R., Tsvetkova, L. S., & Futer, D. S. (1965). *Aphasia in a composer*. *Journal of the Neurological Sciences*, 2(3), 288-292. [https://doi.org/10.1016/0022-510X\(65\)90113-9](https://doi.org/10.1016/0022-510X(65)90113-9)
- Peretz, I., & Zatorre, R. J. (2005). *Brain organization for music processing*. *Annual Review of Psychology*, 56, 89-114. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070225>
- Sacks, O. (2008). *Musophilia. Tales of music and the brain*. Nueva York: Vintage Books.
- Soria-Urios, G., Duque, P., & García-Moreno, J. M. (2011). *Música y cerebro: fundamentos neurocientíficos y trastornos musicales*. *Revista de Neurología*, 52, 45-55. <https://doi.org/10.33588/rn.5201.2010578>
- Soria-Urios, G., Duque, P., & García-Moreno, J. M. (2011). *Música y cerebro (II): evidencias cerebrales del entrenamiento musical*. *Revista de Neurología*, 53, 739-746. <https://doi.org/10.33588/rn.5312.2011475>.
- Thaut, M. H., & Hodges, D. A. (Eds.). (2019). *The Oxford handbook of music and the brain*. Oxford: Oxford University Press.
- Trimble, M., & Hesdorffer, D. (2017). *Music and the brain: the neuroscience of music and musical appreciation*. *British Journal of Psychiatry International*, 14(2), 28-31. <https://doi.org/10.1192/s2056474000001720>
- Vuust, P., Heggli, O. A., Friston, K. J., & Kringelbach, M. L. (2022). *Music in the brain*. *Nature Reviews Neuroscience*, 23(5), 287-305. <https://doi.org/10.1038/s41583-022-00578-5>
- Warren, J. (2003). *Maurice Ravel's amusia*. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(8), 424. <https://doi.org/10.1177/014107680309600831>

Fomentando la salud mental como un derecho universal en Monterrey

Claudia Martínez

Directora de Salud Municipio de Monterrey.

Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Especialista en adicciones por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Contacto: Psi.claumtz@gmail.com

Rebeca del Carmen Téllez

Coordinadora de Salud Mental y Adicciones del Municipio de Monterrey. Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Maestra en Educación para la Ciudadanía por la Universidad Autónoma de Querétaro.

Contacto: rebcatellezp@gmail.com



Resumen

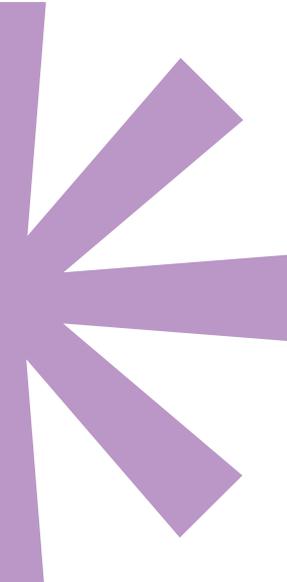
Objetivo. Este artículo aborda la psicología activa a partir de la intervención en los espacios públicos del Municipio de Monterrey generando consciencia sobre temas en salud mental. **Método.** Se realizó una narrativa anecdótica de acuerdo al proceso y las acciones de promoción y atención en la salud mental otorgadas desde la Dirección de Salud del Municipio de Monterrey. Ante la realidad que se vive en México respecto a los servicios públicos en salud mental y con factores que dificultan el acceso a una atención digna, libre de estigma, sin discriminación y ágil para la ciudadanía, es que a través del Gobierno de Monterrey se busca consolidar una política pública que permita que los programas de salud mental continúen vigentes, brindados con calidad, empatía, pertinencia y actualizados en el tránsito de diferentes administraciones, normalizando la atención a la salud mental como una revisión de rutina en la búsqueda de una salud integral de los y las ciudadanas en todas las etapas de la vida.

Palabras clave: Salud mental – Presupuesto – Acceso – Gobierno de Monterrey

Abstract

This article addresses active psychology based on intervention in public spaces of the Municipality of Monterrey, generating awareness about mental health issues. Method. An anecdotal narrative was made according to the process and the mental health promotion and care actions granted by the Health Directorate of the Municipality of Monterrey. Given the reality that exists in Mexico regarding public mental health services and with factors that hinder access to dignified care, free of stigma, without discrimination and agile for citizens, the Government of Monterrey seeks consolidate a public policy that allows mental health programs to remain in force, provided with quality, empathy, relevance and updated in the transition of different administrations, normalizing mental health care as a routine review in the search for comprehensive health of citizens at all stages of life.

Keywords: Mental health – Budget – Access – Government of Monterrey



En el año 2023, el gobierno de Monterrey ha asumido una misión de trascendental importancia: promover la “Salud Mental como Derecho Humano Universal”. Este enfoque respalda la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), la cual reconoce la salud mental como un estado de bienestar que abarca aspectos físicos, mentales y sociales. Este reconocimiento se encuentra en sintonía con la Ley General de Salud de México (LGDLAS, 2024) que promueve la atención integral de la salud y su promoción a nivel federal, lo cual se extiende como una responsabilidad a nivel estatal y local.

