



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Efectos en la salud mental de las terapias no psicológicas en
mujeres

Investigación Cualitativa

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N:

Karla Lorena Alfallo Bautista

Laura Leticia Bustos Rodríguez

Directora: Dra. Rosa Margarita Zuvirie Hernández

Dictaminador: Lic. María Cristina Canales Cuevas



Los Reyes Iztacala Tlalnepanitla, Estado de México, 03 de junio del 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi familia porque siempre me han apoyado e incentivado día a día a seguir adelante en mi proceso formativo. Por brindarme la fuerza para continuar aprendiendo y de culminar con éxito el sueño que comenzó hace algunos años.

Gracias a mi madre por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad. Gracias por cada consejo y por cada una de las palabras que me guiaron durante mi vida, por demostrarme y enseñarme el valor de la honestidad. Gracias por cada sacrificio que has hecho por nosotros, gracias por que sin tu amor y apoyo incondicional este logro que ahora es de ambas, no sería posible.

Gracias a mi esposo por creer en mi, por sus palabras de motivación que siempre a tenido para mi en los momentos más difíciles, los cuales experimente durante mi formación academica. Gracias por apoyarme a continuar con mis estudios, por comprender con amor todo el tiempo que me requirio culminar.

Gracias a mis hijos por ser mi gran motor para lograr este hermoso sueño. Gracias por sus palabras de animo y por brindarme mas motivos para seguir adelante y no rendirme.

Gracias a mi Directora de Manuscrito, Dra. Rosa Zuvirie, por el apoyo, conocimientos y paciencia que me brindó durante la realización del mismo; pero sobre todo por compartirme el amor hacia la psicología.

Gracias a mi compañera de Manuscrito, Karla Alfallo por sus conocimientos compartidos, su dedicación y su paciencia.

Gracias a la máxima casa de estudios, mi UNAM y mi FES IZTACALA por estos años de aprendizaje, por las experiencias que me brindó y por formarme en la carrera que es mi pasión: la psicología.

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo explorar los efectos en la Salud Mental en mujeres que tomaron terapias no psicológicas. Para llevar a cabo esta investigación se entrevistaron 6 mujeres, en un rango de edades de 20 a 60 años provenientes del Estado de México.

En función de lo anterior, esta investigación se realizó mediante una metodología cualitativa, con un método fenomenológico, usando como técnica de recolección de datos: la entrevista semiestructurada, las cuales fueron analizadas desde la codificación abierta de las unidades.

Los resultados del estudio dan cuenta que algunas terapias no psicológicas como el coaching, el reiki o la metafísica tienen efectos negativos en la Salud Mental en tres de las 6 mujeres, desde alucinaciones, ansiedad y miedo, por lo cual acudieron a terapia psicológica para solucionar tales efectos; sin embargo, las otras 3 mujeres prefieren el coaching como forma de terapia al no presentar efectos negativos visibles a corto plazo y expresar mejoras en su motivo de consulta.

Palabras claves: calidad de vida, efectos adversos, pseudociencias

Abstract

The present study had the objective of exploring the effects on Mental Health in women who took non-psychological therapies with therapists and/or psychologists. To carry out this research, 6 women were interviewed, ranging in age from 20 to 60 years old, from the State of Mexico.

Based on the above, this research was conducted through a qualitative methodology, with a phenomenological method, using as data collection technique: the semi-structured interview, which were analyzed from the open coding of the units.

The results of the study show that some non-psychological therapies such as coaching, reiki or metaphysics have negative effects on the Mental Health in three of the 6 women, from hallucinations, anxiety and fear, so they went to psychological therapy to solve such effects; however, the other 3 women prefer coaching as a form of therapy because they do not present visible negative effects in the short term and express improvements in their reason for consultation.

Key words: quality of life, adverse effects, pseudosciences.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), define a la salud mental como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” (p.7). Mediante el cual las personas “son conscientes de sus propias capacidades, afrontan las tensiones normales de la vida y son capaces de trabajar de forma productiva y fructífera” (Organización Panamericana de la Salud, OPA, p. 2). Sin embargo, para lograr este estado se requiere llevar a cabo un trabajo tanto interno como externo; y la psicología, a través de sus diferentes modelos de terapia psicológica (psicoterapias) y de sus profesionales expertos, representa una opción viable, objetiva y, en cierta forma, científica para poder conseguir salud mental, aun cuando existe una fuerte intromisión y oferta mediática que sobrevalora las terapias no psicológicas con el afán de alcanzar el mismo objetivo.

Por tanto, se vuelve relevante como menciona Redondo (2021) combatir no sólo el intrusismo laboral (cuando una persona se hace pasar por un psicólogo sin serlo), sino verificar que lo ofrecido o vendido como terapia psicológica realmente lo sea, ya que no sólo se afecta a la salud mental de las personas que demandan ayuda, sino que también se produce un descrédito para la profesión psicológica y para aquellos que la ejercen. Es importante señalar que el profesional de la psicología es experto en el manejo de una o varias teorías o escuelas de pensamiento y de las herramientas que la conforman, lo que permite que su trabajo en consulta tenga un sustento teórico - científico y que le sirva de hoja de ruta para que pueda comprender los problemas de sus clientes y crear soluciones (APA, 2012).

Con fundamento en lo anterior, se realizó una investigación de tipo cualitativo, no experimental con diseño fenomenológico con el objetivo de explorar los efectos en la salud mental que presentan seis mujeres de 20 a 60 años del Estado de México, que recibieron terapias no psicológicas.

En la realización de esta investigación se utilizó la entrevista semiestructurada, la cual se llevó a cabo vía telefónica en donde las mujeres expresaron percibir mejoras en su salud con la práctica del coaching, sin embargo, en la práctica del reiki, metafísica y ayahuasca presentaron problemas como ansiedad, miedo, alucinaciones, refiriendo posterior a ello, tomar terapia psicológica.

A partir de los resultados de las entrevistas se crearon las categorías: conocimiento del tipo de terapia solicitado; características del servicio ofrecido; tiempo de duración del proceso terapéutico; abordaje del motivo de consulta; decisión de continuar en una terapia que cuente con sustento científico; impacto en el bienestar individual, familiar y social; y práctica psicológica. Las cuales sirvieron para el análisis de los discursos de las participantes y la generación de conclusiones sobre los hallazgos encontrados.

Planteamiento del problema

La finalidad de este estudio fenomenológico, es explorar los efectos en la salud mental en mujeres del Estado de México, que hayan recibido terapias no psicológicas.

La salud mental “es la parte integral de la salud y el bienestar” (OMS, 2013, p.7); y “el estado

de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar en forma productiva y fructífera y contribuir a sus comunidades” (OMS, 2004, p.7).

Es el psicólogo, quien se encarga de cuidar la salud mental trabajando junto a las personas para cambiar los patrones de pensamiento que les impiden sentirse bien (APA, 2012); además de estudiar los factores psicológicos en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades mentales y trastornos emocionales o de personalidad (Organización Internacional del Trabajo, OIT, 2004). De hecho, la terapia que ofrece un psicólogo requiere del uso de metodología proveniente de posiciones epistemológicas del empirismo, positivismo, hermenéutica y fenomenología (Cepeda, 2014); así como de investigación que le genera nuevo conocimiento respecto a la eficacia y efectividad de sus intervenciones (Orozco, Ybarra y Romero, 2019). Además, su terapia cuenta con apoyo empírico y respaldo científico (Echeburúa, Salaberría, De Corral y Polo, 2010) y se enmarca dentro de una perspectiva teórica (APA, 2012) como, por ejemplo, la cognitivo-conductual, la existencialista-humanista o la sistémica (Benito, 2009).

Sin embargo, debido al crecimiento de las redes sociales, que presentan contenidos y temáticas diversas (Orosa, Fernández y Rodríguez, 2019), se ha incrementado la difusión y el uso de terapias no psicológicas; de hecho, la mayor parte de las ofertas se realizan a nivel online (Redondo, 2021) y las promueven no psicólogos que, como menciona Fasce (2017), explotan la autoridad científica a fuerza de desvirtuarla, alterando y ofreciendo una explicación más sencilla e intuitiva de los fenómenos psicológicos.

Las terapias no psicológicas son “prácticas que afirman tener efectos en la terapia pero que no están apoyadas en pruebas obtenidas mediante el método científico” (Caballo y Salazar, 2019, p.16); y, como menciona López-Canto (2017), “son corrientes pseudocientíficas que proporcionan técnicas basadas en mágicas alternativas sustentadas en metáforas discursivas que promueven la ignorancia”. Asimismo, al no estar sometidas a contraste empírico y no tener restricciones ni penalizaciones (Moriana y Gálvez, 2020) pueden provocar efectos en la salud mental e intrusismo de personas que no tienen ningún tipo de formación científica sobre el comportamiento humano (Redondo, 2021).

Justificación

La Asociación Americana de Psicología (APA), entiende el ejercicio de la psicología como una actividad científico profesional (Pérez, et al., 2014); por tanto, las problemáticas de los clientes deben abordarse recopilando información, haciendo evaluación, creando hipótesis, aplicando técnicas de psicoterapia y evaluando resultados de tratamiento seguidos de retroalimentación, si es que lo obtenido en la terapia no es lo que se esperaba (Depreeuw, et al., 2017). En comparación con las terapias no psicológicas, que no han pasado los controles y pruebas científicas adecuadas como, por ejemplo, los ensayos clínicos aleatorizados y/o los metaanálisis donde se estudian casos únicos y existe el consenso de expertos (Moriana y Gálvez, 2020). Y, es que las terapias no psicológicas como el reiki, la reflexología, las constelaciones familiares, la angelología, etc., sólo han demostrado mejorías en síntomas que acompañan a algunas dolencias (como un leve dolor, náuseas o ansiedad) pero nunca en enfermedades graves (como un cáncer); lo que se consigue sólo es parte del efecto placebo (Yarritu, et al., 2015).

Desgraciadamente, en México, no se ofrecen estadísticas sobre los daños causados en la salud mental que ofrecen terapias no psicológicas. De hecho, Espinoza, et al. (2018), refieren que, en México, ni siquiera se asiste al psicólogo como una práctica común porque la sociedad considera que este especialista “sólo es para locos”; asistir al psicólogo sólo se piensa cuando las herramientas y habilidades con las que cuenta la persona ya no le sirven y no son suficientes.

En el ámbito internacional, España cuenta con un primer informe sobre fallecidos a causa de algunas terapias no psicológicas, utilizando una muestra de casos individuales para situar el problema. El informe abarca sólo casos de personas que presentan enfermedades de origen físico, que fueron tratadas con medicina alternativa y que tuvieron repercusión en su salud provocándoles, incluso, la muerte. Sin embargo, en el ámbito de la salud mental no se profundiza y sólo se menciona el caso de una paciente de cáncer que murió por abandonar su tratamiento y seguir una técnica denominada bioneuroemoción que: pretende gestionar emociones y racionalizarlas, siendo el cáncer, desde esa perspectiva, una consecuencia de que las personas vivan con culpabilidad (Cervera, Gómez y Frías, 2018).

Así, ante el vacío de información y la falta de datos que nos puedan guiar, la presente investigación tiene la finalidad de explorar qué efectos han tenido en la salud mental las terapias no psicológicas, en una muestra de seis mujeres entre 20 y 60 años.

A nivel social, esta investigación puede significar un apoyo importante en dos aspectos: el primero, entre las mujeres que buscan apoyo psicológico, para que conozcan las terapias psicológicas que no están avaladas por la ciencia, y las consecuencias que éstas pudieran

generar en la salud mental; y, el segundo, que, conociendo los problemas generados por las mismas, alerten a otras mujeres que buscan apoyo a través de terapia no psicológica.

Estos dos aspectos son importantes para la investigación, ya que como Fasce (2018) menciona: “la Psicología está padeciendo un gran nivel de penetración pseudocientífica, que puede repercutir negativamente en ella, al estarse construyendo una tradición paralela a la misma con numerosas ramificaciones y desarrollos teórico-prácticos interrelacionados”. Y sostener ideas equivocadas, podría llevar a que las personas tomen decisiones erróneas con respecto a su salud, poniéndose en manos de personas que no cuentan con la capacitación suficiente para trabajar en contextos clínicos.

En cuanto a su relevancia metodológica, se elaboró una entrevista semi estructurada que otorgó un panorama acerca de los resultados obtenidos en la salud mental, que presenten las participantes que consultaron terapia no psicológica.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los efectos derivados del uso de terapias no psicológicas en las mujeres?

Objetivo general

Explorar los efectos en la salud mental que presentan seis mujeres de 20 a 60 años del Estado de México, que hayan recibido terapias no psicológicas.

Objetivos específicos

- Describir las terapias no psicológicas más utilizadas por las seis mujeres de 20 a 60 años.
- Explorar qué efectos han tenido en la salud mental de las seis mujeres estas terapias no psicológicas

Diseño de Investigación

El enfoque de esta investigación es de tipo cualitativo, no experimental con un diseño fenomenológico.

