06 de Agosto de 2026

Boletín Mensual

Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones SALME
Coordinación de Investigación, Enseñanza y Capacitación

SALME
Instituto Jalisciense
de Salud Mental y Adicciones

VOLUMEN 03

NOTAS DESTACADAS

SOBRE LA RENUNCIA A LA EXISTENCIA

LA PENURIA DEL AFECTO: UNA LECTURA PSICOPATOLÓGICA Y HUMANISTA SOBRE EL VACÍO EMOCIONAL EN LA DEPRESIÓN PROFUNDA.

EL RESCATE DEL TONALLI EN LA TORMENTA: INTERCULTURALIDAD Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS DE MÉXICO.

EL IMPACTO DE LAS DECISIONES COTIDIANAS EN EL FUNCIONAMIENTO FÍSICO Y PSICOLÓGICO.

DEL CONSULTORIO AL TRABAJO: HERRAMIENTAS CLÍNICAS PARA LA SALUD LABORAL, LA PREVENCIÓN Y LA INTERVENCIÓN ESTRATÉGICA.

ESTATUTO DEL NIHILISMO TERAPÉUTICO DEL SIGLO XIX.

SALME Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones
Servicios de Salud Jalisco
Salud
JALISCO GOBIERNO DEL ESTADO

Este boletín mensual del Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones constituye una herramienta de difusión académica orientada a acercar conocimientos especializados de salud mental a profesionales, estudiantes, personas servidoras públicas y público interesado. Su lectura propone una aproximación reflexiva, científica y humanista a problemáticas que atraviesan la vida individual, comunitaria y laboral.

En esta tercera edición, el lector encontrará análisis sobre la depresión profunda y el vacío emocional, con énfasis en la vivencia subjetiva del sufrimiento y en la necesidad de intervenciones clínicas sensibles a la dignidad de cada persona. También se aborda la prevención del suicidio como una responsabilidad ética y profesional que requiere atención oportuna, acompañamiento y articulación entre herramientas psicoterapéuticas, psiquiátricas y comunitarias.

El documento amplía esta mirada mediante una propuesta intercultural de primeros auxilios psicológicos en comunidades indígenas de México. Reconoce que la atención en crisis exige comprender las cosmovisiones, las lenguas, los vínculos comunitarios y los saberes tradicionales que dan sentido al malestar psíquico.

Asimismo, presenta contenidos sobre autocuidado, alimentación, actividad física y sueño como prácticas cotidianas vinculadas con el bienestar físico y psicológico. Incorpora, además, estrategias para trasladar herramientas clínicas al ámbito laboral, favoreciendo la prevención del burnout, el manejo del estrés y la construcción de organizaciones más saludables.

Leer este boletín implica acceder a un espacio de actualización y diálogo académico que transforma la evidencia científica en reflexión aplicable. Su propósito es fortalecer una práctica de salud mental informada, contextualizada y comprometida con el cuidado de la vida.

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.21628805

INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Sergio Javier Villaseñor Bayardo
Director del Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones

Claudia Lorena Castellanos Medina
Subdirectora del Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones

Editor en Jefe

Juan Jesús Bautista Carrera
Apoyo Administrativo de la Coordinación de Investigación, Enseñanza y Capacitación

Comité Editorial

Felipe de Jesús Arvizu Rojas
Gestor de Calidad

Juan Jesús Bautista Carrera
Apoyo Administrativo de la Coordinación de Investigación, Enseñanza y Capacitación

Mariana Muñoz Ochoa
Jefa del Departamento de Enlace de la Atención Clínica, Salud Mental y Adicciones

Teresa Fernanda Guerrero Barrera
Apoyo administrativo en Planeación y Enlace de Comunicación Social

Comité Científico

Felipe de Jesús Villa Castellanos
Jefe del Departamento de Planeación

Felipe de Jesús Arvizu Rojas
Gestor de Calidad

Juan Jesús Bautista Carrera
Apoyo Administrativo de la Coordinación de Investigación, Enseñanza y Capacitación

Mariana Muñoz Ochoa
Jefa del Departamento de Enlace de la Atención Clínica, Salud Mental y Adicciones

SOBRE LA RENUNCIA A LA EXISTENCIA

Por: Dr. Sergio Javier Villaseñor Bayardo

Fieles a la tradición humanista de nuestro Caserón de Belén, abrimos las páginas de este boletín mensual como un auténtico antídoto contra la nada, un esfuerzo por rescatar de los abismos del sufrimiento a quienes padecen la penuria más dolorosa: el deseo de renunciar a la existencia. El suicidio y la depresión profunda no pueden ser entendidos meramente como fríos datos estadísticos o clasificaciones nominales; representan verdaderas tragedias humanas que desafían nuestro saber clínico y, por encima de todo, nuestro compromiso ético.