En el estado de Nuevo León, la importancia de la salud mental está consagrada en la Constitución Política del Estado a través de la Ley de Salud Mental (LGDLS, 2024), además de políticas y medidas específicas implementadas en cada municipio. Monterrey, como ciudad capital, ha priorizado el bienestar mental en su Plan Municipal de Desarrollo 2021-2024 (LGDLS, 2024), especialmente bajo el Objetivo 4.2: "Promoción de la Salud y Comunidades Saludables".

Este objetivo se enfoca en la mejora de la calidad de vida de sus ciudadanos a través de una combinación de medidas preventivas y servicios de alta calidad en las instalaciones de atención médica. Además, se trabaja activamente en la sensibilización de la comunidad acerca de la importancia de la prevención de problemas de salud mental, la disponibilidad de atención psicológica y el fomento del bienestar social.

El Plan Municipal de Desarrollo (Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, 2022) se ha erigido con el propósito de transformar a Monterrey en un entorno donde la promoción de la salud mental y el bienestar social sean pilares fundamentales. Este cambio se lleva a cabo a través de estrategias y acciones concretas destinadas a empoderar a la ciudadanía, de manera que puedan tomar decisiones informadas y responsables acerca de su propia salud y la de sus semejantes.



A pesar de estos esfuerzos, en México solo un exiguo 2% del presupuesto federal de salud se asigna a la atención de trastornos mentales, lo cual resulta en un desalentador 85% de la población que sufre de problemas de salud mental, no reciban la atención que necesitan. En algunos casos, los afectados esperan durante años un promedio de entre siete y treinta años para acceder a tratamiento, mientras que otros carecen de acceso a atención médica por completo.

El gobierno municipal de Monterrey asigna recursos provenientes de múltiples fuentes, incluyendo el Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social (Secretariado Técnico del Consejo Nacional

de Salud Mental, 2022), otorgado por la Federación a los Estados para su distribución en los municipios. Además, se financian programas locales con ingresos generados por impuestos municipales, como el predial, parquímetros y multas de tránsito. Estos recursos se distribuyen de manera equitativa entre distintas secretarías, incluyendo a la Secretaría de Desarrollo Humano e Igualdad Sustantiva, en cuya jurisdicción opera la Dirección de Salud.

La estructura de la Dirección de Salud ha experimentado cambios significativos en la actual administración. Han quedado atrás los días en que la dirección constaba únicamente de tres coordinaciones, a saber, administrativa, centros de salud y atención en brigadas. En un giro histórico, se designó a una destacada psicóloga como directora, lo que representó un cambio de relevancia en la jerarquía y estructura de la institución. El número de coordinaciones se ha ampliado de tres a cinco con la coordinación de centros de salud y se ha incorporado la coordinación de “médico en casa”, salud de la mujer y sexualidad, salud y bienestar animal, como esfuerzos de suma importancia con relación al Plan Municipal de Desarrollo y la Coordinación de Salud Mental y Adicciones establecida en junio de 2022.

Esta nueva coordinación ha generado dos proyectos trascendentales como “SanaMente”, el cual se enfoca en la atención de la salud mental. Además de la “Prevención de Adicciones”. Para respaldar estas iniciativas, se ha asignado por primera vez un presupuesto exclusivo para la salud mental, un hito sin precedentes en la historia del Municipio de Monterrey.

En sus primeras etapas, la Coordinación de Salud Mental y Adicciones contó con el apoyo de personal de otras coordinaciones y pasantes de psicología. Estos profesionales llevaron a cabo actividades preventivas como charlas y jornadas dedicadas a la prevención del suicidio, la salud mental y problemas de adicciones.

Además, la Coordinación de Salud Mental colabora de manera transversal con otras Secretarías del Gobierno de Monterrey. Un ejemplo destacado de esta colaboración es el premio SIGA; una iniciativa de la Secretaría de Innovación y Gobierno Abierto. Este galardón busca fomentar la corresponsabilidad entre el gobierno y la ciudadanía a través de un concurso abierto destinado a abordar diversas problemáticas al utilizar tecnología de vanguardia.

En 2022, se eligió ganadora del premio SIGA a una plataforma diseñada para promover acciones a favor de la salud mental. Dicha plataforma, denominada “Sanamente”, proporciona herramientas para el cuidado de la salud mental y ofrece servicios en línea a cargo de profesionales en la materia. Este proyecto ha permitido destinar recursos para la contratación de nueve profesionales en psicología y un psiquiatra, lo que habilitó la prestación de servicios de atención presencial a la ciudadanía.

La necesidad de establecer un equipo dedicado a la salud mental ha surgido, en parte, como respuesta a las consecuencias de la pandemia de COVID-19. Antes de 2020, las instituciones gubernamentales ya lidiaban con tiempos de espera de tres a cuatro semanas para recibir atención psicológica y psiquiátrica. La pandemia ha intensificado la demanda de atención, lo que se tradujo en tiempos de espera de al menos un mes para recibir tratamiento gratuito.



Ante esta realidad, la Coordinación de Salud Mental en el Gobierno de Monterrey ha emprendido la formación de un equipo de profesionales comprometidos en ofrecer atención de alta calidad. Se ha destacado por emplear un enfoque breve y efectivo para las intervenciones. Estos cambios han sido fundamentales para abordar las crecientes necesidades de atención en salud mental agravadas por la pandemia de COVID-19 y han posibilitado la prestación de atención psicológica y psiquiátrica más accesible, reduciendo significativamente el tiempo de espera.