- ❖ Es de tipo no experimental, ya que los métodos no experimentales se caracterizan por la no intervención del investigador en la situación en estudio a fin de no provocar cambios, es decir, observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para su análisis posterior.
- ❖ De tipo cualitativo ya que se enfoca en comprender el fenómeno profundizando en los puntos de vista, interpretaciones y significados que los participantes le dan a éste, dentro de un contexto determinado.
- ❖ La muestra es de casos tipo, donde el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización.
- ❖ El diseño es fenomenológico, proporcionando experiencias comunes, distintas, así como categorías que se presentan frecuentemente en las mismas (Hernández et al, 2010).

❖ El instrumento que se empleó para recolectar datos fue la entrevista, la cual permite tener una idea de cómo los sujetos interpretan una parte del mundo y, además, funciona como una conversación formal entre el investigador y el investigado. En su formato, es semiestructurada, ya que permite “estudiar fenómenos sociales en el entorno en el que ocurren, considerando el significado que el actor da a los hechos” (Toscano, 2009, p. 65). Además, una investigación cualitativa, permite obtener datos descriptivos en las propias palabras del sujeto.

Viabilidad

Para la realización de esta investigación se contó con suficiente acceso a información bibliográfica.

La misma, se llevó a cabo con 6 mujeres del Estado de México, de 20 a 60 años. A las participantes se les contactó por internet mediante el uso de plataformas digitales que facilitaron el acercamiento y las entrevistas, lo que hizo posible llevar a cabo esta investigación.

Se realizó en un corto plazo, aproximadamente tres meses durante el año 2022. Los recursos económicos fueron auspiciados por las autoras del mismo (lo cual no represento un impedimento para su realización).

Tipo de muestreo

Muestra no probabilística, dado que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra, y desde luego las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación.

Tipo de muestra: La muestra es de casos tipo

Selección de la muestra: Compuesta por 6 mujeres mayores de edad, divididas en rangos de 10 años entre cada una, a partir de los 20 años con un máximo de 60 años.

Criterios de inclusión: Edad mínima de 20 años, máxima 60 años.

Criterios de exclusión: Hombres y mujeres menores de 20 años.

Fuente de información: Se recolectan los datos mediante una entrevista semi estructurada (véase, apéndice 1) con preguntas abiertas en línea, anónima y voluntaria; permiso solicitado mediante un consentimiento informado (veasé, apéndice 2).

Marco Teórico

La salud mental

La Salud Mental es integral y determinada por factores sociales, psicológicos y biológicos (OMS, 2018), asumir que solo es la ausencia de la enfermedad, es insuficiente, así, como es imposible aislarla de la salud general (Muñoz, 2016). Mantener correctas conductas alimentarias y hábitos saludables, tales como realizar actividad física se encuentran como algunos de los factores estrechamente ligados a un favorable bienestar mental (Elipe Miravet et al., 2020).

Por el contrario, la falta de salud mental es un problema de salud pública, un problema social y económico creciente; que, al cuidarse, se evitarán muertes prematuras y se obtendrán grandes ganancias de productividad económica en el país (Torres de Galvis, 2018; Bertolote, 2008).

Dentro de los trastornos con mayor prevalencia, de acuerdo con Palacios (2017) se encuentran, la depresión y ansiedad.

En Torres et al (2015) se menciona que como manera de prevención de la Salud Mental se requiere: cultura, información, disciplina, programas, conciencia social; y como formas de atención: psicológicos y terapias.

Sin embargo, en la investigación de Berenzon et al (2013) encuentra que el acceso a los servicios de Salud Mental en México es solo el 2% y el 80% ha sido destinado para hospitales psiquiátricos, y solo el 30% contaban con protocolos de evaluación y tratamiento para trastornos mentales, requiriendo un mayor número de personal capacitado e incrementación de la participación de la sociedad.

Así mismo, Berenzon-Gorn et al (2018) realizó una investigación en la CDMX, en donde el personal reportó que la Salud Mental es colocada como “No prioritaria”, además de deficiencias frecuentes en los módulos, como la falta de espacios y de privacidad, carencia de pruebas psicológicas y otros materiales de diagnóstico, escasa evaluación de las acciones de prevención y tratamientos; así como escasa difusión del servicio. Además de poco compromiso de las autoridades, liderazgos ineficientes, comunicación inadecuada entre las instancias coordinadoras.

Por su parte, la diputada Ingrid Schemelensky Castro y el diputado Enrique Vargas del Villar, reportan cifras alarmantes en México durante el 2020, de los cuales se reportaron 832 suicidios, con una tasa anual del 19%. Es por ello, que propusieron expedir La Ley de Salud Mental y la

creación de un Instituto de Salud Mental en el Estado de México como organismo público para la prevención de trastornos (Poder Ejecutivo del Estado de México, 2021).

Salud mental en mujeres

La salud mental se debe colocar como un derecho humano, promoviendo la igualdad de género como parte de los estilos de vida saludables (Lira, 2015). El grupo con mayor prevalencia, son las mujeres, dado que presentan mayores factores de riesgo para desencadenar una mala salud mental (Florenzano-Urzúa et al, 2017; Burin, 2012) con un mayor impacto en el bienestar individual, familiar y social (Rosado et al., 2018).

Los factores psicológicos, sociales y culturales hacen a la mujer más vulnerable a padecer trastornos mentales y estos se incrementan en periodos específicos de su vida reproductiva: la adolescencia, el embarazo, el postparto y la perimenopausia (Flores, 2013), considerándose un problema de salud pública y un amplio campo de investigación (Flores- Ramos, 2011)

La Salud Mental de las mujeres en la etapa de la adolescencia es más vulnerable si el entorno social es hostil o peligroso (Mansilla, 2011), si existe el uso de sustancias tóxicas o una situación económica precaria y un entorno escolar deficiente, que por la falta de capacitación de los docentes para tratar todo lo relacionado con el bullying o el ciberacoso, aumenta los problemas mentales en las adolescentes (Morales, 2021).

En el embarazo, la Salud Mental de las mujeres, en una investigación realizada por Guimaraes et al (2019) encontraron que un 31.9% de las gestantes presentaron la posibilidad de tener

afectaciones en su Salud Mental, por situaciones como estar soltera, su nivel de escolaridad, no haber planeado su gestación y presentar hipertensión arterial sistémica. Por su parte, Steen y Francisco (2019) mencionan que, para prevenir problemas en la Salud Mental en el embarazo o lactancia, se requieren una mejor red de apoyo familiar y comunitaria, donde puedan poner más énfasis en su Salud Mental y adopten estrategias para lidiar con situaciones estresantes y adaptarse a esta nueva etapa de su vida.

El postparto en las adolescentes y en las mujeres adultas, la Salud Mental se ve afectada por la depresión y factores tales como el estrato socioeconómico bajo y el embarazo no deseado (Meléndez et al, 2017).

El climaterio es la desaparición de la menstruación y de la capacidad reproductiva de las mujeres de entre 45 a 50 años, produciendo alteraciones cardiovasculares, psicológicas y mentales. Los factores más comunes que afectan la Salud Mental en esta etapa, es la inactividad laboral, dependencia económica, pocas actividades de ocio, escasa cualificación profesional y red de apoyo básica reducida a su familia (Garrido, 2016).

Quintanilla (2013) menciona que dichos factores son determinantes en los intentos de suicidio que presentan con mayor prevalencia las mujeres adultas. Las enfermedades mentales más frecuentes son: la depresión, trastornos disociales de la personalidad, pobre autoestima, esquizofrenia, ruptura social, entre muchas otras.

De acuerdo con Julián (2013) las mujeres padecen depresión, ansiedad y trastornos por somatización, a diferencia de los hombres que presentan trastornos por abuso de sustancias,

siendo las mujeres quienes acuden con mayor regularidad a los servicios sanitarios y son más frecuentemente prescritas con psicofármacos.

Otro factor de riesgo, es la violencia en la relación de pareja, ejercida física, económica y sexualmente; existiendo una relación significativa entre haber experimentado violencia y presentar psicopatología psiquiátrica (Lara et al, 2019).

Para Curto et al. (2011) los factores que más afectan la Salud Mental en un mayor número de mujeres son: 1) sobrecarga; 2) violencia de género; 3) bajo apoyo social; y 4) estrés.

Generando la prevalencia de trastornos depresivos, trastornos alimentarios y trastornos de ajuste emocional. La diferencia encontrada entre hombres y mujeres es debido a que la mujer ha estado sometida a ellas en mayor proporción.

De acuerdo con Gili, Campayo y Roca (2014) proponen medidas relevantes para mitigar los efectos de la crisis económica en la Salud Mental; tales como incrementar los servicios comunitarios, crear programas de ayuda familiar para familias numerosas, programas especiales de apoyo a personas con dificultades económicas básicas como la vivienda y políticas adecuadas de información.

Por su parte Santiago y Ramirez (2020) encuentran que el malestar emocional en la mujer, está relacionado con estilos de vida nocivos, que son productos de las expectativas y de los roles de género socialmente asignados a ellas. Encontrando que en México hay un déficit en los siguientes puntos:

- Falta de información sobre la relación que hay entre la violencia doméstica y la salud mental en las mujeres.
- Desconocimiento sobre la demanda de las mujeres para recibir atención médica en las instituciones que prestan servicios de Salud Mental, en donde no son detectadas como víctimas de violencia.
- La falta de respuestas institucionales por parte de los servicios especializados en Salud Mental.

El quehacer del psicólogo en la Salud Mental

Los trastornos mentales ocasionan costos económicos, sociales (rechazo social, estigmatización, discriminación y ausencia de oportunidades de trabajo), familiares (consultas, hospitalizaciones, terapias, medicamentos, transportación a los lugares de atención, emocionales y personales para quienes los padecen), emocionales y personales (Valencia, 2007).

Dentro de los profesionales que se requieren para tratar la Salud Mental, de acuerdo con Encinas y López (2014) se encuentra el psicólogo clínico, que ofrece tratamientos y protocolos de intervención psicológica que señalan el tipo de tratamiento es el adecuado para el problema concreto (ansiedad, estrés, depresión, etc.), además, Casas (2014) encuentra que aún dentro de la Psicología, la psicología clínica dispone de sus propios métodos, modelos y procedimientos, colocando a los psicólogos clínicos como especialistas en el estudio de factores

psicológicos relacionados con la evaluación, el diagnóstico y la intervención de los trastornos mentales, así como la investigación y la promoción de la salud.

Para Meza et al (2017) las funciones del psicólogo clínico son:

1. Evaluación psicológica: es la exploración y el análisis del comportamiento de la conducta del paciente, sus conflictos y problemas que presenta.
2. El diagnóstico es el resultado del proceso de evaluación, lo cual permite al psicólogo clínico fijar las directrices del tratamiento
3. El tratamiento o psicoterapia el cual está enfocado a solucionar los problemas clínicos de la salud mental o propiciar las herramientas para hacerles frente
4. Investigación a partir de construcción y validación de test, estudio del proceso y el resultado de distintos tratamientos psicológicos
5. Enseñanza
6. Administración
7. Prevención y promoción de la salud

Tortella-Feliu et al (2016) mencionan que los psicólogos deben de brindar los tratamientos psicológicos en atención primaria con protocolos de intervención psicológica, encaminar las

intervenciones en mejorar el estado de Salud Mental “positiva” en los pacientes reduciendo los síntomas y ofreciendo el tratamiento óptimo para su caso concreto.

Para tratar afecciones en la Salud Mental de las mujeres los psicólogos clínicos pueden emplear muchas técnicas de intervención - la relajación, terapia implosiva, imaginación guiada, entrenamiento asertivo, modelamiento, manejo de contingencias, inoculación del estrés, entre otras - (Erazo y Nisenbaum, 2005). Sin embargo, dependiendo de la perspectiva teórica en la que esté basada la psicoterapia y/o la perspectiva en la que se haya formado el psicólogo, será el tipo de tratamiento que recibirán (APA, 2012). Por tanto, una peculiaridad del psicólogo será el estar entrenado en un modelo de psicoterapia que le permita analizar los problemas que los pacientes le traen a consulta y ofrecerles soluciones (Rodríguez, 2019).

Psicoterapia

La palabra Psicoterapia está formada de los componentes léxicos, *psykhe* (alma, mente) y *therapeuein* (cuidado, tratamiento) (dicciomed, 2004). La Real Academia Española (REA, 2021), la define como el “tratamiento de enfermedades mentales psicosomáticas y problemas de conducta mediante técnicas psicológicas”.

La psicoterapia o terapia psicológica también es definida como aquellos procedimientos que utilizan métodos psicológicos (Cuevas, 1991) que derivan de modelos teóricos y de investigación de diferentes ciencias y presentan evaluaciones empíricas de sus efectos, positivos y negativos (Ávila y Ponch, 1994). Ofreciendo, cada modelo teórico, una visión integrada de la personalidad, la psicopatología y el cambio terapéutico (San Juan, et al., 2009).