En esta entrega, nos congregamos en torno a investigaciones esenciales que abordan la prevención del suicidio y el tratamiento psiquiátrico de las conductas autolíticas desde una perspectiva integral. Cuando un paciente se encuentra suspendido en el borde del abismo, la intervención oportuna a través de los primeros auxilios psicológicos no es un recurso complementario o superfluo; es un acto de estricta dignidad humana. Tomar de la mano al doliente, conmovernos ante su infortunio y ofrecer una presencia comprensiva y atenta constituye el primer eslabón para regresarlo a la solidez de la realidad.

Frente a la inercia destructiva del afecto deprimido, el tratamiento psiquiátrico moderno nos depara la responsabilidad de actuar con rigor científico, pero sin desprendernos jamás de la subjetividad del enfermo. La psicofarmacología racional y la intervención psicoterapéutica deben operar en perfecta armonía para restituir el equilibrio perdido, devolviendo al sujeto la soberanía sobre su propia vida. Los artículos compilados en este número nos invitan a reflexionar sobre nuestra praxis, recordándonos que nuestra misión primera, inspirada por el espíritu de nuestros precursores, es salvaguardar la vida, brindar alivio y ofrecer consuelo.

Invito a todos los profesionales, académicos y estudiantes a adentrarse en estas páginas con el firme propósito de emular las virtudes de quienes nos precedieron, convirtiendo nuestro diario quehacer en un verdadero compromiso con la salud mental y el bienestar de nuestro pueblo.



“Respiro” - Óleo sobre lienzo - K.R.BAU - Horizontal

LA PENURIA DEL AFECTO: UNA LECTURA PSICOPATOLÓGICA Y HUMANISTA SOBRE EL VACÍO EMOCIONAL EN LA DEPRESIÓN PROFUNDA

Por: Juan Jesús Bautista Carrera

La mente humana, en su tránsito por los laberintos de la existencia, se enfrenta en ocasiones a una de las más dolorosas y desestructurantes realidades: la instauración del vacío emocional. Cuando la tristeza deja de ser un afecto transitorio y muta en una penuria fáctica del sentir, el sujeto se abisma en la depresión profunda. No nos encontramos aquí ante el simple desconsuelo o la melancolía ordinaria, sino ante una verdadera macropatología de la subjetividad que lacera el yo y confisca toda frescura vital. El individuo deprimido no experimenta un mero exceso de sufrimiento, sino algo mucho más devastador: la vivencia de la nada, un desierto interior donde las resonancias afectivas se han extinguido por completo y el entorno se torna en una maquinaria hostil y despersonalizada.

Desde una perspectiva estrictamente clínica y fenomenológica, el vacío emocional en la depresión mayor altera de manera definitiva la relación del sujeto con el tiempo y el espacio. La rythmopatía se hace evidente: el tiempo cronométrico se detiene o se torna en una masa densa e inamovible que oprime el pecho, impidiendo toda prospección hacia el porvenir.

El pasado se reescribe únicamente bajo el velo del reproche y la culpa, mientras que el presente se vuelve intolerable de tan rico en amargura y tan desprovisto de sentido. Como ha señalado la psiquiatría contemporánea, esta desorganización de la temporalidad vivida aliena al sujeto de su propio cuerpo y de su historia vital, sumiéndolo en una dramática atemporalidad donde el existir se reduce a un mero automatismo inerte (Alonso-Fernández, 2021).

La desestructuración global de la conciencia en el paciente deprimido profundo no se limita al desvío del humor, sino que impacta severamente su capacidad de asimilar las experiencias cotidianas. El individuo aquejado por este vacío emocional describe una penosa desconexión de los demás; se vuelve invisible para sí mismo y para el entorno, un extranjero en su propio nicho familiar. Los avances recientes en las neurociencias y la psicología clínica confirman que este estado de quiebre afectivo y cognitivo altera los procesos de atención y memoria, fijando al sujeto en un bucle de desesperanza donde la voluntad y el control de las acciones se encuentran completamente comprometidos (Kohn & Wintrob, 2024).

La psicalgia, o dolor del alma, se materializa entonces en el cuerpo, transformándose en fatiga crónica, cefaleas tensionales y un sinfín de molestias somatomorfas que expresan la imposibilidad de vehicular el sufrimiento a través de la palabra (Patlán-Pérez, 2023).

Desprenderse de la visión puramente técnica de la depresión y devolver al paciente su dignidad de persona humana constituye el compromiso ético más apremiante de la medicina moderna. Sostener la mano del deprimido profundo, sentarse a la orilla de su cama en las horas más oscuras de su noche existencial, exige del clínico una auténtica empatía y una alta capacidad de escucha que trascienda el frío utilitarismo del recetario farmacológico. Curar este vacío exige un proceso de resemantización de la vida a través del encuentro interpersonal. El acto terapéutico debe erigirse como un antídoto contra la nada, un espacio privilegiado de resonancia afectiva que rescate al sujeto de su aislamiento hermético y le devuelva, de manera gradual, la soberanía sobre su propio destino y la frescura de su libertad.