El éxito de esta visión ha sido posible gracias al respaldo de aliados, tales como las principales universidades del estado y las asociaciones en el ámbito de la salud mental, tanto públicas como privadas. Asimismo, el Consejo Municipal Contra las Adicciones ha desempeñado un papel fundamental al contribuir activamente en la lucha contra los problemas relacionados con el consumo de sustancias.

Desde la Secretaría de Desarrollo Humano e Igualdad Sustantiva y a través de la Dirección de Salud, desarrollamos programas, estrategias y herramientas para la detección oportuna, atención y acompañamiento en las diversas necesidades de la salud mental en todas las etapas de la vida. Es importante remarcar que uno de cada siete jóvenes de entre 10 a 19 años padece algún trastorno mental, etapa que es formativa y en la que se presentan cambios físicos, emocionales y sociales como lo es la adolescencia, la cual también es abordada por los diversos tipos de violencia, situación económica y/o malos tratos a los que puedes estar expuestos dentro y fuera de su núcleo familiar, lo que los hace más vulnerables a problemáticas en salud mental. Como una institución de gobierno, se busca brindar intervenciones orientadas al fortalecimiento y regulación de sus emociones, así como identificar factores de riesgo y de protección para evitar comportamientos de riesgo y lograr comunidades más resilientes con entornos favorables para su desarrollo.



Al trabajar de este modo se considera que se pueden prevenir trastornos y enfermedades como la depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento que se encuentran entre las principales causas de enfermedad y discapacidad, lo que coloca al suicidio en la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años: un resultado provocado por factores de riesgo como el abuso del alcohol, malos tratos en la infancia, estigmatización al momento de pedir ayuda, al atender esto a tiempo en las primeras etapas de vida podemos formar adultos sanos con herramientas para criar seres humanos resilientes y felices.

En el Gobierno de Monterrey nunca se le había dado tal relevancia a la atención de la salud mental, por lo que no existe una línea base con que poder comparar los datos actuales, pero se puede mostrar las atenciones brindadas por rango de edad de mayor a menor cantidad de atenciones. En lo que va la administración 2021-2024, la edad que más ha requerido atención son adultos de 27 a 59 años de edad, continuando con adolescentes de entre 12 a 18 años de edad, le siguen las infancias de entre 6 a 11 años, juventudes de 19 a 26 años, y adultos mayores de 60 años y más, datos que esperamos que se sigan atendiendo y registrando con el paso de las administraciones.

Hasta la fecha, se han brindado más de 3,614 servicios que incluyen atención psicológica como de psiquiatría. Además, se han proporcionado más de 5,365 servicios en brigadas y ferias de salud, y se han llevado a cabo 227 acciones preventivas, que incluyen charlas y talleres acerca de la salud mental y las adicciones. Este esfuerzo ha llegado a 10,291 ciudadanos, incluyendo a estudiantes de todas las edades, desde preescolar hasta el nivel universitario, así como a empresas, centros de salud, centros comunitarios, espacios destinados a migrantes y plataformas a través de medios digitales como Facebook Live "Hablemos de salud mental", en el que

cada mes se visibilizan y brindan herramientas a la ciudadanía en este rubro.

El camino hacia la visión de proporcionar una cobertura integral en salud mental, la atención de adicciones y trastornos de conducta alimentaria sigue avanzando. Se están estableciendo alianzas con instituciones y promoviendo acciones destinadas a reducir la prevalencia de las enfermedades de salud mental. El objetivo es que la salud mental sea accesible para todos y al fin sea comprendido como un derecho humano universal, sin discriminación de género, etnia, raza o ideología.

Este enfoque holístico y colaborativo busca brindar una atención de calidad en salud mental, adicciones y trastornos de la conducta alimentaria con profesionales capacitados y en constante formación. La visión es que la salud mental sea accesible a todos y que se entienda como un derecho fundamental, por lo que nuestro compromiso es seguir avanzando y educando a la sociedad sobre la importancia de cuidar de nuestra salud mental.

A pesar de los avances, reconocemos que aún queda trabajo por hacer para combatir el estigma que persiste en una sociedad que aún no ha adoptado plenamente la cultura del cuidado de la salud mental. No obstante, el primer paso se ha dado y la consigna es continuar avanzando y educando a la población.



Es esencial que la sociedad considere que el acceso a la atención psicológica o psiquiátrica como una necesidad igual de importante que un chequeo médico rutinario, así como reconocer que cuidar la mente es tan fundamental como cuidar el cuerpo. Al comprender que la salud mental abarca un amplio espectro de emociones, desde la ira y la tristeza hasta la soledad, damos el primer paso para desterrar el estigma y fomentar un cuidado de la salud mental libre de prejuicios.

Conclusión

En Monterrey, el gobierno ha asumido un compromiso vital al promover la salud mental como un derecho universal en concordancia con los estándares de la Organización Mundial de la Salud y la legislación de nuestro país. La administración municipal ha convertido este compromiso en una prioridad central al incorporarlo en su Plan Municipal de Desarrollo.

A través de un cambio histórico en la Dirección de Salud, se han tomado medidas audaces como la creación de la Coordinación de Salud Mental y Adicciones, lo que ha permitido una atención más accesible y efectiva. Así mismo, se han establecido alianzas estratégicas con universidades y organizaciones en salud mental para garantizar que los ciudadanos reciban servicios de calidad.