Campo (2004) refiere que las diferentes escuelas de la psicoterapia o terapia psicológica se fundamentan en un cuerpo teórico, al igual que en las estrategias específicas que éstas utilizan; por tanto, tienen un sustento científico y están alejadas de la especulación. Asimismo, se sustentan en conocimientos teóricos relativos a cuestiones etiológicas, psicopatológicas y terapéuticas (Bernardi, et al., 2004).

En la terapia psicológica existe la relación entre un terapeuta con entrenamiento (desde un modelo particular) y experiencia especial, y un cliente que experimenta problemas en su ajuste emocional, conductual o interpersonal, el cual ha pasado a formar parte de la relación (terapéutica) con el fin de resolver un problema psicológico y establecer un cambio (Bernardi, et al., 2004; Ávila y Ponch, 1994). Aunque la psicoterapia se puede aplicar a varias personas, en general, es individualizada y el terapeuta ajustará el tratamiento a cada persona (Rodríguez, 2019).

De hecho, el objetivo principal de la terapia psicológica no es dar consejos u orientar, se exige una teoría, una técnica específica y un entrenamiento adecuado, por lo que técnicas como la autorrealización, crecimiento personal, el consejo, la orientación o el apoyo social no son psicoterapia (Cuevas, 1991). Lo mismo sucede con las terapias no psicológicas - bioneuroemoción/biodescodificación, reiki, constelaciones familiares, angeloterapia, flores de Bach, etc.- las cuales tampoco producen efecto alguno en las personas a las que se les aplican, siendo más bien es el efecto placebo y la creencia del paciente los responsables de que éstas funcionen (Caballo y Salazar, 2019). Además de no ser prácticas inocuas, ya que repercuten

en la calidad del sistema sanitario y son una fuente de contaminación para el prestigio de la psicoterapia con sustento teórico y científico (Fasce, 2018).

Sin embargo, existen algunas terapias psicológicas que, a lo largo de la historia de su evolución y/o desarrollo, han demostrado tener gran eficacia para tratar personas con problemas de salud mental, porque como menciona Butcher, et al. (2007): la psicoterapia puede resultar ser menos costosa a largo plazo que cualquier otro modo alternativo de intervención; y aunque ésta requiera de tiempo para que la persona afronte de forma adecuada su problema, es mejor que sea reconocida, avalada y trabajada por profesionales de la salud como los psicólogos clínicos.

Enfoques o modelos de psicoterapia.

En Psicología Clínica, existen muchos enfoques de terapia psicológica pero, para los fines prácticos de esta investigación cualitativa, sólo se mencionan aquellos que poseen, de cierta forma, los criterios que Ávila y Ponch (1994) consideran importantes para que puedan configurarse como psicoterapia, a saber: 1) que se base sobre una teoría científica de la personalidad y sus trastornos; 2) que se funde sobre materia científica de la modificación de tales trastornos; 3) que presente evaluaciones empíricas de sus efectos positivos y negativos; 4) que actúe sobre los trastornos de comportamiento o estados de sufrimiento necesitados de intervención; y 5) que sea practicado por personas formadas y competentes.

Entre los enfoques o modelos de psicoterapia acreditados encontramos:

El psicoanálisis, la forma más antigua de psicoterapia que desarrolló, a principios del siglo XX, el doctor Sigmund Freud para estudiar los procesos psíquicos y los fenómenos clínicos correlativos (Jürgen, 1985). Actualmente, se centra en ayudar a comprender cómo los patrones pasados de las relaciones se repiten en el presente; y lo hace desde *la psicoterapia psicodinámica* en donde se identifican los patrones inconscientes en los pensamientos, sentimientos y pautas de conducta del sujeto (First, 2020).

Desde el modelo psicodinámico, Rodríguez y Gil (2022) mencionan que el dolor psicológico de las personas se encuentra en los conflictos internos que presentan al estar en continua tensión entre ellas y también por el contexto en el cual se relacionan. Asimismo, Florenzano (1984) menciona que “la conducta es comprendida en términos de causas psíquicas que satisface necesidades humanas originadas en distintos niveles del desarrollo: desde las biológicamente determinadas - apego del hijo hacia la madre - hasta las que representan valores y objetivos evolucionados y complejos - morir por una causa “ (p. 19).

La psicoterapia psicodinámica utiliza técnicas del psicoanálisis tradicional como: los significados inconscientes y su efecto en el aquí y el ahora, el análisis y reconocimiento del impacto de las relaciones y experiencias tempranas, y los fenómenos de la transferencia y la contratransferencia (Rodríguez y Gil 2022; San Juan, et al, 2009); además, tiene como herramientas técnicas: la interpretación, la confrontación, la clasificación y el working through (Florenzano, 1984).

Asimismo, Altimir, et al., (2009) refieren que las psicoterapias dinámicas breves, gozan de sustento empírico acerca de su eficacia; y para ello utilizan una serie de indicadores genéricos (aceptación de la existencia del problema, aceptación de los propios límites, expresión de la necesidad de cambio, descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo, expresión de esperanza o expectativa de ser ayudado o de superar los problemas. etc.) que al ser ordenados jerárquicamente de acuerdo a las etapas de la psicoterapia, pueden indicar cambios observables. Por tanto, conforme avanzan las sesiones y se va aumentando el nivel jerárquico de los indicadores, se pueden manifestar momentos de cambio cada vez más complejos.

El modelo humanista-existencial floreció en la década de los años sesenta del siglo XX, y se asocia al método fenomenológico cuyo objetivo es describir tan claramente como sea posible las diversas situaciones psicológicas tal como son experimentadas por el paciente (Tobías y García, 2009); planteando que el comportamiento de las personas tiene relación con la percepción que éstas tienen del mundo, por tanto, existe una perspectiva diferente de la realidad que se expresa en las conductas y hace al sujeto responsable de ellas (Colli, 2019).

Tobías y García (2009) describen que la finalidad de la terapia humanista existencial es promover en la persona un conocimiento de sí mismo y una autonomía que la ayude a desarrollar su propia existencia, porque los estancamientos, los vacíos existenciales, las defensas o las renunciaciones de libertad pueden generar trastornos o psicopatologías; por tanto, se analiza y modifica el proyecto existencial y se ayuda a cambiar la percepción que se tenga de las cosas.

Entre sus principales teóricos se encuentran: Víctor Frankl (1946), Rollo May (1961), Medar Boss (1979), Paul Tillich (1952), Ludwig Binswanger (1942) para el enfoque existencial; Carls Roger (1942), Fritz Pearls (1950) (terapia Gestalt) y Jacob Levy Moreno (psicodrama) (1946) el enfoque humanista. Y entre sus técnicas de intervención están: la clasificación, la paráfrasis, la respuesta refleja, la auto revelación y la auto aceptación (Colli, 2019).

En la terapia sistémica, se encuentran articuladas áreas del conocimiento científico como la antropología, la medicina, la Cibernética y la Teoría General de Sistemas, que amplían las posibilidades de intervención al incorporar la familia, la red social y el entorno; asimismo, observa fenómenos biológicos, sociales y psicosociales. Por tanto, se estudia el circuito de retroalimentación que tienen los efectos de la conducta de un individuo sobre otro, y viceversa, así como el contexto donde tienen lugar (Moreno, 2014).

En terapia sistémica, por ejemplo, la Teoría Familiar de Bowen (TFSB) (1989) es un modelo con metodología clínica relacionada con las ciencias biológicas (Etología, Biología, Primatología, Zoología, Genética), el cual maneja una perspectiva evolucionista que considera a las disfunciones clínicas dentro de un proceso de dinámica multigeneracional (las características de las relaciones que los miembros de la familia establecen en generaciones anteriores), que ve a la familia como unidad emocional y usa el pensamiento sistémico para describir las complejas interacciones que se dan dentro de la misma (Rodríguez y Martínez, 2015).

Por tanto, en el modelo sistémico el foco del análisis no sólo recae en el paciente que presenta el síntoma (entendido como la expresión disfuncional del sistema familiar), sino que abarca a todos los integrantes de la familia, en cuanto a que sus interacciones y pautas repetidas marcan un estilo de vinculación; como en los problemas planteados a partir del divorcio o de nuevas uniones, de los abusos de sustancias y de trastornos mentales (Torales y Brítez, 2017).

La terapia cognitivo-conductual integra elementos tanto del enfoque conductual como del cognitivo, centrándose en los problemas actuales y en lo que mantiene los síntomas; teniendo como fundamento que los comportamientos y las respuestas emocionales hacia eventos y situaciones externas se deben a la percepción e interpretación que las personas hacen de los mismos (Depreeuw, et al., 2017).

La terapia cognitivo-conductual se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (Ruíz, et al., 2012); orientándose hacia objetivos y metas (Cornier y Cornier, 1994) que permiten elaborar un plan de tratamiento general e identificar los componentes y métodos del tratamiento (por lo general de corta duración con un número limitado de sesiones).

Se puede decir que la terapia cognitivo-conductual es la aplicación clínica de la ciencia de la psicología (Ruíz, et al, 2012); en donde la mayoría de sus técnicas se describen en manuales diseñados en torno a diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés) que describen el trastorno y las herramientas para su evaluación (Depreeuw, et al., 2017).

Las psicoterapias de tercera generación surgen en la década de 1990, teniendo en común una perspectiva funcional y contextual de los trastornos psicológicos, es decir, un “contextualismo funcional que estudia los eventos psicológicos y los trastornos como interacciones entre la persona y el contexto de acuerdo con su historia y circunstancia actuales” (Pérez, 2008, p.3).

De entre algunas terapias de tercera generación se encuentran: la terapia conductual dialéctica de Linehan (1993); la terapia de aceptación y compromiso de Hayes, Stroschal y Wilson (1999); y la terapia cognitiva basada en mindfulness de Seagal, Williams y Teasdale (2002); las cuales se orientan a que la persona se responsabilice de sus elecciones y de lo que éstas conllevan, más que a evitar o reducir los síntomas (Torales y Brítez, 2017). Asimismo, se caracterizan por el enfoque en la atención plena (estar en el momento presente) y las relaciones interpersonales (Depreeuw, et al., 2017).

Pérez (2008) menciona que en el análisis funcional de las terapias de tercera generación se le da relevancia al análisis de la conducta verbal y a la clarificación de valores. Por tanto, se analiza lo que el cliente se dice a sí mismo y cuenta de sí a otros, pero entendiendo el sentido funcional de su narrativa; y, en la clarificación de valores (direcciones que orientan la vida) el cliente reorienta su vida en una dirección valiosa que lo saque del análisis de su problema y lo enfrente a la vida con un camino de soluciones posibles.

Para Medrano y Moretti (2016), cada modelo de psicoterapia ha dado respuestas nuevas de solución desde una perspectiva innovadora y superadora de modelos anteriores, por lo que existe poca evidencia de superioridad de un modelo sobre otro. En este sentido, Compas y

Gotlib (2003) refieren que los modelos de psicoterapia tienen en común: 1) una interacción humana única entre dos personas - un profesional capacitado y certificado y un cliente/paciente; 2) se basan en una interacción verbal y no verbal; 3) la relación entre el cliente/paciente y el terapeuta es confidencial y respetuosa; 4) el terapeuta sigue un conjunto de procedimientos que están prescritos por una determinada teoría o escuela de pensamiento; 5) las relaciones de ayuda son sistemáticas porque se sigue un conjunto de procedimientos de forma organizada para llegar a la meta que se estableció de mutuo acuerdo; 6) el contacto está limitado a momentos y lugares específicos; y 7) las relaciones de ayuda tienen un tiempo límite.

En el caso de las terapias no psicológicas - prácticas no convencionales que aún les falta demostrar que son seguras y eficaces - se desaconseja su uso como un sustituto del tratamiento médico; por tanto, al utilizarlas se recomienda que el paciente: 1) informe acerca de cualquier enfoque de salud alternativo que utilice; 2) pregunte si hay evidencia científica que respalde el tratamiento alternativo (no es evidencia un anuncio en un sitio web) y qué fuente es la que lo recomienda (no basarse sólo en las historias personales de otros o en declaraciones de sus promotores); y 3) tenga precaución con términos como cura milagrosa, remedio antiguo, avance científico, etc. que suenen demasiado buenos para ser verdad (Nacional Center for Complementary and Integrative Health, NCCH, 2016).

En el presente estudio se exponen los resultados que se obtuvieron - a partir de la investigación realizada con metodología cualitativa - para conocer los efectos en la salud mental experimentados por mujeres entre 20 y 60 años, habitantes del Estado de México que han tomado terapias no psicológicas.