Referencias

Alonso-Fernández, F. (2021). Las cuatro dimensiones de la depresión: Clínica y estructura del sufrimiento. Editorial Anthropos.

Kohn, R., & Wintrob, R. M. (2024). La encrucijada de la subjetividad: Avances en psicología clínica y salud mental. Manual Moderno.

Patlán-Pérez, J. (2023). El dolor silencioso: El vacío emocional y la desestructuración del yo en la clínica contemporánea. Revista de Psicopatología y Salud Mental, 15(2), 112-125



“La Guardiana del Quinto Sol” - Fusión híbrida de grabado calcográfico y xilografía - K.R.Bau - Horizontal

EL RESCATE DEL TONALLI EN LA TORMENTA: INTERCULTURALIDAD Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS DE MÉXICO

Por: Juan Jesús Bautista Carrera

Abordar el sufrimiento psíquico en el México profundo exige despojarse del etnocentrismo positivista que suele exportar modelos de salud uniformes y descontextualizados. Cuando una crisis azota a una comunidad originaria, ya sea por un desastre natural o un evento violento, la respuesta no puede limitarse a la aplicación ciega de protocolos occidentales. Los llamados primeros auxilios psicológicos, diseñados originalmente en contextos urbanos e industrializados, tropiezan con una barrera epistemológica insalvable si ignoran que para el indígena la salud y la enfermedad se inscriben en una unidad indivisible con el cosmos y la sociedad. No existe aquí la dicotomía cartesiana entre cuerpo y espíritu; el malestar es siempre holístico.

En la cosmovisión de origen nahua, por ejemplo, una experiencia estresante o traumática –como una caída, un accidente o un encuentro violento– no se interpreta únicamente como un impacto de ansiedad o una crisis de pánico. Para el habitante de estas comunidades, el susto o espanto genera el tetonalcahualiztli, que es el desprendimiento o pérdida del tonalli, una de las entidades anímicas esenciales localizada en la cabeza. El rapto de esta "sombra" por parte de los "aires" rompe el equilibrio térmico y dinámico del individuo, manifestándose a través de la tristeza, el insomnio, la abulia y la desesperanza. Así, lo que la psiquiatría académica clasificaría apresuradamente como un trastorno adaptativo o un episodio depresivo, en el universo émico representa una pérdida transitoria del ser, un riesgo de disolución ontológica.

Por lo tanto, la primera ayuda psicológica en estos entornos debe fundamentarse en lo que se conoce como psiquiatría cultural o transcultural. Los encargados de brindar este auxilio inmediato, lejos de presentarse como técnicos inflexibles, deben asumir una postura de respeto hacia los saberes locales, actuando en consonancia con la red de apoyo comunitario y con los médicos tradicionales o titici. Restablecer la confianza básica no consiste en administrar fármacos de entrada o forzar una catarsis verbal inmediata, sino en comprender la "realidad simbólica" del doliente. En el marco del costumbre, la intervención comunitaria es el verdadero agente regulador del control social y de la salud.

Sugerimos entonces que unos primeros auxilios psicológicos interculturales eficaces deben incluir el acompañamiento respetuoso de los rituales de curación locales. El diálogo terapéutico tiene que validarse en la lengua materna y bajo las categorías de la propia comunidad, asumiendo que el restablecimiento del orden psíquico muchas veces requiere la participación activa de los familiares y de los ancianos consejeros. Aliviar el dolor y contener el pánico colectivo en situaciones de desastre exige un mestizaje científico y humanista.

Sólo reconociendo que el significado de la crisis es una construcción social moldeada por la tradición, podremos evitar que la intervención médica se convierta en un nuevo estresor o en un acto de imposición cultural. Nuestra meta debe ser transitar de la pura exterioridad técnica hacia un compromiso ético y solidario con el México indígena.

Referencias

Berenzon, S., & Medina-Mora, M. E. (2021). Formas de atención de la salud mental en comunidades rurales e indígenas de México: Entre la medicina tradicional y los servicios de salud. Salud Mental, 44(3), 135-142.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Primera ayuda psicológica en la gestión de emergencias y desastres: Adaptación para pueblos indígenas. OPS.

Villaseñor-Bayardo, S. J., & Chávez-Alvarado, C. (2023). Modelos etnomédicos y salud mental comunitaria en el México indígena. Investigación en Salud, 25(2), 112-125.

CENTROS INTEGRALES DE SALUD MENTAL (CISAME)

Puerto Vallarta

Cempasúchil 78, La Floresta,48290 Puerto Vallarta, Jalisco. CP 48290

Teléfono: 3222997022

Ameca

Calle Jardín No. 72,Fraccionamiento Los Mezquites, Ameca Jal. C.P46620

Teléfono: 3757587961

Ciudad Guzmán

Enrique Castellanos Aguilar #54, entre calle Vicente Mendiola y Bachillerato Sur, Colonia Morelos C.P. 49026.