A pesar de los avances, queda mucho trabajo por hacer para eliminar el estigma en torno a la salud mental. Este es un paso crucial en el camino hacia una comunidad más saludable y equitativa. El compromiso persiste: avanzar, educar y brindar una atención integral a todos, independientemente de su género, etnia, raza o ideología. La visión de Monterrey radica en lograr un futuro donde el bienestar mental sea un derecho humano universal, en el que todos merecen y pueden ejercer sin temor a prejuicios.



Referencias

Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Const]. 31 de diciembre de 2014 (México).

Ley General de la Salud [LGDLS]. *Artículo 7 de 2024*. 3 de enero de 2024 (México).

Ley General de la Salud [LGDLS]. *Artículo 72 Bis de 2024*. 3 de enero de 2024 (México).

Ley General de la Salud [LGDLS]. *Artículo 73 de 2024*. 3 de enero de 2024 (México).

Organización Mundial de la Salud. (17 de noviembre de 2021). *Salud mental del adolescente*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental. (2022). *Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones*. https://www.monterrey.gob.mx/pdf/portaln/2022/PMD_MTY_2021.pdf

Valeria Espinosa

Licenciada en Psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL).

Maestra en Psicología con Orientación en Clínica Psicoanalítica por la misma institución. Psicóloga Clínica en Centro de Tratamiento e Investigación de la Ansiedad (CETIA) en la Universidad de Monterrey (UDEM).

Contacto: valeria.espinosag@udem.edu

Psicoanálisis en las instituciones de salud



Resumen

En el siguiente artículo se reflexiona sobre la técnica psicoanalítica descrita por Freud a lo largo de su obra, así como las demandas de las instituciones de salud en la actualidad, las cuales buscan que se cumplan ciertos lineamientos o parámetros que se contraponen al trabajo analítico. Ante esto nos cuestionamos, ¿la institución atraviesa el dispositivo analítico? De la misma forma parece importante plantearse, ¿cómo es que se establece el encuadre psicoanalítico dentro de las instituciones? Abordamos las modificaciones a la técnica psicoanalítica y el impacto que esto podría generar dentro de los procesos analíticos ante la demanda institucional. Sin embargo, logramos concluir que, pese a las modificaciones y delimitaciones por parte de las instituciones de salud, podría llevarse a cabo un proceso analítico debido a que tomaremos los elementos del psicoanálisis riguroso ante el discurso del paciente.

Palabras clave: Psicoanálisis – Instituciones – Técnica

Abstract

In the following article we will reflect on the psychoanalytic technique described by Sigmund Freud throughout his work as well as the current demands of health institutions whose goal is to fulfill certain criteria that often goes against analytic work. We also question, does the institution follow the analytical device? Is it also important to consider, how it is possible to establish the frame within the institutions? The modifications to the psychoanalytic technique and the impact that this might generate inside the psychoanalytic process before the institutional demand will also be addressed. Nevertheless we managed to conclude that despite the modifications and limitations on behalf of the institutions we could have a proper psychoanalytic process due to the fact that we will take elements of rigorous psychoanalysis before the speech of the patient.

Keywords: Psychoanalysis – Institutions – Technique

Al pensar en el psicoanálisis dentro de las instituciones de salud, me parecería interesante reflexionar sobre ciertos puntos. Si bien Freud plantea el dispositivo analítico como los elementos fundamentales para la intervención clínica, siendo integrado por la asociación libre, atención flotante, la interpretación del analista, transferencia y neutralidad, al plantearse esto en un primer momento en una intervención analítica rigurosa. Trasladando esto al contexto institucional, reflexionemos, ¿la institución atraviesa el dispositivo analítico? Mediante sus parámetros y lineamientos, ¿la transferencia se establece con la institución? Al menos en un primer momento, puesto que no se realiza la elección del analista o la analista con las fantasías y depósitos que esto conlleva.



En algunos casos, los pacientes no solo no realizan la elección del analista y tampoco el enfoque teórico con el cual trabajarán, ¿estarán dispuestos a adentrarse en un proceso analítico?

Un cuestionamiento más aparece al pensar en el encuadre psicoanalítico: ¿qué pasa con las inconsistencias respecto a los espacios físicos?, el establecimiento del horario de la sesión no se mantiene como un constante ante los lineamientos a seguir por parte de la institución. En psicoanálisis no se establece un número determinado de sesiones o un tiempo límite para dar fin al tratamiento, sin embargo, ¿las instituciones delimitan un número particular de sesiones?, ¿se plantea intervenir mediante un proceso analítico o psicoterapia breve? Respecto al pago, en diversas instituciones la atención se brinda de manera gratuita, pero al ser de esta forma ¿los pacientes se hacen cargo de su proceso?, ¿qué pasa con el pago simbólico? Dentro de las instituciones de salud hay una gran cantidad de pacientes que son referidos por otras instancias. Ante esto, ¿existe una demanda por parte de estos pacientes? O la demanda es por parte de la institución que refiere. Si sí, ¿qué es lo que busca? Ante dichos cuestionamientos me parece de suma

importancia retomar lo planteado por Freud en algunos de sus textos técnicos:

Freud (1904) habla sobre evitar todo procedimiento que pudiera recordar a la hipnosis, es por esto que se les invita a los pacientes a tenderse de espaldas sobre un sofá, mientras el analista toma asiento en una silla situada detrás.