La técnica utilizada en la adquisición de la información fue la entrevista semiestructurada en la que se tiene trazado un plan de desarrollo, pero hay más libertad de acción y mayor agilidad (Acevedo y López, 2014).

La muestra elegida se conformó de seis mujeres que relataron sus propias experiencias de cuando acudieron con terapeutas y/o psicólogos que les ofrecieron terapias no psicológicas (algunas veces complementadas con psicológicas), y de los efectos que éstas tuvieron en su salud mental.

Por lo tanto, se empleó el muestreo denominado estudio de caso tipo, en donde la investigación de tipo psicológico se centra en investigar sucesos, acontecimientos o incidentes de una o varias personas, y donde también se recolectan datos sobre conductas individuales, formas de pensar y actuar (Niño, 2019).

Al ser una investigación de tipo cualitativo, se utilizó el método fenomenológico que busca conocer los significados que los individuos dan a sus experiencias, describiendo, comprendiendo e interpretando (Herrera, 2017).

Así, se usa la codificación abierta para el análisis de los fragmentos de los datos tal como se recabaron, que nos permite categorizar a partir de la información recolectada (Monge, 2015). En Hernández et al (2014) se usa la codificación para comenzar a revelar significados potenciales y desarrollar ideas, conceptos e hipótesis.

De este modo, se elaboraron siete categorías: 1) conocimiento del tipo de servicio de terapia

solicitado; 2) características del servicio ofrecido; 3) tiempo de duración del proceso terapéutico; 4) abordaje del motivo de consulta; 5) decisión de no continuar en una terapia sin sustento metodológico y/o científico; 6) impacto de la terapia en el bienestar individual, familiar y social; y 7) opinión de la práctica psicológica.

Tabla 1

Categorías fenomenológicas individuales y los discursos obtenidos de las participantes en cada una de ellas.

Categorías fenomenológicas individuales sintetizadas	Temas esenciales	Discurso
Conocimiento del tipo de servicio de terapia solicitado	-Tipo de terapia tomada -Enfoque que maneja el terapeuta/psicólogo	Participante 1. "Tomo terapia psicológica: psicoanálisis"; y tomé no psicológica (actualmente la practico): constelaciones familiares; viajes holísticos; temazcal; yoga; medicina tradicional mexicana".
		Participante 2. "Tomo terapia psicológica (no menciona el enfoque); y no psicológica también he tomado: coaching transformacional, ayahuasca y bufo, reiki (tres sesiones) y constelaciones familiares".

		<p>Participante 3. “Tomo terapia psicológica con tanatóloga”; tomé terapia no psicológica: coaching transformacional, ayahuasca y kambó”.</p>
		<p>Participante 4. “Apoyo psicológico he tomado terapia psicológica pero no sé el enfoque; y no psicológica: la última fue coaching.</p>
		<p>Participante 5. “Tomé coaching hace 1 año”</p>
		<p>Participante 6. “Hace 30 años tomé un curso de metafísica para conocerme”; “actualmente mindfulness y terapia humanista”</p>
<p>Características del servicio</p>	<p>-Tipo de terapia prestado</p> <p>-Características</p>	<p>Participante 1. Mi psicóloga es psicoanalista, se presentó como psicóloga; es una mujer muy inteligente, sino no tomaría terapia con ella”.</p>

ofrecido

del terapeuta

-Cómo se
presentó el
terapeuta

Participante 2. “La persona se presentó como terapeuta, asistía a un grupo de coaching y encontré ayuda psicológica; me gustó porque es mujer”. Actualmente estoy en terapia con una psicóloga, pero prefiero ir al coaching que, a una terapia psicológica, pero voy a dejarla porque me siento mejor”.

Participante 3. “La persona del grupo que da coaching es psicóloga; conocí en el grupo de coaching una que se presentó como terapeuta, ella bajó de peso y me llamó la atención, es la que me da consulta actualmente y es tanatóloga”.

Participante 4 “Se presentó cómo coaching en proceso transformacional”

		<p>Participante 5. “Es psicólogo y tiene certificación de coach”</p>
		<p>Participante 6. “La maestra Toñita es psicóloga, una persona muy calmada, con una voz que te envuelve, te hace sentir apapachada y protegida”; en la metafísica me lo dio un guía/maestro y monje budista: una persona muy amorosa, con ojos llenos de luz y una paciencia infinita.</p>
<p>Tiempo de duración del proceso terapéutico</p>	<p>-Tiempo que permaneció en consulta</p>	<p>Participante 1. Practiqué desde los 11 años yoga, sé mudras y chakras; desde los 13 años tomo terapia; el coaching desde los 18 años (tres niveles). Hace tres años realizó ceremonias del cacao, temazcales, medicina tradicional mexicana, viajes holísticos, constelaciones.; actualmente tomo psicoanálisis con una psicóloga.</p>
		<p>Participante 2. Actualmente tomo terapia psicológica (año y medio); y hace tres años tomé el coaching. El reiki y el ayahuasca desde hace más de seis meses.</p>

Participante 3. “En terapia psicológica ocho meses; y en coaching duré 100 días (alternados)”.

Participante 4 “Apoyo psicológico tuve desde los 5 años, por cuestiones de ansiedad alrededor de 1 año en terapia psicológica, a los 11, 12 años recibí reiki e hipnosis, durante la prepa estuve en terapia psicológica en un semestre. Hace 8 años comencé con el coaching, posterior a eso estuve en terapia 3 meses y mejor me regrese al coaching, he tomado bio descodificación , constelaciones familiares y medicinas ancestrales donde he tomado puya, ayahuasca y cambó.

Participante 5 “Tome Coaching hace más de un año y duró 100 días”

Participante 6 “Con respecto a las terapias alternativas, hace 30 años tomé un curso de metafísica, no era terapia como tal, era más bien un curso para crecimiento personal para conocerte y hace 3 meses acabo de terminar una terapia para afrontar la ansiedad por medio de mindfulness”.

<p>Abordaje del motivo de consulta</p>	<p>-Motivo de consulta</p> <p>-Tipo de terapia tomado</p> <p>- Cómo iba a dirigir la terapia</p> <p>-Ejercicios a realizar dentro de la terapia</p>	<p>Participante 1.</p> <p>Terapia psicológica: “estaba herida, triste, acongojada porque mis padres se separaron” (no refiere qué ejercicios hizo).</p> <p>Terapia no psicológica: sobrellevar la separación de mis padres; constelamos, trabajaba conmigo y mi familia y con mi papá: le decía -¡oye pa, volteame a ver! porque él estaba viendo a otra mujer.</p>
---	---	---

Participante 2.

Terapia psicológica: “tratar depresión, ansiedad por pérdida de un bebé y divorcio; los ejercicios realizados fueron: lectura de un libro llamado las cinco heridas de la infancia, ejercicios para la soledad y usar una muñeca para no sentirse sola.

Terapia no psicológica: “ dentro del coaching transformacional hicimos ejercicios de la comprensión y el perdón; en el reiki imponen las manos y se trabaja con energía, es una forma de chamán; el ayahuasca está en auge, fui con las recomendaciones que me dieron las personas y gente querida... es una droga alucinógena muy fuerte (que tomé por morbo) en donde me hice consciente de lo eterno, logré verme fuera de mi cuerpo, entender lo bueno y malo, es como si hubiera encontrado el origen de la vida y del todo, hubo un momento en el que pensé que era Dios ”.

Participante 3.

Terapia psicológica: “el trabajo es de forma individual, me mandó hacer ejercicio físico y un examen de tiroides (no me hice), también trabajo el enojo, la ira y el peso; conversar, escribir, recordar, terapia de cine y momentos de relajación (inhalar-exhalar).

Terapia no psicológica: en el coaching trabajé el agradecimiento a mis padres, el cuerpo-mente-alma, trabajo grupal en donde lo que una compañera es mi espejo (expresan un tema y la técnica que le dan a mí me sirve para realizarla).

En la ayahuasca, “escuché que yo era medicina y tenía que sanar a mi familia”. No la recomiendo, el cambio sí porque dura de 15 a 20 minutos”.

“Tomé temazcal para desintoxicar mi cuerpo”.

Participante 4. “En el coaching trabajamos mi depresión, donde hablábamos precisamente de la victimas y de la víctima responsable, trabajamos con papá y mamá en algo que se llama el baúl, mecanismos para conseguir el objetivo, el feedback, trabajamos duelo, trabajamos en colocar mi meta que puedas trabajar tu en diferentes aspectos en la vida, salud, física, comunitarias, grupo, espirituales”

Participante 5. “Acudí al coaching para tratar la separación de mi esposo y el detonante que fue la frustración, la ansiedad que presentaba y la desolación durante la pandemia, ahí se fueron trabajando en las heridas primarias, heridas emocionales, situaciones del pasado, situaciones presentes e ir sanando”.

Participante 6. “con la maestra Toñita fue una introducción al mindfulness, hicimos ejercicios de respiración, meditación y atención plena”; “trabajamos con las diferentes emociones: culpa, enojo, ira, odio”

		<p>“Con el guía, nunca ofreció terapia ni servicio psicológico, aunque trabajamos crecimiento personal, hablamos del espíritu, caminos de la iluminación, temas acerca de la vida antes y después de la muerte, concepción filosófica, basado en el libro de metafísica 4 en 1”.</p>
<p>Decisión de continuar en una terapia que no cuente con sustento metodológico o científico</p>	<p>-Terapias no fundamentadas metodológicamente y/o por la ciencia</p>	<p>Participante 1.</p> <p>“La ciencia es una forma de creer que es la mera neta”; la objetividad no existe; ninguna de las terapias es mejor que la otra (unas te hacen sentir más tranquilo, otras te ayudan contigo mismo); ninguna terapia es la mejor, muchas de las prácticas dentro de la psicología no tienen sustento científico... la gente pide terapias alternativas”.</p>
		<p>Participante. 2</p> <p>“Yo iría con un psicólogo, no con un terapeuta... yo ya no quiero más este tipo de terapias (alternativas) para tratar las situaciones que tengo”.</p>

	<p>Participante 3. “Me sirvió más el coaching que el psicólogo”. “En el coaching saqué más cosas que yo traía arrastrando o guardando”. “Con el psicólogo iba cada 15 días de 40 a 45 minutos y me cobraba \$300, sólo por escuchar, el coaching cobra \$8000 pero en un día son de 5 a 6 horas de trabajo en equipo”.</p> <p>“El Cambo si lo recomiendo porque es de efecto rápido de 15 a 20 minutos”.</p>	
	<p>Participante 4. “Híjole, sí sé que no tienen sustento científico sin embargo, los resultados y experiencias de personas cercanas a mi es lo que me lleva a seguir en esa parte”</p>	
		<p>Participante 5. “Si me funciona lo seguiría tomando”</p>
		<p>Participante 6. “yo la tomaría con la conciencia de un curso y por pura curiosidad, sólo para acceder al conocimiento”.</p>

Impacto en el bienestar individual, familiar y social	Influencia en la salud mental	Participante 1. Terapia no psicológica: “el coaching ha influido muchísimo para mi vida... encontré un espacio en estas terapias para sanar, sanar mi corazón, perdonarme, perdonar a mis padres, atreverme a hacer las cosas, trabajar conmigo”
		Participante 2. Terapia psicológica: “como descuidé el aspecto económico de estar tanto tiempo ayudando, es hora de no solo escuchar, tengo que accionar en mi vida es por eso que voy a dejar de ir” Terapias no psicológicas: “el coaching ayuda en mi forma de ser (no ser retraída), abrirme a la conversación e interacción con las demás personas, es una forma de apoyo para no caer. Para mí el coaching fue un antes y un después en mi vida, me ayudó muchísimo. Inclusive con mi familia tengo una hermana con la que no hablábamos nada y el coaching me ayudó

muchísimo. Y ahorita me llevó bien con ella porque el coaching nos ayudó.

En constelaciones familiares, me pareció wow y me ayudó a levantarme”.

“En el reiki tenía más vivencias, se puede decir visiones o alucinaciones; me causó ansiedad, tenía mucho miedo, no podía dormir, me sentía muy mal”. No lo recomiendo. Comencé a ir a la iglesia cristiana para que me hicieran una liberación, fue por usarlo.

“La ayahuasca es un viaje súper cabrón, es muy buena y la recomiendo desde mi parte racional porque abre tu cabeza de forma impresionante... ese razonamiento, el amor al prójimo, ese amor a Dios, a las plantas, esa consciencia de ser eterno, ser energía...sin embargo, el viaje me duró tres meses, me sentía muy mal y empecé a buscar ayuda psicológica”.

Participante 3.

Terapia psicológica: “me sirvió más el coaching que el psicólogo”.

Terapia no psicológica: con el coaching me hice más consciente de un don que tengo, descubrí que me faltaba humildad y que era muy altanera por ser profesionista; y modifique conductas hacia mis hijos.

“La ayahuasca no me gustó, no podía dormir, tenía miedo, sentía que no podía sola y requería ayuda, me veía rara porque caminaba como zombi”.