Teléfono: 3411330532

Ciudad Guzmán

Prado la Higuera No. 1045,Prados la Cruz. Tonalá, Jalisco
45410.

Teléfono: 3337920534

El Grullo

Calle José Maclovio Vázquez Silos # 44 Col. La Grana, Autlán de Navarro, Jalisco C.P. 48904

Teléfono: 3173813566

Autlán de Navarro

Calle José Maclovio Vázquez Silos # 44 Col. La Grana, Autlán de Navarro, Jalisco C.P. 48904

Teléfono: 3173813566

Tlaquepaque

Salvador Orozco Loreto #411 Col. Las Liebres, Tlaquepaque, Jal. CP. 45410

Teléfono: 3312241713

Tepatitlán de Morelos

Matías Plascencia #214, Col. Loma linda, Tepatitlán, Jalisco 47675

Teléfono: 3786880301

Colotlán

Calle Divina Providencia No. 10, Fracc. Lomas de la Cruz. Colotlán, Jalisco, C.P. 46204.

Teléfono: 4999922191

SALME Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones | Servicios de Salud Jalisco | Salud | JALISCO

CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES (CECOSAMA)

Colotlán
Calle Nueva Vida No. 1, Barrio de Tlaxcala, C.P. 46200

Teléfono: 4996880119

Ocotlán
Calle 12 de Octubre No. 263, Col. San Juan, Ocotlán, Jal. C.P. 47860

Teléfono: 3929235341

Puerto Vallarta
Calle Azalea No. 371, Col. 24 de Febrero, Delegación Ixtapa, C.P. 48280

Teléfono: 3222816825

Tonalá 1
Prado de los Abedules 1745,Col. Rancho de la Cruz, Sección II, C.P. 45400 Tonalá, Jalisco.

Teléfono: 3310014139

Lagos de Moreno
Calle Las Rosas No. 96, Col. El Tepeyac, C.P. 47410

Teléfono: 4747428813

Tamazula
Av. Benito Juárez No. 159, Col.Obrera Primera Etapa, C.P.49650

Teléfono: 358 416 31 19

Mascota
Calle Hacienda Mirandillas No.22, Col. La Quinta, C.P. 46900 Mascota, Jal.

Teléfono: 3883862114

Tonalá 2
Kukulcán No. 1622, Col. Rey Xólotl, C.P. 45419 Tonalá, Jalisco.

Teléfono: 3312249143

San Juan de los Lagos
Calle Rosales No. 217, Col. Lomas Verdes, C.P. 47013

Teléfono: 3957256945

Zapotlán el Grande
Ignacio Aldama No. 211, Col. Santa Cecilia, Zapotlán El Grande, C.P. 49013

Teléfono: 3414108221

Ameca
Prolongación Allende No. 424, Col. La Mezquitera, Ameca Jal. C.P 46620.

Teléfono: 3757588226

Tlaquepaque
Tamiahua No. 4491, Col. Canal 58, Tlaquepaque, Jal. C.P. 45580

Teléfono: 3310296895

Tepatitlan
Calle Octavio Paz No. 509, Col. Loma Linda, C.P. 47680

Teléfono: 3786882182

Autlán de Navarro
Calle Jaime Llamas No. 110,Col. Jaime Llamas, C.P. 48900

Teléfono: 3173827693

Zapopan 1
Jardín de Las Begonias No. 1254, Col. Jardines del Vergel, C.P. 45180.

Teléfono: 3333665762

Tlajomulco
San José No. 101, Col. Clúster 35 Hacienda Santa Fe, C.P.45655 Tlajomulco de Zuñiga, Jalisco

Teléfono: 3311892079

Arandas
Juan R. López 545, Col. Providencia CP 47180 Arandas, Jalisco

Teléfono: 3487845614

La Huerta
Calle Gómez Farías No. 62, Col. Quinta El Rosario, C.P.48850

Teléfono: 3573841606

Zapopan 2
Periférico Poniente Manuel Gómez Morín No. 9832, Col. Chapalita Inn, C.P. 45010

Teléfono: 3336203668

Guadalajara
Hacienda Tahuejo 2560 Col. Tetlán Río Verde, Guadalajara, C.P. 44700

Teléfono: 3315148359

SALME Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones | Servicios de Salud Jalisco | Salud | JALISCO



“Kyros” - Arte Digital - K.R.BAU - Horizontal

EL IMPACTO DE LAS DECISIONES COTIDIANAS EN EL FUNCIONAMIENTO FÍSICO Y PSICOLÓGICO.