Una sesión de esta clase transcurre como una conversación entre dos personas alertas, a una de las cuales se le ahorra todo esfuerzo muscular y toda impresión sensorial que pudiera distraerla y no dejarle concentrar su atención sobre su propia actividad animica. Sin embargo, en la mayoría de las instituciones no se brindan las condiciones para llevar a cabo dicho método.

Así, también plantea una serie de requisitos para quienes deseen someterse al psicoanálisis, estado psíquico normal, así como cierto grado de inteligencia y desarrollo ético, estableció que posterior a los cincuenta años, los pacientes se encuentran en condiciones desfavorables, puesto que el tiempo de curación se torna demasiado largo, ante el desfallecimiento de las capacidades de deshacer procesos psíquicos.

De la misma manera, habla de la eficacia del tratamiento ante un plazo largo, planteando el tiempo de estima entre seis meses y tres años. Recordemos que lo descrito con anterioridad fue planteado por Freud en el año 1904, en el cual estimaba cierto plazo, hoy día sabemos que esto no es definitorio. Pensando en estos plazos, ¿las instituciones podrían cumplir con esta estimación ante la demanda de atención?

En *Sobre la psicoterapia*, Freud (1905) menciona que, en el tratamiento psicoanalítico, se exige al enfermo una sinceridad total, así como un gran periodo de tiempo, el cual se ve reflejado

en costos para el paciente. Así, plantea que el tratamiento psicoanalítico no es aplicable a personas que acuden por orden de parientes y no se sienten llevados por su propio padecer. De igual forma podría suceder con los pacientes que han sido referidos por

otras instituciones, un ejemplo de esto podrían ser las instituciones académicas. Ante esto retomamos uno de los cuestionamientos iniciales, ¿existe una demanda por parte de estos pacientes? O la demanda es por parte de la institución que refiere, ¿qué es lo que busca? De no haber una demanda por parte del propio paciente, ¿se podría esperar sinceridad dentro de su discurso?, ante el no cumplimiento de la asociación libre, su instancia en la institución, ¿se convierte en un proceso administrativo más allá de un proceso analítico?

Al hablar de la sinceridad que se le exige al paciente y la importancia de la asociación libre como parte del dispositivo analítico, me invita a pensar en el proceso de entrevista inicial, al solicitarle al paciente entera sinceridad ante quien no será su analista, que hable libremente sobre su motivo de consulta, y

que posterior a esto brinde datos e información que realmente es la institución quien busca obtener, más allá que el paciente proporcionar.

Me parece que se debería prestar entera importancia a este primer contacto, no del paciente con la institución, sino del paciente con su propio discurso. Al mismo tiempo, me gustaría mencionar ahora un concepto que va de la mano con la transferencia, la abstinencia que es vital para un correcto desarrollo del tratamiento psicoanalítico es la abstinencia de la postura que deberá tomar el analista ante las demandas del paciente no ceder a ellas esto sumado a la neutralidad del terapeuta crea un lugar analítico si eso se encuentra dentro de una institución, el trabajo psicoanalítico es posible dentro de ella.

Freud (1912) también plantea en consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico, que el analista deberá guardar en la memoria todo lo nombrado por los pacientes durante su discurso, sin confundir el material con otros pacientes.

Con regularidad en las instituciones se trabaja la investigación de casos clínicos, sin embargo, Freud (1912) menciona que, durante el proceso terapéutico de un caso, no sería recomendable elaborarlo científicamente, ya que podría tratarse bajo las necesidades específicas de la investigación. Al término del proceso analítico se podría elaborar científicamente puesto que no estaría presente la especulación y el sometimiento del material.

En sobre la iniciación del tratamiento, *Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis*, Freud (1913) aborda la importancia de la estipulación en relación al dinero y al tiempo, se les asigna a los pacientes una hora específica para su sesión, este tiempo se destina a cada uno de ellos, aun y cuando no acuda a la sesión.

En contraparte, en las instituciones se estipula con regularidad que, de llegar tarde los pacientes, no se llevará a cabo su sesión, lo cual sería limitar el discurso del paciente durante el resto del tiempo de su sesión. Cabe mencionar que a diferencia de otros enfoques teóricos no se podría delimitar la duración del proceso analítico, esto podría ser una dificultad para la institución debido a la gran demanda de pacientes.

Freud (1904) aborda que, al ser el proceso analítico de mayor duración, será importante notificarles esto a los pacientes, previo a que se tome la decisión de iniciar un proceso. Sobre el pago y su relación en el proceso terapéutico Freud (1913) menciona que "Es notorio que no se eleva en el enfermo la estima por el tratamiento brindándosele

demasiado barato”, (p.133). De no tener un costo monetario, el paciente difícilmente se hará cargo de su proceso, ¿se podría plantear la posibilidad de establecer un pago simbólico? Debido a la significancia en el proceso analítico. Por cierto, Freud (1913) plantea que, las resistencias del neurótico se acrecientan al llevar un tratamiento gratuito, de esta forma el paciente pierde la motivación de continuar y terminar su proceso. Sin embargo, distingue que no se podría generalizar puesto que, en diversas ocasiones, el tratamiento gratuito no es un obstáculo para la continuación del proceso analítico (1913).