“El temazcal me desintoxicó los ojos... los tenía café y se han limpiado y también me ha salido cabello”.

	<p>Participante 4.</p> <p>Terapia no psicológica: “En un primer momento como que me abrió el panorama completamente por esta parte como todo es grupal esta parte de estar escuchando, entonces fue así como que mira estoy mal pero tampoco estoy tan mal, poder ponerle nombre a todo lo que estaba yo sintiendo, fue mucho de estar externando todo lo que me sucedía todo lo que sentía fue como ponerle nombre al sentimiento”.</p>
	<p>Participante 5. Terapia no psicológica: “Con el coaching mi salud mental cambio, estaba muy mal, muy devastada pero en este momento me siento plena, me siento segura, he logrado bajar 38 kg de peso”</p>
	<p>Participante 6.</p> <p>Terapia psicológica: “me ayudó a aceptar las diferentes vicisitudes que existen, a ser más tranquila, desarrollar compasión hacia los demás.</p> <p>Terapia no psicológica: “sin embargo, en la metafísica, me causó</p>

<p>Opinión de la Práctica psicológica</p>	<p>Qué opinión tiene de los psicólogos</p>	<p>un pequeño desequilibrio mental (veía fantasmas, personas que me hablaban y me pedían ayuda), me volví insegura y aislada porque algunos seres hablan conmigo, la verdad me hizo mucho daño”.</p>
		<p>Participante 1.</p> <p>“Hacen lo que pueden con lo que tienen”; “no confío en cualquiera”, “me informo qué saben hacer y qué enfoque tienen, si no me gusta como manejan la teoría... bye”. “Requieren siempre formación; que trabajen en ellos mismos”.</p>
		<p>Participante 2.</p> <p>“Yo creo que cuando se trata de salud mental por eso existen los psicólogos y los psiquiatras”. “prefiero ir al coaching que a una terapia psicológica”.</p>
		<p>Participante 3.</p> <p>“Te ayudan a encontrarte y a sanar, son el medio y te dan herramientas, te escucha, son mediadores”. “Lo dejé por cuestión económica, y porque en el coaching trabajo más de una hora y en terapia menos”. “Me sirvió más el coaching que el psicólogo”.</p>

Participante 4. “el papel de los psicólogos es muy importante en esta parte porque al final son los que se desarrollan específicamente para poder ayudarnos”

Participante 5. “Considero que el trabajo del psicólogo es muy bueno a lo mejor yo no me fui con la psicología como tal por que es muy tardado, es siempre encontrando respuestas, leer, analizar, etc.”

Participante 6. “En cuanto al psicólogo, la maestra Toñita súper recomendada”; “Y en el curso de metafísica, lo recomendaría sólo para aquellos que quieran conocer sobre temas de budismo, no como terapia, sólo para saber”.

Efectos en la salud mental en mujeres que tomaron terapias no psicológicas

En este estudio el primer paso fue conocer el tipo de terapia tomado y el enfoque que manejaba el psicólogo, creándose la categoría “**conocimiento del tipo de servicio de terapia solicitado**”, en donde las mujeres expresan:

“tomé psicoanálisis y actualmente practico constelaciones familiares, viajes holísticos, yoga, temazcal y medicina tradicional mexicana”;

“tomé terapia psicológica pero no sé el enfoque y he tomado coaching transformacional, ayahuasca, bufo, reiki (tres sesiones) y constelaciones familiares”;

“tomé terapia psicológica con tanatóloga y tomé coaching transformacional, ayahuasca y cambo; “tomé terapia psicológica pero no conozco el enfoque y coaching”;

“tomé coaching hace un año”;

“para conocerme hace treinta años tomé un curso de metafísica y actualmente tomo terapia humanista y mindfulness”.

Las expresiones anteriores, muestran el conocimiento que las participantes tienen sobre las terapias que han tomado, dando como resultado que se encuentran más familiarizadas con las terapias no psicológicas que con las psicológicas y que, además, no identifican el tipo de enfoque utilizado por la persona que las trató. También se observa que la mayoría de ellas tomó coaching, lo cual es destacable porque las personas confunden la intervención psicológica con este tipo de prácticas.

Los profesionales de la salud mental deben ser los encargados de especificar a los usuarios de su servicio, el tipo de enfoque que manejan y lo que éste implica: con la finalidad de dar a conocer los beneficios que se pueden obtener y también evitar el abandono de la terapia en corto tiempo, ya sea por falta de interés o porque se prefiere el coaching sin importar la preparación del que lo imparte.

Las características del servicio ofrecido muestran el tipo de terapia prestado, las características del psicólogo/terapeuta y cómo se presentó el psicólogo/ terapeuta al inicio de la terapia:

“mi psicóloga se presentó como psicóloga con enfoque de psicoanálisis, es una mujer muy inteligente sino no tomaría terapia con ella”;

“la persona se presentó como terapeuta, asistí a un curso coaching y encontré ayuda psicológica, me gustó porque es mujer, actualmente estoy en terapia con una psicóloga pero la voy a dejar”;

“la persona del grupo que da coaching, conocí en el grupo a una persona que se presentó como terapeuta, ella bajó de peso y eso me llamó la atención y ella es la que me da consulta actualmente y es tanatóloga”;

“se presentó como coaching”;

“es psicólogo y tiene certificación de coach”;

“la maestra Toñita es psicóloga, una persona muy calmada con una voz que te envuelve, te hace sentir apapachada y protegida, la metafísica me lo dio un guía, un monje budista, una persona muy amorosa con ojos llenos de luz y una paciencia infinita”.

Las expresiones anteriores, muestran que cinco de las seis mujeres estuvieron con psicólogos que también ofrecen terapias no psicológicas sin que se tenga la certeza de que sean profesionales de la salud mental, dado que los espacios proporcionados para brindar terapia estuvieron enfocados al reiki, al coaching, a las constelaciones familiares, a la ayahuasca, al bufo, al kambó, etc. que no forman parte de ninguna de las técnicas de las psicoterapias más conocidas.

En este sentido, es relevante mencionar que la Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México (2018) en el código de ética de las y los psicólogos mexicanos establece que este profesional tiene como obligaciones el informar a sus usuarios: 1) el método, la técnica y el enfoque que utilizará durante su intervención (art. 139); 2) los alcances y límites de sus procedimientos; 3) la ubicación en donde darán el servicio, el horario, la duración, los costos y los métodos que se requerirán para la atención (art. 7); y 4) el tipo de servicio para lo cual está capacitado y acreditado (art. 138).

En Ocampo (2013) el Principio C. Integridad: Los psicólogos buscan promover la exactitud, honestidad y veracidad en la ciencia, docencia, y práctica de la psicología. Los psicólogos se esfuerzan por mantener sus promesas y evitan asumir compromisos poco claros o imprudentes. Los psicólogos tienen la obligación de considerar la necesidad, las posibles consecuencias y la responsabilidad de corregir cualquier pérdida de confianza resultante u otros efectos nocivos que surjan por el uso de tales técnicas (p.255).

La categoría **Tiempo de duración del proceso terapéutico** aporta el tiempo que se empleó en asistir a cada una de las terapias psicológicas o no psicológicas.

Se arrojan las siguientes expresiones:

“practiqué desde los once años yoga, sé mudras y chakras, desde los trece años tomé terapia, el coaching desde los dieciocho (tres niveles), hace tres años realizó ceremonia al cacao, temazcales, medicina tradicional mexicana, viajes holísticos, constelaciones y actualmente tomo psicoanálisis con una psicóloga”;

“desde hace año y medio tomo terapia psicológica y hace tres años tomé coaching, el reiki y la ayahuasca hace más de seis meses”;

“estuve en terapia psicológica ocho meses y en coaching duré cien días alternados”;

“tomé apoyo psicológico desde los cinco años por cuestiones de ansiedad, a los once y doce recibí reiki e hipnosis, hace ocho años comencé con el coaching pero hace tres meses estuve en terapia psicológica y mejor me regresé al coaching, he tomado también biodescodificación, constelaciones familiares y medicinas ancestrales como puya, ayahuasca y cambó”;

“tomé coaching hace más de un año y duró cien días”;

“con respecto a las terapias alternativas hace treinta años tomé un curso de metafísica y hace tres meses acabo de terminar una terapia para afrontar la ansiedad por medio del mindfulness”.

Estas expresiones muestran que la mayoría de las mujeres abandonó las terapias psicológicas en corto tiempo; sin embargo, cinco de las seis participantes, terminaron sus cursos de coaching y están a gusto con los resultados obtenidos. Asimismo, cuatro de las seis participantes tuvieron

un acercamiento a medicinas ancestrales (puya, ayahuasca, cambó), al reiki y a las constelaciones familiares. Por tanto, son las terapias no psicológicas a las que las mujeres les dedican más tiempo y a las que menos abandonan; además de ser el camino para dirigirse hacia otras prácticas del mismo estilo.

Como menciona Butcher, et al. (2007) las terapias psicológicas no ofrecen al usuario transformaciones mágicas, ya que ningún terapeuta podrá deshacer, en corto tiempo, la historia pasada de la persona ni tampoco prepararla para afrontar su situación actual. Así que cualquier estrategia terapéutica tomará tiempo, pero será menos costosa que otro modo alternativo de intervención.

En el abordaje del motivo de consulta también se encuentra el tipo de terapia, la duración, cómo fue dirigida, los ejercicios y/o prácticas realizadas dentro de la terapia psicológica y las terapias no psicológicas a las que las mujeres acudieron, como lo demuestran las siguientes declaraciones:

Terapia psicológica: “estaba herida, triste, acongojada porque mis padres se separaron” (no refiere qué ejercicios hizo).

Terapia no psicológica: “sobrellevar la separación de mis padres; constelamos, trabajaba conmigo y mi familia y con mi papá: le decía -¡joye pa, voltéame a ver! porque él estaba viendo a otra mujer”.

Terapia psicológica: “tratar depresión, ansiedad por pérdida de un bebé y divorcio; los ejercicios realizados fueron: lectura de un libro llamado las cinco heridas de la infancia, ejercicios para la soledad y usar una muñeca para no sentirse sola.

Terapia no psicológica: “ dentro del coaching transformacional hicimos ejercicios de la comprensión y el perdón; en el reiki imponen las manos y se trabaja con energía, es una forma de chamán; el ayahuasca está en auge, fui con las recomendaciones que me dieron las personas y gente querida... es una droga alucinógena muy fuerte (que tomé por morbo) en donde me hice consciente de lo eterno, logré verme fuera de mi cuerpo, entender lo bueno y malo, es como si hubiera encontrado el origen de la vida y del todo, hubo un momento en el que pensé que era Dios ”.

Terapia psicológica: “el trabajo es de forma individual, me mandó hacer ejercicio físico y un examen de tiroides (no me hice), también trabajo el enojo, la ira y el peso; conversar, escribir, recordar, terapia de cine y momentos de relajación (inhalar-exhalar).

Terapia no psicológica: en el coaching trabajé el agradecimiento a mis padres, el cuerpo-mente-alma, trabajo grupal en donde lo que una compañera es mi espejo (expresan un tema y la técnica que le dan a mí me sirve para realizarla). En el ayahuasca, “escuché que yo era medicina y tenía que sanar a mi familia”. No la recomiendo, el kambo sí porque dura de 15 a 20 minutos”.

Terapia no psicológica: “Tomé temazcal para desintoxicar mi cuerpo”. “En el coaching trabajamos mi depresión, donde hablábamos precisamente de la victimización y de la víctima

responsable, trabajamos con papá y mamá en algo que se llama el baúl, mecanismos para conseguir el objetivo, el feedback, trabajamos duelo, trabajamos en colocar mi meta que puedas trabajar tu en diferentes aspectos en la vida, salud, física, comunitarias, grupo, espirituales”

Terapia no psicológica: “Acudí al coaching para tratar la separación de mi esposo y el detonante que fue la frustración, la ansiedad que presentaba y la desolación durante la pandemia, ahí se fueron trabajando en las heridas primarias, heridas emocionales, situaciones del pasado, situaciones presentes e ir sanando”.

Terapia psicológica: “con la maestra Tomita fue una introducción al mindfulness, hicimos ejercicios de respiración, meditación y atención plena”; “trabajamos con las diferentes emociones: culpa, enojo, ira, odio”

Terapia no psicológica: “Con el guía, nunca ofreció terapia ni servicio psicológico, aunque trabajamos crecimiento personal, hablamos del espíritu, caminos de la iluminación, temas acerca de la vida antes y después de la muerte, concepción filosófica, basado en el libro de metafísica 4 en 1”.