Por: Juan Jesús Bautista Carrera

La salud no debe de entenderse como un estado fijo que se alcanza en algún momento de la vida, sino como un proceso dinámico que se sostiene mediante decisiones repetidas en lo cotidiano. En esta perspectiva, el autocuidado deja de ser un complemento opcional o un lujo y se redefine como el conjunto de prácticas concretas que permiten conservar el funcionamiento físico, psicológico y social de la persona a lo largo del tiempo.

Este paradigma exige, por tanto, desplazar el foco tradicional del tratamiento reactivo hacia el mantenimiento proactivo del equilibrio sistemático. En relación con la alimentación, el énfasis no está puesto en dietas restrictivas, en vez de ello, se enfoca en la noción del equilibrio: adecuada combinación de grupos de nutrientes, consumo suficiente de alimentos frescos y reducción sistemática de productos ultraprocesados.

Estos últimos se vinculan directamente con el aumento de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, hipertensión y algunos tipos de cáncer, lo que convierte la elección cotidiana de alimentos en una forma concreta de prevención.

La actividad física se aborda desde sus efectos metabólicos, cardiovasculares y emocionales, subrayando el papel en la regulación del ánimo y del estrés, más allá de cualquier objetivo estético. La integración de un patrón de movimiento constante actúa, además, como un modulador neurobiológico; facilita la plasticidad cerebral y atenúa los marcadoresinflamatorios que de otro modo propiciarían el deterioro orgánico prematuro.

Con relación al sueño, se presenta como un proceso activo de restauración cognitiva, hormonal e inmunológica: durante el sueño se consolidan aprendizajes, se regulan sistemas neuroendocrinos y se favorece la recuperación del sistema inmune. Por ello, la privación crónica de sueño se expone como un factor de riesgo transversal, capaz de potenciar otros problemas de salud incluso cuando la alimentación y la actividad física son relativamente adecuadas.

Alterar la arquitectura del descanso no solo genera fatiga diurna, también interrumpe los mecanismos de depuración neurológica y desregula el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, elevando considerablemente la vulnerabilidad clínica.

Si bien es innegable que las estructuras socioeconómicas y el ritmo de vida actual delimitan las opciones de cada persona, la agencia individual sobre aspectos fundamentales sigue siendo el factor protector más accesible y efectivo.

Es en esas pequeñas decisiones cotidianas
donde reside la verdadera capacidad de construir una calidad de vida digna, equilibrada y sostenible a largo plazo.

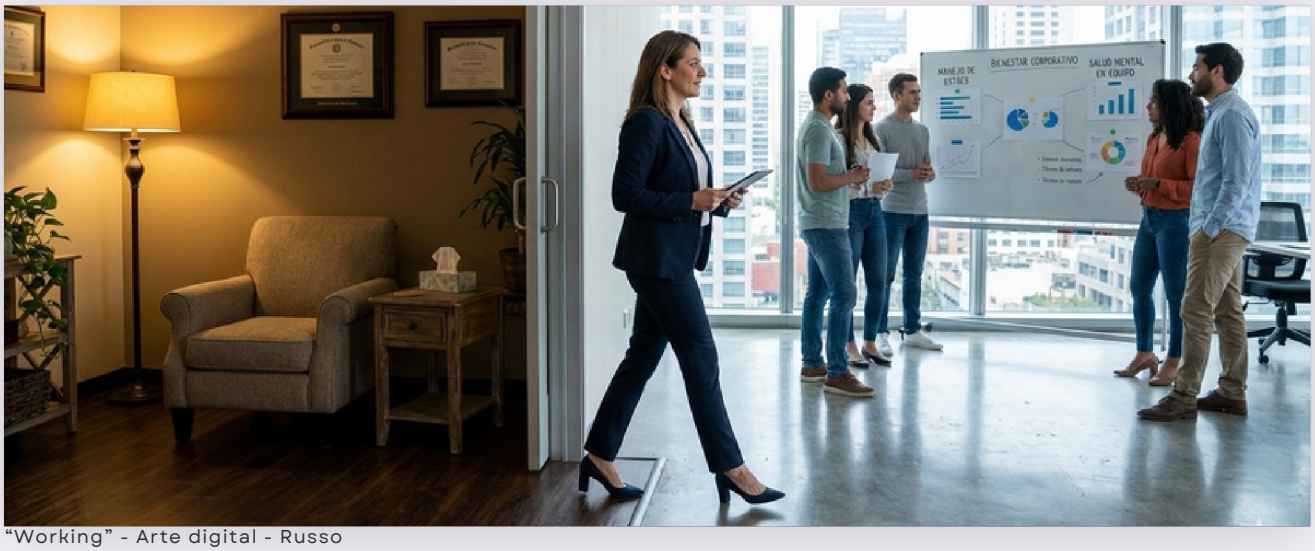
Referencias

McEwen, B. S. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators: Central role of
the brain. Dialogues in Clinical Neuroscience, 8(4), 367–381. https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.4/bmcewen

Walker, M. P. (2009). The role of sleep in cognition and emotion. Annals of the New York
Academy of Sciences, 1156(1), 168–197. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04416.x

Ensayo académico completo:
https://doi.org/10.5281/zenodo.21110215

Cómo citar:
Bautista Carrera, J. J. (2026). El impacto de las decisiones cotidianas en el funcionamiento físico y psicológico. Zenodo.
https://doi.org/10.5281/zenodo.21110215



“Working” - Arte digital - Russo

DEL CONSULTORIO AL TRABAJO: HERRAMIENTAS CLÍNICAS PARA LA SALUD LABORAL, LA PREVENCIÓN Y LA INTERVENCIÓN ESTRATÉGICA.