Una vez dentro del proceso analítico se plantea, “¿En qué punto y con qué material se debe comenzar el tratamiento?” (Freud, 1913, p.135). Será el paciente quien decida de qué forma iniciará su relato. “Diga, pues, todo cuanto se le pase por la mente” (Freud, 1913, p.136).

Freud (1913) sobre esto plantea “no olvide nunca que ha prometido absoluta sinceridad, y nunca omita algo so pretexto de que por alguna razón le resulta desagradable comunicarlo”. (p.136).

Pacientes que computan su condición de enfermos desde cierto momento suelen orientarse hacia el ocasionamiento de la enfermedad; otros, que no desconocen el nexo de su neurosis con su infancia, empiezan a menudo con la exposición de su biografía íntegra. En ningún caso debe esperarse un relato sistemático, ni se debe hacer nada para propiciarlo (Freud, 1913, p.137).

Freud (1913) refiere que, algunos pacientes acuden con un discurso estructurado durante las

primeras sesiones, podríamos referir que de esta forma aparece la resistencia. “Hemos llamado psicoanálisis al trabajo por cuyo intermedio llevamos a la conciencia del enfermo lo anímico reprimido en él.” (Freud,1919, p.155). Freud (1919) plantea las condiciones limitadas para la atención a una gran cantidad de pacientes. De este modo las instituciones permiten la atención a una mayor cantidad de personas.

Freud (1919) visualizaba la creación de sanatorios o lugares de consulta a los que se asignarán médicos de formación psicoanalítica cuyo tratamiento sería gratuito, así como quienes los iniciarían probablemente sería la beneficencia privada, también mencionaba que cuando suceda, se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones. Sin embargo, en la actualidad tendríamos que reconsiderar las implicaciones de no efectuar un pago en el proceso analítico, como lo hemos reflexionado anteriormente.

Para concluir, me gustaría recordar que aun y con las limitaciones y procesos institucionales, lo importante es el trabajo ante el discurso del paciente, tal como Freud lo menciona en sus comentarios finales sobre el futuro del psicoanálisis, particularmente dentro de las instituciones.

Cualquiera que sea la forma futura de esta psicoterapia para el pueblo, y no importa qué elementos la constituyan finalmente, no cabe duda de que sus ingredientes más importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso, ajeno a todo partidismo. (Freud, 1919, p.163).



Referencias

- Freud, S. (1904). *El método psicoanalítico de Freud*. Obras Completas Volumen VII. Buenos Aires: Amorrortu Ed.
- Freud, S. (1905). *Sobre psicoterapia*. Obras Completas Volumen VII. Buenos Aires: Amorrortu Ed.
- Freud, S. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Obras Completas Volumen XII. Buenos Aires: Amorrortu Ed.
- Freud, S. (1913). *Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I)*. Obras Completas Volumen XII. Buenos Aires: Amorrortu Ed.
- Freud, S. (1919). *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. Obras Completas Volumen XVII. Buenos Aires: Amorrortu Ed.

Habilidades para la comunicación de malas noticias en estudiantes de medicina

Miranda López Molina
Estudiante de Licenciatura
en Psicología Clínica en la
Universidad de Monterrey.

Contacto: miranda.lopez@udem.edu

Resumen

La preparación formal que reciben los profesionales médicos para poder ejercer abarca una amplia variedad de temas y habilidades que les permiten realizar sus funciones a nivel técnico en diferentes ámbitos hospitalarios. Pero, ¿qué pasa con las funciones interpersonales del equipo médico? ¿Se les prepara con la misma seriedad para enfrentar situaciones complejas de la interacción médico-paciente? La investigación en Psicología de la Salud y Medicina Conductual, busca responder a estos cuestionamientos desde una perspectiva basada en evidencia; se trata de una línea que recién comienza a tomar fuerza en el estado de Nuevo León. El presente artículo busca presentar la necesidad existente en México, de estudiar a fondo los conocimientos, experiencias, habilidades lingüísticas e instrumentales con las que cuentan actualmente los médicos y estudiantes de medicina para la comunicación de malas noticias, así como las actitudes que presentan hacia la relevancia de desarrollar estas herramientas.

Palabras clave: Psicología de la Salud – Medicina Conductual – Habilidades para la comunicación

Summary

The formal education received by medical professionals covers a wide variety of topics and skills that allow them to perform their functions at a technical level in different hospital settings. However, what about the interpersonal roles of the medical team? Are they prepared with as much seriousness to face complex situations within the doctor-patient interaction? Research in Health Psychology and Behavioral Medicine seeks to answer these questions from an evidence-based perspective; a field that is just beginning to gain strength in the state of Nuevo León. This article seeks to present the existing need in Mexico to study in depth the knowledge, experiences, linguistic and instrumental skills that doctors and medical students currently have for the communication of bad news, as well as the attitudes they present toward the relevance of developing these tools.

Keywords: Health Psychology – Behavioral Medicine – Communication Skills

Comunicar malas noticias es una de las tareas más complejas a las que se enfrenta el personal médico en el contexto hospitalario actual. De acuerdo con García Díaz (2006), dicha comunicación se ve impactada por variables socioculturales del paciente y del profesional. Además, se trata de una función esencial del personal médico, puesto que, en su práctica regular, se enfrenta a una amplia variedad de situaciones en las que se debe comunicar malas noticias, entendidas como cualquier información capaz de alterar drásticamente la visión de un paciente sobre su futuro, que representa una amenaza a su bienestar físico o mental o una limitación a sus posibilidades de vida (Buckman, 1984; Ptacket y Eberhardt, 1996).