Los resultados anteriores nos muestran que las mujeres tuvieron, por lo menos una vez, cita con el psicólogo, ya fuera antes o después de recibir terapia psicológica. Por lo que podrían regresar a tomar terapia sobre todo si ésta fuera coaching. Las siguientes expresiones lo reflejan: “fue un antes y un después en mi vida, me ayudó muchísimo”; “me ayudó en mi forma de ser, a no ser tan retraída, a abrirme a la conversación con las personas, como una forma de

apoyo para no caer”; “ha influido muchísimo para mi vida, para sanar mi corazón, perdonarme y perdonar a mis padres”.

Sin embargo, también se encontró que tres de las participantes comentaron que no volverían a tomar terapias no psicológicas como el reiki, la ayahuasca, la metafísica por las consecuencias que obtuvieron: “en el reiki tenía alucinaciones, me causó ansiedad, miedo, no podía dormir me sentía mal”; “con la ayahuasca el viaje me duró tres meses y me sentía muy mal y busqué ayuda psicológica”, “con la ayahuasca no podía dormir, tenía miedo, sentía que no podía sola y caminaba como zombi”; “la metafísica me causó desequilibrio mental, veía fantasmas, personas que me hablaban y me pedían ayuda, me volví insegura y aislada”.

Asimismo, las expresiones anteriores muestran que en las terapias no psicológicas tres de las seis mujeres obtuvieron efectos negativos o adversos como ansiedad, insomnio, desequilibrio mental, miedo y alucinaciones que afectaron su salud mental. Pero como menciona Hiriart (2018), la Salud Mental es armonía, equilibrio, funcionamiento óptimo, bienestar subjetivo y equivale a la fortaleza de carácter de un individuo. Por tal motivo, las mujeres deciden retomar o comenzar con terapias psicológicas para así mejorar su Salud Mental.

Asimismo, para esta categoría, la Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México (2018), en el código de ética de las y los psicólogos mexicanos menciona que este profesional de la salud tiene que realizar y presentar un plan de trabajo adecuado a las necesidades o problemáticas de sus usuarios en donde especifique los tiempos, etapas, métodos, técnicas y estrategias del proceso terapéutico (art. 10); y estar consciente de

sus limitaciones y del efecto de ellas sobre su trabajo (como compromiso profesional y científico).

En la categoría **Decisión de continuar en una terapia que no cuente con sustento metodológico o científico** sobre las Terapias no fundamentadas metodológicamente y/o por la ciencia se obtienen las siguientes expresiones:

“La ciencia es una forma de creer que es la mera neta”; la objetividad no existe; ninguna de las terapias es mejor que la otra (unas te hacen sentir más tranquilo, otras te ayudan contigo mismo); ninguna terapia es la mejor, muchas de las prácticas dentro de la psicología no tienen sustento científico... la gente pide terapias alternativas”.

“Yo iría con un psicólogo, no con un terapeuta... yo ya no quiero más este tipo de terapias (alternativas) para tratar las situaciones que tengo”.

“Me sirvió más el coaching que el psicólogo”. “En el coaching saqué más cosas que yo traía arrastrando o guardando”. “Con el psicólogo iba cada 15 días de 40 a 45 minutos y me cobraba \$300, sólo por escuchar, el coaching cobra \$8000 pero en un día son de 5 a 6 horas de trabajo en equipo”.

“El Cambo si lo recomiendo porque es de efecto rápido de 15 a 20 minutos”.

“Híjole, sí sé que no tienen sustento científico, sin embargo, los resultados y experiencias de

personas cercanas a mi es lo que me lleva a seguir en esa parte”

“Si me funciona lo seguiría tomando”

“yo la tomaría con la conciencia de un curso y por pura curiosidad, sólo para acceder al conocimiento”.

De acuerdo con Caballo et al. (2019), las terapias psicológicas con base científica han demostrado su eficacia por medio de procedimientos psicológicos empíricamente validados a diferencia de las terapias no psicológicas o alternativas que forman parte de las pseudociencias cuya afirmación, creencia o práctica es presentada de manera incorrecta como científica al no someterse a un método científico válido sus afirmaciones o prácticas resultan ambiguas, ideológicas e impulsadas por fines comerciales. Algunas de las pseudociencias actuales son:

- Angeloterapia
- Bioneuroemoción
- Constelaciones familiares
- Flores de Bach
- Medicina holística
- Orinoterapia
- Programación Neurolingüística
- Reiki
- Reflexología

- Técnica de liberación emocional
- Entre otras.

En las expresiones anteriores, se encuentra que a pesar de que las participantes cuentan con el conocimiento del tipo de terapias que están tomando y que carecen de validez científica, ello no representa un problema para continuar con este tipo de terapias, dado que en sus expresiones se menciona continuamente que si les funcionan están bien, no importando el tipo de terapia que sea mientras los beneficios se perciban como positivos; a excepción de aquellas terapias como el reiki o el ayahuasca que mencionaron tuvieron efectos adversos para su salud mental.

En este sentido, la Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México (2018), en el código de ética de las y los psicólogos mexicanos ha establecido que estos profesionales de la salud mental deben abstenerse de utilizar técnicas que no estén sustentadas por una teoría y metodología científica (art. 44), ya que los resultados o conclusiones de los servicios contratados por el usuario tienen que emitirse de modo claro, científico y profesional (art. 49). Y, además, porque uno de los derechos del usuario consiste en recibir información clara, suficiente, veraz, oportuna y científica.

En la categoría el **Impacto en el bienestar individual, familiar y social** nos aporta la influencia en la salud mental en las mujeres después de acudir a terapias no psicológicas lo que se puede conocer en las siguientes expresiones:

“El coaching ha influido muchísimo en mi vida... encontré un espacio en estas terapias para sanar, sanar mi corazón, perdonarme, perdonar a mis padres, atreverme a hacer las cosas, trabajar conmigo”

Terapia psicológica: “como descuidé el aspecto económico de estar tanto tiempo ayudando, es hora de no solo escuchar, tengo que accionar en mi vida es por eso que voy a dejar de ir”

Terapias no psicológicas: “el coaching ayuda en mi forma de ser (no ser retraída), abrirme a la conversación e interacción con las demás personas, es una forma de apoyo para no caer”.

“Para mí el coaching fue un antes y un después en mi vida, me ayudó muchísimo. Inclusive con mi familia tengo una hermana con la que no hablábamos nada y el coaching me ayudó muchísimo. Y ahorita me llevó bien con ella porque el coaching nos ayudó”.

En constelaciones familiares, me pareció wow y me ayudó a levantarme”.

“En el reiki tenía más vivencias, se puede decir visiones o alucinaciones; me causó ansiedad, tenía mucho miedo, no podía dormir, me sentía muy mal”. No lo recomiendo. Comencé a ir a la iglesia cristiana para que me hicieran una liberación, fue por usarlo.

“La ayahuasca es un viaje súper cabrón, es muy buena y la recomiendo desde mi parte racional porque abre tu cabeza de forma impresionante... ese razonamiento, el amor al prójimo, ese amor a Dios, a las plantas, esa consciencia de ser eterno, ser energía...sin embargo, el viaje me duró tres meses, me sentía muy mal y empecé a buscar ayuda psicológica”.

“Me sirvió más el coaching que el psicólogo”.

“Con el coaching me hice más consciente de un don que tengo, descubrí que me faltaba humildad y que era muy altanera por ser profesionalista; y modifiqué conductas hacia mis hijos.

“La ayahuasca no me gustó, no podía dormir, tenía miedo, sentía que no podía sola y requería ayuda, me veía rara porque caminaba como zombi”.

“El temazcal me desintoxicó los ojos... los tenía café y se han limpiado y también me ha salido cabello”.

“En un primer momento, el coaching, como que me abrió el panorama completamente por esta parte como todo es grupal esta parte de estar escuchando, entonces fue así como que mira estoy mal pero tampoco estoy tan mal, poder ponerle nombre a todo lo que estaba yo sintiendo, fue mucho de estar externando todo lo que me sucedía todo lo que sentía fue como ponerle nombre al sentimiento”.

“Con el coaching mi salud mental cambio, estaba muy mal, muy devastada pero en este momento me siento plena, me siento segura, he logrado bajar 38 kg de peso”

“La terapia psicológica me ayudó a aceptar las diferentes vicisitudes que existen, a ser más tranquila, desarrollar compasión hacia los demás.

“Sin embargo, en la metafísica, me causó un pequeño desequilibrio mental (veía fantasmas, personas que me hablaban y me pedían ayuda), me volví insegura y aislada porque algunos

seres hablan conmigo, la verdad me hizo mucho daño”.

En las expresiones anteriores, se encuentra que, de las terapias no psicológicas con mayor impacto en la salud mental de las seis mujeres, es el coaching la que más cambios positivos les ha traído. En opinión de las mujeres, quizá esto se deba a que la terapia es grupal y las experiencias y ejercicios son compartidos, generando una especie de retroalimentación.

Sin embargo, las terapias no psicológicas como el reiki, la metafísica y la ayahuasca les han impactado de forma negativa en su bienestar físico y mental debido a que se acentuaron los síntomas que presentaban al inicio de la consulta y aparecieron nuevos síntomas como las alucinaciones y visiones de fantasmas o gente muerta.

Es indispensable que se tomen estrategias en cuenta para la promoción de la Salud Mental a través de información, comunicación y educación para lograr el bienestar individual, social y la prevención de las enfermedades mentales del individuo (Betancur-Betancur, et al., 2020).

Asimismo, la oficina de información científica y tecnológica para el congreso de la unión (INCyTU, 2018) refiere que la Organización Mundial de la Salud (2017) ha estipulado que las estrategias para la prevención, tratamiento y promoción de la salud mental deben estar basadas en evidencia científica y en mejores prácticas.

En la categoría **opinión de la práctica psicológica** se aborda la opinión que las mujeres tienen acerca de los psicólogos, encontrando las expresiones siguientes:

“Hacen lo que pueden con lo que tienen”; “no confío en cualquiera”, “me informo qué saben hacer y qué enfoque tienen, si no me gusta como manejan la teoría... bye”.

“Requieren siempre formación; que trabajen en ellos mismos”.

“Yo creo que cuando se trata de salud mental por eso existen los psicólogos y los psiquiatras”.

“prefiero ir al coaching que a una terapia psicológica”.

“Te ayudan a encontrarte y a sanar, son el medio y te dan herramientas, te escucha, son mediadores”.

“Lo dejé por cuestión económica, y porque en el coaching trabajo más de una hora y en terapia menos”. “Me sirvió más el coaching que el psicólogo”.

“El papel de los psicólogos es muy importante en esta parte porque al final son los que se desarrollan específicamente para poder ayudarnos”

“Considero que el trabajo del psicólogo es muy bueno a lo mejor yo no me fui con la psicología como tal por que es muy tardado, es siempre encontrando respuestas, leer, analizar, etc.”

“En cuanto al psicólogo, la maestra Toñita súper recomendada”; “Y en el curso de metafísica, lo recomendaría sólo para aquellos que quieran conocer sobre temas de budismo, no como terapia, sólo para saber”.

En las expresiones anteriores, se encuentra que cinco de las mujeres reconocen que la labor que lleva a cabo el psicólogo es buena, importante y necesaria; sin embargo, no es suficiente para que éstas continúen en terapia psicológica. En este caso, el coaching les parece mucho más completo, más claro, más rápido - en cuanto a tiempo y sesiones - y menos costoso.

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2011) refiere que la labor de los psicólogos es ayudar a enfrentar con efectividad los problemas de la vida y la salud mental; utilizando una amplia gama de técnicas considerando las características, valores, objetivos y circunstancias de cada persona.

En lo que se refiere a la categoría **opinión de la práctica psicológica**, Ordoñez (2018) encontró en su investigación de los “estereotipos sobre el psicólogo y su repercusión en la búsqueda de ayuda profesional que: 1) la población está desinformada sobre los roles que el psicólogo desempeña; 2) los estereotipos (representación mental acerca de una persona) que se tienen del psicólogo están distorsionados y no se ve necesaria su intervención; y 3) el psicólogo puede, en alguna etapa de la vida, ayudar a resolver problemas.

Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación, a través de las entrevistas que se les realizaron a las seis mujeres entre los 20 y los 60 años, han mostrado que las terapias no psicológicas **sí** presentan efectos adversos en la salud mental.

Si bien es cierto, que la terapia no psicológica denominada coaching es la más aceptada y recomendada por las mujeres participantes, no mantiene los efectos de las primeras sesiones en el largo plazo. Por lo que Salomón (2018) la describe como una pseudo psicología disfrazada de crecimiento personal que se presenta en forma de alivio temporal pero que después deriva en malestar significativo en términos psicológicos y emocionales.