Por: Zaira Verónica Ruiz Solis

Durante mucho tiempo, las herramientas clínicas relacionadas con la salud mental estuvieron reservadas principalmente para los espacios terapéuticos. Sin embargo, los cambios en las dinámicas laborales, el incremento de los riesgos psicosociales y la creciente evidencia cientifica sobre la relación entre bienestar y productividad han impulsado una nueva perspectiva: llevar el conocimiento clínico más allá del consultorio y acercarlo a los espacios donde las personas viven gran parte de su experiencia cotidiana: el trabajo.

La propuesta "Del consultorio al trabajo" surge como una estrategia de salud laboral orientada a la capacitación, prevención e intervención temprana. Su objetivo es trasladar herramientas basadas en evidencia científica al contexto organizacional para fortalecer el bienestar emocional, prevenir el desgaste profesional y promover entornos laborales más saludables.

Actualmente, diversos especialistas coinciden en que la salud mental en el trabajo no puede limitarse a la atención de crisis o problemáticas ya establecidas. La prevención se ha convertido en un elemento fundamental para el desarrollo sostenible de las organizaciones.

La investigadora Christina Maslach, una de los principales referentes internacionales en el estudio del burnout, ha demostrado que el agotamiento laboral no depende únicamente de las características individuales de los trabajadores, sino también de las condiciones organizacionales, las demandas laborales y la calidad de las relaciones dentro del entorno de trabajo. Junto con Michael Leiter, ha señalado la importancia de generar espacios laborales que favorezcan el bienestar y la conexión entre las personas y su trabajo.

De manera complementaria, Arnold Bakker, a través del Modelo de Demandas y Recursos Laborales, destaca que el bienestar de los trabajadores depende del equilibrio entre las exigencias laborales y los recursos personales y organizacionales disponibles para afrontarlas. Desde esta perspectiva, fortalecer habilidades psicológicas y emocionales constituye un recurso protector que favorece la salud y el desempeño.

Por otro lado, la psicología positiva, impulsada por Martin Seligman, ha contribuido a cambiar la visión tradicional de la salud mental. Más allá de la ausencia de enfermedad, propone promover fortalezas, emociones positivas, relaciones saludables, sentido de propósito y bienestar integral. Este enfoque permite comprender que las organizaciones pueden convertirse en espacios de desarrollo humano además de espacios productivos.

En este contexto, llevar herramientas clínicas al ámbito laboral implica ofrecer programas de alfabetización emocional, manejo del estrés y la ansiedad, prevención del burnout, regulación emocional, resiliencia, habilidades de comunicación, autocuidado y fortalecimiento de factores protectores de salud mental.

Asimismo, desde la Terapia Cognitivo-Conductual, autores como Judith Beck han demostrado la efectividad de herramientas prácticas para identificar pensamientos disfuncionales, regular emociones y desarrollar estrategias de afrontamiento saludables. Estos recursos pueden adaptarse fácilmente a procesos de capacitación y promoción de la salud dentro de las organizaciones.

La propuesta también incorpora una mirada cultural y contextual. Desde la etnopsicología, autores como Rogelio Díaz-Guerrero han señalado que las creencias, valores y normas sociales influyen en la manera en que las personas experimentan el trabajo, el éxito, el sacrificio y el cuidado de sí mismas. Comprender estos elementos permite abordar fenómenos como el burnout desde una perspectiva más profunda y cercana a la realidad de los trabajadores.

"Del consultorio al trabajo" no busca convertir los espacios laborales en centros terapéuticos. Su propósito es acercar conocimientos, herramientas y estrategias de prevención que permitan a las personas reconocer señales tempranas de malestar, fortalecer sus recursos personales y construir formas más saludables de relacionarse consigo mismas, con los demás y con su trabajo.

Cuando las organizaciones invierten en salud mental desde una perspectiva preventiva, no solo contribuyen al bienestar de sus colaboradores. También fortalecen la productividad, reducen el ausentismo, favorecen la retención del talento y promueven culturas organizacionales más humanas y sostenibles.

La evidencia actual es clara: la salud mental no comienza cuando aparece una crisis. Comienza cuando las personas cuentan con herramientas para comprender sus emociones, afrontar los desafíos cotidianos y desarrollar recursos que les permitan cuidar su bienestar. Llevar estas herramientas del consultorio al trabajo representa hoy una de las estrategias más prometedoras para la construcción de organizaciones saludables.