Pues bien, en el mundo mueren un total de aproximadamente 55.4 millones de personas al año, 55% de estas defunciones derivadas de las 10 principales causas de muerte, incluyendo la enfermedad isquémica del corazón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infecciones respiratorias, condiciones neonatales, cánceres de tráquea, bronquios y pulmón, entre otras (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Por otro lado, en México se presentaron un total de 1,122,249 defunciones en el año 2021, siendo esta la cifra más alta hasta el momento. Del total de defunciones, un 92.5% fueron derivadas de enfermedades y problemas relacionados con la salud, entre las que destacan el COVID-19, las enfermedades del corazón y la diabetes mellitus como las principales causas de muerte (INEGI, 2022). Tan solo en Nuevo León, se registraron 45.234 fallecimientos durante el mismo año, entre los que destacan las mismas enfermedades como causas principales (Statista Research Department, 2022).

Al considerar este panorama, son muchos los pacientes propensos a recibir malas noticias durante las diferentes etapas de su proceso terapéutico, por lo que el profesional debe estar preparado para comunicar un nuevo diagnóstico, avisar sobre procedimientos invasivos e informar sobre el estado de gravedad, o bien, la muerte de un paciente.

En un esfuerzo por homogeneizar y orientar al personal médico en la realización de esta tarea, se han propuesto protocolos para la comunicación de malas noticias a partir de la investigación, entre los que destacan el método SPIKES, diseñado originalmente

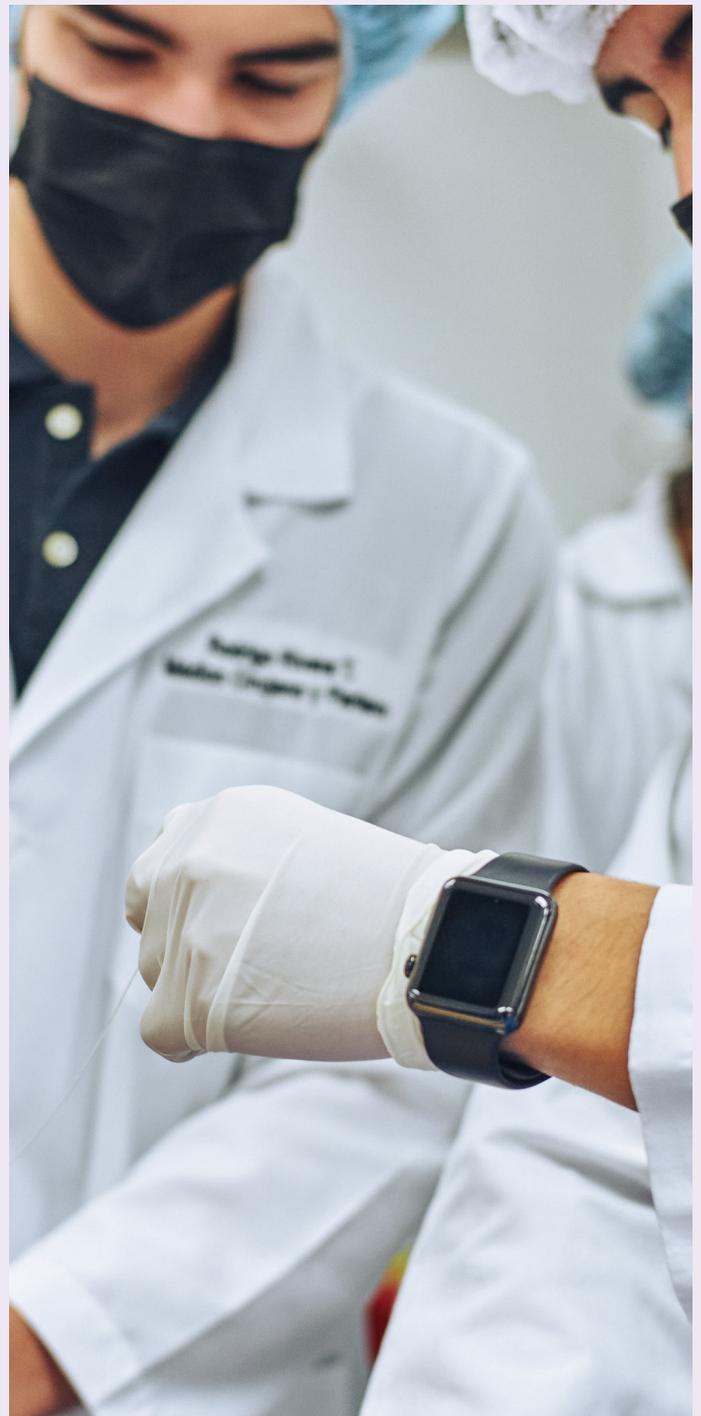
por Baile et al. (2000) para divulgar diagnósticos y su evolución a pacientes con cáncer, y el protocolo GRIEV_ING de Hobgood et al. (2005), enfocado en la comunicación empática durante la notificación de muerte. A manera de mnemotécnicos, se resumen, de forma clara y concisa, los pasos y estrategias que se ha comprobado facilitan este proceso y promueven la comunicación asertiva y empática de información desfavorable.