Dentro de la categoría denominada “el abordaje del motivo de consulta” – donde se incluye el motivo de ésta, el tipo de terapia tomada, cómo se va a dirigir la terapia y los ejercicios dentro de la terapia- se encontró que las seis mujeres desconocían: el tipo de terapia que les estaban brindando, la forma en que está se iba a llevar a cabo y los ejercicios que el terapeuta les recomendaba porque, en general, se enfocaban en relatar la historia de su vida y en contar lo que les pasaba en su día a día. Sin embargo, no refieren haber trabajado técnicas como, por ejemplo, la terapia implosiva (que combina la psicoterapia de conducta con la psicodinámica) en donde pudieran recrear alguna situación de su vida (como el dolor por la pérdida de un bebé experimentado por una de ellas) eliminando la ansiedad, al imaginar de nuevo la escena, hasta experimentarla sin dolor (Sarason y Sarason, 2006).

De hecho, dos de los problemas que prevalecieron en las seis mujeres después de haber

tomado terapias no psicológicas fueron la ansiedad y la depresión. En este sentido, Berenzon, et al. (2009) reportaron que en una muestra de 361 sujetos entrevistados: existe un uso creciente de medicina alternativa y/o complementaria (como los masajes) cuando hay trastornos de ansiedad y depresión, siendo las mujeres las que más las utilizan (61.3% comparado con los hombres); existiendo un mayor uso de servicios alternativos entre los individuos con algún trastorno mental (52.95) en comparación con las personas sin trastorno (22.1%).

En la categoría “decisión de continuar en una terapia que no cuente con sustento metodológico o científico” las mujeres expresaron que no tienen ningún problema con seguir tomando terapias no psicológicas si en ellas encuentran alivio, y si las experiencias y los resultados que pudieran obtener les traen mejoras. En este sentido, Ávila (2020), realizó una investigación sobre los “factores motivacionales en las preferencias de las personas hacia las terapias alternativas sobre la intervención psicológica” y encontró que las personas prefieren asistir a terapias no psicológicas que a psicológicas: el 41.67% de la población investigada (120 personas) llegó a asistir a algún tipo de terapia no psicológica como la meditación y las constelaciones familiares. También encontró que el 70.84% de su población asistió alguna vez a terapia psicológica, de las cuales las más frecuentes fueron: la Cognitivo Conductual, la Humanista, el Psicoanálisis, la Gestalt y la Terapia Breve Sistémica.

Dentro de la misma categoría “Decisión de continuar en una terapia que no cuente con sustento metodológico o científico” Fernández-Álvarez, et al. (2020) menciona que el psicoanálisis, la psicología humanista y los modelos científicos tienen problemas para demostrar su eficacia de sus actuaciones. Encontrando que las pseudoterapias promueven el falso conocimiento y

habilidades de quienes las imparten mostrando falsa amabilidad y carisma (manipulación) principalmente a personas predispuestas a ellas. Proponiendo que los psicólogos se actualicen constantemente para aumentar los beneficios para los pacientes. Además, sugiere que el público general requiere tener el conocimiento sobre los tratamientos psicológicos, así como de las pseudoterapias y sus posibles efectos, para una toma de decisión libre, objetiva y fundamentada.

La categoría “impacto en el bienestar individual, familiar y social”, incluye uno de los aspectos más relevante en la investigación porque representa la influencia de las terapias no psicológicas en la salud, encontrando que terapias como el reiki, la ayahuasca y los decretos metafísicos han generado otro tipo de problemas en estas seis mujeres que no presentaban antes de usarlas: alucinaciones y visiones de gente muerta o fantasmas. En su estudio de dos casos, Riccó (2020), menciona que las terapias new age (de las que forma parte el reiki y la metafísica) son empleados como un refugio y un recurso para dar significado a la existencia y llenar el vacío que acompaña a la persona, sin embargo, aunque empoderan también pueden provocar delirios de grandeza que van a tener influencia de alguna forma en la salud mental - como en el caso de una de las participantes que al tomar la ayahuasca mencionó: “pensé que era Dios y, no volví a ver la vida de la misma manera, me hice consciente de lo eterno”-.

En la categoría “Las características del servicio ofrecido” muestran el tipo de terapia prestado, las características del psicólogo/terapeuta y cómo se presentó el psicólogo/ terapeuta al inicio de la terapia, las mujeres mencionan que se presentan como terapeuta, coach transformacional e inclusive como psicólogo con certificación de coach y monje budista en el caso de la

metafísica. Lo mismo ocurre en Baltazar (2020) donde menciona que algunos profesores de la FES Zaragoza atienden clínicas enfocadas en las energías de la palma de la mano, constelaciones familiares, terapias de vidas pasadas y difunden la creencia mediante la regresión hipnótica para curar problemas psicológicos. Mostrando una incongruencia, al impartir disciplinas científicas y por otro lado ejerciendo el uso de terapias alternativas enfocadas en creencias mágicas, religiosas, esotéricas y pseudo científicas. Fomentando con estas prácticas la difusión de estas terapias psicológicas pseudocientíficas poniendo en peligro la credibilidad de la psicología científica.

En la categoría “tiempo de consulta” que lleva relación con la categoría “práctica psicológica”, se encontró que cuatro de las seis mujeres no permanecieron mucho tiempo en terapia psicológica. Aunque dos de ellas desde muy jóvenes han continuado tomándola, prevalece la conducta de abandonarla y de buscar formas alternativas de terapia no psicológica, sobre todo porque afirman: 1) que la terapia es lenta y no les funciona; 2) que los ejercicios son siempre los mismos; 3) que el hablar y hablar no resuelve su problema y las agota; 4) que la consulta representa un gasto más que una inversión; y 5) que las terapias alternativas, aunque onerosas, las hacen trabajar en grupo y apoyarse unas a las otras a través de la retroalimentación de las experiencias ajenas. En este sentido, Portillo (2019) señala que al llevar a cabo una investigación con 16 pacientes (en su mayoría mujeres entre 15 y 64 años, con estudios de nivel educativo superior) encontró que las situaciones que generan deserción tienen que ver sobre todo con: 1) malas experiencias previas con el psicólogo y/o mala relación terapeuta-paciente; 2) un inadecuado seguimiento por parte del psicólogo; 3) desinterés del paciente; 4) apatía en

la consulta; 5) escepticismo; y 6) un entorno físico adinámico. Además de la situación económica del paciente y de que éste prefiere darle mayor interés a las actividades laborales antes que a su salud mental.

Es decir, que ambas investigaciones realizadas en mujeres coinciden con lo encontrado, reafirmando las necesidades que requieren cubrir las pacientes para concluir su tratamiento psicológico y las estrategias que los psicólogos requieren reaprender.

Conclusiones

En esta investigación, el objetivo del estudio fue explorar los efectos en la salud mental que presentaron seis mujeres de 20 a 60 años del Estado de México, que recibieron terapias no psicológicas.

Para lograrlo, se llevaron a cabo entrevistas en donde se obtuvo información importante para crear las categorías: conocimiento del tipo de terapia solicitado; características del servicio ofrecido; tiempo de duración del proceso terapéutico; abordaje del motivo de consulta; decisión de continuar en una terapia que cuente con sustento científico; impacto en el bienestar individual, familiar y social y práctica psicológica. En ellas, se integraron los aspectos más relevantes de lo que representa para las mujeres acudir a cualquiera de las dos terapias, sobre todo cuando se trata de diferenciar los tipos de tratamientos a los que han sido expuestas y el manejo que el terapeuta le ha dado al motivo de consulta.

Sé lograron los objetivos gracias a que las participantes se mostraron abiertas a compartir sus

experiencias en todas las terapias que habían tomado, aunque en la investigación no fue un punto importante el nivel de estudios, al ser mujeres profesionales contradictoriamente prefieren las terapias no psicológicas a pesar de que reconocen que no tienen sustento científico, lo que genera un punto importante para resaltar, que no necesariamente la falta de información y el desconocimiento sobre si son o no terapias psicológicas las que se imparten, es un motivo para tomar la decisión de acudir a este tipo de terapias, es decir, la decisión de qué tipo de terapia tomar va más allá que la desinformación de acuerdo a lo recabado en los discursos de las participantes.

Se encontró que las terapias no psicológicas obtienen ventaja sobre las psicológicas porque las personas pretenden obtener resultados rápidos sin esfuerzo y en un corto periodo de tiempo; esto a pesar de que haya consecuencias como la pérdida de salud o la confusión mental porque se crean situaciones de falsa mejoría y funcionan como un placebo.

Asimismo, los elementos contenidos en las categorías mostraron que el papel del psicólogo es muy importante en el tratamiento de la salud mental, pero la falta de información genera que la gente confunda o no comprenda el papel importante que lleva a cabo la ciencia de la psicología.

Por otro lado, una dificultad que se presentó fue el encontrar participantes que hubieran tomado terapias no psicológicas, por ello se cambió el nivel económico de las participantes, dado que las terapias no psicológicas como la ayahuasca, el reiki, constelaciones familiares y más, las sesiones tienen un costo por arriba de \$1000 cada una, de acuerdo a la información recabada en las entrevistas. En el Estado de México existen muchos municipios marginados y con

carencias económicas, lo que representa un gran obstáculo para acceder a ellas, pues el sueldo es el mínimo. Sin embargo, después de darle un giro a la investigación con respecto al estrato económico de las participantes, se obtuvieron 6 entrevistas muy enriquecedoras para la investigación, pues en la búsqueda de dichas terapias se descubrió que al igual habían tomado terapias psicológicas de manera casi alternada.

Otra de las dificultades que se presentaron durante la investigación fue que las participantes al ser profesionistas no cuentan con mucho tiempo para atender de manera presencial la entrevista, por ello se tuvieron que realizar por llamada, grabada y autorizada por ellas.

Sin embargo, a pesar de las dificultades para su realización, se logró obtener información que puede servir en investigaciones próximas sobre las terapias no psicológicas que emplean métodos que carecen de ética, además generan que el problema o motivo de consulta persista y prolongan los síntomas o incluso aumentan la sintomatología que presentan las personas.

Limitaciones y sugerencias

Este estudio presentó las siguientes limitaciones:

1. Poco tiempo otorgado para las entrevistas
2. Las entrevistas fueron realizadas a través de llamada telefónica, siendo complicado la obtención de la información por mala conexión, problemas con la red o señal deficiente.
3. Pocos estudios de fuentes confiables relacionados con el tema de investigación.

Sugerencias

1. Realizar las entrevistas segmentadas en diferentes días para la obtención de información profunda
2. Aumentar el número de participantes e incluir hombres en la investigación.
3. Abordar otros escenarios y comparar si la clase social influye en la elección de terapias.

Referencias

- Acevedo, A., y López, A.F. (2014). *El proceso de la entrevista* (p. 29). LIMUSA.
- Altimir, C., Vilches, O., Strasser, K., Ramírez, I., y Reyes, L. (2009). Cuatro Terapias Psicodinámicas Breves Exitosas Estudiadas a través de los Indicadores Genéricos de Cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII (1), 5-19.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921800001>
- American Psychological Association (2012). *Entendiendo la Psicoterapia*.
<https://www.apa.org/topics/psychotherapy/entendiendo-la-psicoterapia>
- American Psychological Association (2011). *Los psicólogos: qué hacen y cómo nos ayudan*. Psychology Topics.
<https://www.apa.org/topics/psychotherapy/ayudan#:~:text=Los%20psic%C3%B3logos%20ayudan%20a%20una,%20ansiosas%20por%20largo%20tiempo.>
- American Psychological Association (2020). Publication Manual of the American Psychological Association (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Ávila Espada Alejandro, Poch I Bullich, Joaquín (1994). *Manual de Técnicas de Psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico* (pp.16, 25). Siglo XXI.