“Nihilism” - Acuarela - K.R.Bau

ESTATUTO DEL NIHILISMO TERAPÉUTICO DEL SIGLO XIX

Por: Mariana Muñoz Ochoa

El siglo XIX fue una época importante para el nacimiento y desarrollo de la medicina científica en el continente europeo y el estatus de la figura del médico tenía un alto nivel de reconocimiento en la sociedad, la figura del médico destacó a tal nivel que son referencia en la actualidad e inclusive hay enfermedades o localizaciones del cuerpo que fueron nombradas haciendo honor a quien descubrió o trabajó en la investigación de aquellas, entre los que se encuentran Alois Alzheimer, Carl Wernicke, Paul Broca, entre otros.

Esta época muchos autores la llaman la época de oro para la medicina ya que precede a la etapa pre- científica[1] y a partir de la cual se empieza a conocer la estructura[2] y funcionamiento del cuerpo humano[3], lo cual abre paso a la anatomía, a la fisiopatología y a la etiología de las enfermedades.

La localización y el funcionamiento del cuerpo humano se volvieron tan importantes en países como Alemania, Austria y Francia, por ejemplo, en el campo de la anatomopatología encontramos a figuras como Charcot, entre otros. Un caso relevante, a manera de seguir con los médicos ilustres de la época, se encuentra aquel medico vienés; el Dr. Wahruch[4], el cual fue uno de los pioneros en realizar historias clínicas con el objetivo de mejorar la práctica clínica y despertar interés en los estudiantes por la investigación.

La tradición medica europea del siglo XIX, corresponde al desarrollo científico con la medicina experimental. El siglo XIX, fue una época en la que la medicina hospitalaria vienesa tuvo un crecimiento, ya que los médicos tenían una actitud sumamente científica, pues estaban más interesados en la investigación, las autopsias y la patología anatómica que en la relación terapéutica.

Es decir, en aquella época había una parte del gremio médico, que se enfocaba o que sentía de cierta manera, fascinación por la muerte que el deseo de curar[5].

A esto último fue a lo que Roudinesco (2021) llamó nihilismo terapéutico, esta es una práctica que era comúnmente utilizada en la antigüedad para aprender mejor de las enfermedades, pero estas prácticas antiguas en las que los médicos lejos de curar a sus pacientes, les generaban mayor daño.[6].

Es decir, una de las características del nihilismo médico es que la cura es un acto subordinado y la investigación antecede a la cura. Saurí (1969) llama a este grupo los "dilettanti[7]", él les describe como aquellos médicos que apoyan sus comprobaciones necrósicas y es el único estudio verdadero; dice que "lo experimental positivo priva sobre lo clínico y transforma el arte psiquiátrico en técnica para ver y saber ver" (Saurí, 1969)

Gensollen (2021) resalta distintos grados de nihilismo en la medicina: el nihilismo débil, considera que la medicina es menos benéfica de lo que se piensa, el nihilismo moderado, que no es benéfica en lo absoluto y el nihilismo robusto, que causa más daños que beneficios.

Para entender al nihilismo científico de la época, es necesario contextualizar un poco sobre las posturas que predominaban en ese entonces en la comunidad. Una de ellas es el racismo científico, que predominaba en el periodo de la segunda mitad del siglo XIX, tanto en Europa como en Norteamérica, ya que había cierta clase de violencia conceptual de la biología evolutiva humana, pues las comunidades fuera de estos territorios, eran consideradas biológicamente inferiores.

Esta violencia conceptual, incluía a las mujeres de la época, pues ellas y las comunidades antes mencionadas, no se ajustaban a los estándares y a los intereses de la burguesía blanca. Esta ideología estaba tan arraigada que incluso los grupos excluidos lo aceptaban como parte de la verdad absoluta. Este texto, muestra como el pensamiento científico se excusa y justifica para la mejora de la raza humana, pero también llama la atención que las mujeres de la época[8] entraran en la categoría de raza inferior y que, por lo tanto, todo lo que las implicara no era tomado en cuenta.

Por otro lado, hay un grupo de médicos animistas[1], los cuales siguen un esquema naturalista sobre las alteraciones patológicas, consideraban que el organismo se organiza desde los parámetros de tiempo y espacio y que las alteraciones mentales dependen de las alteraciones de un motustonico- vitali, ya que impide el libre funcionamiento del alma y así aparece la locura. Esta tesis apoya ciertas afirmaciones de la naturphilisophie[1], pues encuentra en el área cultural germana una aparente repercusión y domina parte del siglo XIX.