Estas herramientas se vuelven sumamente relevantes si se considera que la comunicación no asertiva de malas noticias tiene consecuencias desfavorables para el bienestar del médico, el paciente, los familiares y los cuidadores primarios, así como repercusiones para la adherencia al tratamiento (Landa Ramírez et al., 2017; Strote et al., 2011; Wisten y Zingmark, 2007). Si bien sería incongruente esperar que los pacientes o familiares no presentaran frustración, tristeza o decepción al recibir este tipo de información, también es verdad que se puede mejorar su experiencia con el personal de salud para favorecer los procesos siguientes de todos los involucrados.

Con este preámbulo, podría suponerse que la formación médica daría un lugar importante al tema de la comunicación de malas noticias, tanto por la complejidad de esta tarea, la regularidad con la que se comparte información desfavorable en el ambiente hospitalario, como por las graves consecuencias de una comunicación poco asertiva. Sin embargo, parece que este no es el caso, ya que, de acuerdo con expertos en la investigación del tema, como Landa Ramírez et al. (2017) y Téllez-Teodoro et al. (2023), la preparación formal que recibe el alumnado y profesional médico en torno a la comunicación médico-paciente es escasa en general.

Con este preámbulo, podría suponerse que la formación médica daría un lugar importante al tema de la comunicación de malas noticias, tanto por la complejidad de esta tarea, la regularidad con la que se comparte información desfavorable en el ambiente hospitalario, como por las graves consecuencias de una comunicación poco asertiva. Sin embargo, parece que este no es el caso, ya que, de acuerdo con expertos en la investigación del tema, como Landa Ramírez et al. (2017) y Téllez-Teodoro et al. (2023), la preparación formal que recibe el alumnado y profesional médico en torno a la comunicación médico-paciente es escasa en general.

Con todo esto en mente, es oportuno señalar que existe una clara necesidad de explorar y valorar áreas de oportunidad en la formación de los futuros médicos en torno a la comunicación de malas noticias, para después poder diseñar soluciones a esas limitaciones. Por ese motivo, estudiantes de psicología del grupo de investigación y análisis del comportamiento ACUDEM, estamos llevando a cabo la primera fase de un estudio que tiene como objetivo evaluar las habilidades declarativas, la percepción de dominio y las actitudes para la comunicación de malas noticias, en los médicos y estudiantes de medicina del área metropolitana de Monterrey. Esto para valorar la posible necesidad de un programa de intervención psicológica para el desarrollo de estas habilidades en estudiantes de medicina en instituciones de educación superior.



Para lograrlo, hemos realizado un extenso trabajo de investigación documental, a partir del cual hemos diseñado un cuestionario que permite recopilar información sobre la formación y experiencia que han recibido los médicos y estudiantes en este tema, las habilidades lingüísticas con las que cuentan para responder a casos clínicos, así como su percepción de la relevancia de estas habilidades para su práctica profesional. Así, se espera que la evaluación del panorama actual y las intervenciones que se deriven de esto, contribuyan a la concientización de la preparación para dar malas noticias, como una pieza clave de la formación del personal médico.

Referencias

- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). *SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer*. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Buckman, R. (1984). *Breaking bad news: why is it still so difficult?* *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 288(6430), 1597–9. <https://doi.org/10.1136%2Fbmj.288.6430.1597>
- Hobgood, C., Harward, D., Newton, K., & Davis, W. (2005). *The Educational Intervention “GRIEV_ING” Improves the Death Notification Skills of Residents*. *Academic Emergency Medicine*, 12(4), 296–301. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.12.008>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Estadísticas de defunciones registradas*. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/EDR/EDR2021_10.pdf
- Landa Ramírez, E., López Gómez, A., Jiménez Escobar, I., & Sánchez Sosa, J. J. (2017). *Comunicación de malas noticias en urgencias médicas: recomendaciones y retos futuros*. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(6), 736–747.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Las 10 principales causas de defunción*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death#:~:text=En%202019%2C%20las%2010%20causas,produjeron%20en%20todo%20el%20mundo>
- Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. L. (1996). *Breaking bad news. A review of the literature*. *Journal of the American Medical Association*, 276(6), 496–502. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8691562/>
- Statista Research Department. (2022). *Principales causas de mortalidad Nuevo León México 2021*. Statista Research Department. <https://es.statista.com/estadisticas/650037/principales-causas-de-mortalidad-en-el-estado-de-nuevo-leon/>
- Strote, J., Schroeder, E., Lemos, J., Paganelli, R., Solberg, J., & Range Hutson, H. (2011). *Academic emergency physicians’ experiences with patient death*. *Academic Emergency Medicine*, 18(3), 255–260. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01004.x>
- Téllez Teodoro, M. Y., Ibáñez Bernal, C., Reyes Sedáñez, M. A., & Mireles Delgado, R. (2023). *Efectos diferenciales de un taller de entrenamiento en habilidades comunicativas para estudiantes de Medicina*. *Psicología y Salud*, 33(1), 187–207. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2783>
- Wisten, A., & Zingmark, K. (2007). *Supportive needs of parents confronted with sudden cardiac death a qualitative study*. *Resuscitation*, 74(1), 68–74. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2006.11.014>