Hay cuatro figuras germanoparlantes, que son fundamentales en parte de la historia de la medicina: Heinrot[1], Gross (alemanes) y después Ideler y VonFeuchtersleben (vieneses), los cuales apoyaban esta tesis, que a más de demostrar la radical importancia de la psicoterapia contribuyen a plasmar el idioma de los alienistas[1]. Para el último, la enfermedad mental es un resultado patológico de la evolución de estados psíquicos normales, introduce los términos, luego popularizados, de psiquiatría: psicosis y psicopatía[2] (1845), todo esto en combinación con especulaciones científicas, pseudoteológicas y animistas.

Estos contribuían a la necesidad naturalista desustancializar las alteraciones, y por lo tanto, se aceleró su hundimiento, y, tras la muerte delIdeler, Griessinger, de orientación francamente positivista, toma posesión de un lugar importante dentro de la medicina en Berlín.

La psiquiatría europea, en especial Francia y Alemania, del siglo XIX se caracteriza por una dualidad, por un lado, se encuentra la psiquiatría dinámica[1], la cual centraba su base en el magnetismo y el hipnotismo[2], y por otro lado encontramos la psiquiatría oficial.

Wilhem Griessinger (1817-1869), fue uno de los personajes importantes para la historia de la psiquiatría alemana pues fundó la psiquiatría oficial[1], antes llamada psiquiatría del hospital mental, la cual es reconocida por el Estado y enseñada en las facultades de medicina.

Fue el primer director del hospital mental de Zurich y fue el primer profesor de neuropsiquiatría de Berlín, el cual establecía que todas las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro. Esta afirmación parece estar influenciada por el positivismo y el cientificismo que comenzaba a caracterizar a la psiquiatría de la época, pues la anatomopatología del cerebro y la fisiología comenzaban a tomar una fuerza importante. Sin embargo, Griessinger no era tan estricto con su postura científica, puesto que tomó algunos conceptos asociacionistas dinámicos para aplicarlos a sus teorías psiquiátricas, a pesar de que sobresalía en su postura el Somatiker sobre el Psychiker[1], conservó algunos principios del Psychiker, como el papel del inconsciente en los procesos psíquicos:

"Casi todas las ideas fijas son en esencia expresiones de una frustración o gratificación de un interés emocional propio". (Griesenger citado por Ellenberg, 1976. P.286)

Sus teorías neuro-psiquiátricas fueron tan innovadoras que logró anteponer a la psiquiatría alemana sobre la francesa, obtuvo tal fama, que entre sus seguidores destacan Westephal, Meynert y Wernicke, estos desarrollaron un enfoque organicista sobre la enfermedad mental, pero olvidaron la partedinámica de sus enseñanzas psicológicas.

A pesar del esfuerzo de Griessinger de combinar el Somatiker y el Psychiker en la teorización y tratamiento de las enfermedades mentales, el enfoque organicista dominó el campo de la psiquiatría y con él a sus seguidores. Al considerar la génesis de las enfermedades mentales provenientes de la enfermedad cerebral, lo mejor que podía hacer un psiquiatra para entender y tratar a sus pacientes era estudiar anatomía y patología cerebral.

Las construcciones del concepto de cuerpo que se van tejiendo para cada una de las posturas y tradiciones médicas, van enmarcado diferencias y conjeturas, por ejemplo, para la tradición naturalista es importante el concepto de sustancia: testimonio de lo inmóvil dentro de lo móvil, habla de que la sustancia y la materia es como el espacio y el tiempo; homogénea, su valor y significado es el de un contenido.

CONCLUSIONES GENERALES

Por: Teresa Fernanda Guerrero Barrera

A manera de cierre, las ideas que compartimos en esta edición reafirman nuestra profunda vocación humanista ante el sufrimiento psíquico. Tragedias humanas como la renuncia a la existencia o el profundo vacío emocional de la depresión nos obligan a brindar una presencia clínica empática, capaz de regresarle al individuo la soberanía sobre su propia vida. De igual forma, tenemos que dejar atrás ese viejo nihilismo terapéutico decimonónico, que sentía más fascinación por la patología anatómica que por el deseo genuino de curar a los enfermos.

Queda en evidencia que la salud es un proceso dinámico que sostenemos con nuestras pequeñas elecciones de todos los días, y que resulta imperativo llevar nuestras herramientas clínicas de prevención hasta los espacios de trabajo para evitar el desgaste profesional de las personas. Y cuando miramos hacia las crisis en el México profundo, es una exigencia ética que los auxilios psicológicos reconozcan la realidad simbólica de nuestras comunidades indígenas, en un marco de respeto absoluto por su cosmovisión y saberes.

Al final, todo este diálogo académico busca emular las virtudes de quienes nos precedieron, haciendo que nuestro diario quehacer se convierta en un auténtico antídoto contra la nada.

SALME

075

33 3833 3838

LÍNEA DE ATENCIÓN
EN CRISIS

SALME
Instituto Jalisciense
de Salud Mental y Adicciones

Servicios de
Salud Jalisco

Salud

JALISCO
GOBIERNO DEL ESTADO