Ávila Menéndez, A. (2020). *Factores motivacionales en las preferencias de las personas hacia las terapias alternativas sobre la intervención psicológica*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Don Vasco]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional Autónoma de México https://tesiunam.dgb.unam.mx/F/?func=find-b&find_code=WRD&request=factores+motivacionales+en+las+preferencias+de+las+personas+hacia+las+terapias+alternativas+sobre+la+intervenci%C3%B3n+psicol%C3%B3gica

Baltazar, R. A. M. (2020). Estrategias y alternativas. *Intervenciones psicológicas* (Vol. 2, pp. 10-22). <https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/libros/IntervencionesPsicologicas2.pdf>

Benito, E. (2009). Las Psicoterapias. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1 (1), 1-9.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333127084005>

Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 6 (2), 113-6. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/19792>

Berenzon-Gorn, S., Alanís-Navarro, S. y Saavedra-Solano, N. (2009). El uso de terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: Resultados de una encuesta en la ciudad de México. *Salud Mental*, 32 (2), 107-115. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000200003

Berenzon, G. S, Saavedra S. N, Medina-Mora I., Aparicio, B. V, Galván R. J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿Hacia dónde encaminar la atención? *Rev. Panam Salud Publica*, 33 (4), 252–8. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n4/252-258/es>

Berenzon-Gorn, S., Saavedra-Solano, N., y Galván-Reyes, J. (2018). Contextos y desafíos para la atención de la salud mental en el primer nivel. Una aproximación socioecológica. *Salud Pública De México*, 60 (2), 184-191.
<https://doi.org/10.21149/8673>

Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A., Tutté, J. y Villalba, L. (2004). *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 68 (2), 99-146.
http://www.spu.org.uy/revista/dic2004/02_quia.pdf

Betancur-Betancur, C. ., Restrepo-Ochoa, D. A., & Arias-López, B. E. (2020). Experiencias de promoción de la salud mental en países latinoamericanos: ¿de qué promoción se trata?. *Revista De Psicología Universidad De Antioquia*, 12(1), 111–133.
<https://doi.org/10.17533/udea.rp.v12n1a06>

Butcher, J., Mineka, S., Hooley, J. (2007). *Psicología Clínica* (pp. 564-569). Pearson Educación.
[http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas de Abuso/Articulos/LIBRO
PsicologiaClinica.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LIBRO_PsicologiaClinica.pdf)

Burin, M. (2012). Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina, 25-33.
<http://dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/bitstream/handle/123456789/1529/?sequence=1>

Caballo, V. y Salazar, I. (2019). *Ingenuos el engaño de las Terapias Alternativas* (pp. 9-33). Siglo XXI.
https://www.researchgate.net/publication/333487131_Ingenuos_El_engano_de_las_terapias_alternativas

Campo-Redondo, M. (2004). Epistemología y Psicoterapia. *Opción*, 20 (44), 120-137.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31004407>

Casas, M. J. (2014). Psicología clínica: revisión contextual y conceptual. *Revista Electrónica Psyconex*, 6(9), 1-20.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/22435>

Cepeda-Armijos, G. (2014). Psicología: la ciencia de las ciencias. *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación* (16), 25-45.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441846097002>

Cervera, F., Gómez, J. Frías-Fernando (2018). *Primer informe sobre fallecidos a causa de Pseudoterapias en España*. Asociación para proteger al enfermo de terapias pseudocientíficas.
<http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/Informe-pseudociencias-2018.pdf>

Colli-Alonso, M. (2019). *Teorías de la Psicoterapia. Conceptos, ejercicios y casos. Manual para estudiantes, consejeros y psicólogo* (pp. 55-129). Brujas.

Compas, B. y Gotlib, I. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica* (pp. 305-307). McGraw-Hill.

Compas, B. y Gotlib, I. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica* (pp. 305-307). McGraw-Hill.

Cormier, W. H. y Cormier L.S. (1994). Conceptualizar los problemas del cliente. *En estrategias de entrevista para terapeutas, habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales* (pp. 201-233). Desclée de Brouwer.

Cuevas, A. A. (1991). Psicoterapia Individual. *Psicoterapia individual, familiar y de grupo. Un estudio acerca de las características generales de las psicoterapias* (pp. 2, 27). Instituto Politécnico Nacional.

[http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LIBRO psicoterap%C3%ACaindividual.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LIBRO_psicoterap%C3%ACaindividual.pdf)

Curto, P. M., Grau, C. F., Fortuño, M. L., Riobóo, N. A., y Vidal, C. E. (2011). Factores sociológicos que influyen en el desarrollo de la depresión en las mujeres. *Anuario de Hojas de Warmi*, (16).

<https://revistas.um.es/hojasdewarmi/article/view/156831>

De Toscano, G.T. (2009) La entrevista semi-estructurada como técnica de investigación. Graciela Tonon (comp), 65-66.

https://colombofrances.edu.co/wp-content/uploads/2013/07/libro_reflexiones_latinoamericanas_sobre_investigacin_cu.pdf#page=48

Depreeuw, B., Eldar, S., Conroy, K., & Hofmann, S. G. (2017). Psychotherapy approaches. In S. G. Hofmann (Ed.), *International perspectives on psychotherapy* (pp. 35-67). Springer International Publishing.

<https://link-springer-com.pbidi.unam.mx:2443/content/pdf/10.1007/978-3-319-56194-3.pdf>

Echeburúa, E., Salaberría, K., De Corral, P. y Polo, R. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX (3), 247-256.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921798006>

Elipe Miravet, M., Ballester Arnal, R., Castro Calvo, J., Cervigón Carrasco, V., y Bisquert Bover, M. (2020). Hábitos alimentarios, imagen corporal y bienestar emocional: mens sana in corpore sano. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(1), 361–370.

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v1.1793>

Encinas, F. J. L., y López, M. C. (2014). Hacia una práctica de la psicología clínica basada en la

evidencia científica. *Psicología clínica basada en la evidencia* (pp. 47-56). Ediciones Pirámide

Erazo, L. R., y Nisenbaum, I. S. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. UNAM, 57-75.

https://books.google.es/books?hl=es&lr=lang_es&id=Te75iok5oAgC&oi=fnd&pg=PA72&dq=el+quehacer+del+psicologo+clinico&ots=o8dhnCclPY&sig=80DqNykn6Mxl1ft8jC7-hGiSvE#v=onepage&q&f=false

Espinosa, M., Zavaleta, J. y Mendoza, D. (2018, 09 de octubre). Los mexicanos no van al psicólogo. *Revista Digital UNAM Global*.

<https://unamglobal.unam.mx/la-importancia-de-la-salud-mental/>

Fasce, A. (2017). Los parásitos de la ciencia. Una caracterización psicocognitiva del engaño pseudocientífico. *TEORÍA. Revista de Teoría, Historia y Fundamentos de la Ciencia*, 32 (3), 347-365.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339753366005>

Fasce, A. (2018). Sofás diván y gurús: el origen y los peligros de la pseudopsicología clínica. *Revista de Estudios Científicos de Método*, 8, 165-171.

<https://www.redalyc.org/journal/5117/511766757024/html/>

Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México (2018). *Código de Ética de Las y Los Psicólogos Mexicanos*.

<http://fenapsime.org/wp-content/uploads/2020/04/codet.pdf>

Fernández-Alvarez, J; Prado-Abril, J; Sanchez-Reales, S; Molinari, G; Gomez, P. J. M.; y Jeong, Y. S. (2020). La brecha entre la investigación y la práctica clínica: Hacia la integración de la psicoterapia. *Papeles del psicólogo*, 41(2), 81.

<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2932>

First, M.B. (2020, marzo). Tratamiento de las enfermedades mentales. *Manual MSD, versión electrónica*.

<https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-al-cuidado-de-la-salud-mental/tratamiento-de-las-enfermedades-mentales>

Florenzano, R. (1984). *Técnicas de psicoterapia dinámicas* (pp. 16). Universitaria.

<https://teoriasistemica.files.wordpress.com/2013/05/florenzano-tecnicas-de-psicoterapiasdinamicas.pdf>

Florenzano-Urzúa, R; Pastorino, M; y Vanegas-Jairo,L. (2017). *Salud Mental con perspectiva de género*, 59 (5).

<https://doi.org/10.21149/8508>

Flores-Ramos, M. (2011). Los trastornos mentales relacionados a la edad reproductiva de la mujer: una nueva propuesta en el campo de la salud mental. *Gac Med Mex*, 147, 33-7.

http://www.anmm.org.mx/GMM/2011/n1/34_GMM_Vol_147_-_1_2011.pdf

Flores-Ramos, M. (2013). La salud mental en la mujer embarazada. *Perinatología y reproducción humana*, 27(3), 143-144. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300001&lng=es&tlng=es.

Garrido, P. E., y de Atención Primaria, M. (2016). La Menopausia. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*, (93), 3-3. <http://www.enfermeriasevilla.com/wp-content/uploads/Hygia93.pdf>

Gili, M., Campayo, J. G., y Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104-108.

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911114000454?token=E7ACAB848EDCA62EE84CF430FD746653F920F458504F236E154E84D52B59AEBFB52E8829A3EFD704BD30A22C4BF81A45&originRegion=us-east-1&originCreation=20220415001209>

Guimarães, F., Da Silva, F; Bem, A; Rolim, V; Silva, G. y Galdino, J. (2019) Enfermedad mental en

mujeres embarazadas. *Enfermería Global*, 18(53), 499-534.
<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.328331>

Hernández, S. R., Fernández, C. C., y Baptista, L. P. (2010). El proceso de la investigación cualitativa. *Metodología de la Investigación* (355, 528). Mc Graw Hill.

Herrera, J. (2017). La investigación cualitativa.
<https://juanherrera.files.wordpress.com/2008/05/investigacion-cualitativa.pdf>

Hiriart, G. M. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental?. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86-95.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.1438570>

Julián, I. P., Donat, A. A., y Díaz, I. B. (2013). Estereotipos y prejuicios de género: Factores determinantes en Salud Mental. *Norte de salud mental*, 11(46), 20-28.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4694952>

Jürgen, K. (1985). *Corrientes fundamentales en psicoterapia* (pp.47-53). Amorrortu.

Lara, C., Aranda, T., Zapata, B., Bretones, C. y Alarcón, R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11(1), 1-8.

<http://www.scielo.org.ar/pdf/radcc/v11n1/1852-4206-radcc-11-01-00008.pdf>

Lira-Ochoa, L. (2015). Salud mental y sentido de vida en mujeres en diferentes situaciones respecto al ciclo vital de la familia [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de México].
<https://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/66616>

Lopez-Cantos, F. (2017). El discurso de la felicidad de las terapias alternativas en Facebook. *Primera Revista Electrónica en Iberoamérica Especializada en Comunicación*, 21(3), 381-393.
<https://www.revistarazonypalabra.org/index.php/ryp/article/view/953/pdf>

Mansilla, M. E. (2011). Etapas del desarrollo humano, 3 (2), 106-116.
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4999/4064>

Medrano, L. y Moreti L. (Comps.) (2016). *Prácticas Basadas en la Evidencia Científica y Profesión en el Campo de la Salud* (p. 25). Brujas.

Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M., y Corbino, J. (2017). Depresión postparto y los factores de riesgo. *Salus*, 21(3), 7-12.
<https://www.redalyc.org/journal/3759/375955679003/html/>

Meza, J., Alava, L., García, M. y Arteaga, F. (2017). Perfil del psicólogo clínico y la demanda laboral en el área de salud del cantón Portoviejo.

<https://www.eumed.net/rev/caribe/2017/04/salud-canton-ecuador.html>

Monge, A. V. (2015). La codificación en el método de investigación de la Grounded Theory o Teoría Fundamentada. *Innovaciones Educativas*, 17(22), 77-84.
<https://doi.org/10.22458/ie.v17i22.1100>

Morales O. S. (2021). Factores de riesgo como causantes de depresión asociado a la salud mental de los adolescentes afectados por su entorno familiar, académico, social y personal.
https://repository.unicatolica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12237/2126/FACTORES_RIESGO_COMO_CAUSANTES_DEPRESION_ASOCIADO_SALUD_MENTAL_ADOLESCENTES_AFFECTADOS_POR_ENTORNO_FAMILIAR_ACADEMICO_SOCIAL_PERSONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Moreno, A. (ed.). (2014). *Manual de terapia sistémica: principios y herramientas de intervención* (Cap. 1). Desclée De Brouwer.

Moriana-Elvira, J. y Gálvez-Lara, M. (2020). Psicoterapias y Pseudoterapias en búsqueda de la evidencia científica. La ciencia y la práctica profesional en Psicología Clínica. *Instituto Maimónides por la Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)*, 41 (3), 201-210.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7790908>

Muñoz, C.O; Restrepo, D., y Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva. Revisión sistemática. *Rev Panam Salud Pública*, 39(3), 166–73.

<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v39n3/166-173>

National Center for Complementary and Integrative Health (NCCH) (2016, septiembre) Are you considering a complementary health approach? *U. S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health.*

<https://www.nccih.nih.gov/health/are-you-considering-a-complementary-health-approach>

Niño, V. M. (2019). *Metodología de la Investigación: diseño, ejecución e informe* (p. 37). Ediciones de la U.

Ocampo, J. (2013). Bioética y psicología clínica: reflexiones. *Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC*, 58(4), 253-259. <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2013/bc134f.pdf>

Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (2018). Salud Mental en México. *INCyTU* (7), 1-6. https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf

Organización Mundial de la Salud (2018). Salud mental: *fortalecer nuestra respuesta*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Panamericana de la Salud (2013). Salud Mental. (p.2) *Guía del Promotor Comunitario*.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31342/salud-mental-guia-promotor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Orosa A., Fernández L. y Rodríguez V. (2019). Psicoterapia en los Tiempos de Instagram: las Redes Sociales en la Construcción de Narrativas. *Revista De Psicoterapia*, 30(114), 225-231.

<https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.310>

Ordoñez Saavedra, Gabriela A. (2018). Los estereotipos sobre el psicólogo y su repercusión en la búsqueda de ayuda profesional. *Revista de Investigación Psicológica*, (20), 71-79.

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322018000200006&lng=es&tlng=es

Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en la salud mental* (p. 7).

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42897/9243562576.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2020* (p.7).

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf

Organización Internacional del Trabajo (2004, 29 de septiembre). *Clasificación uniforme de ocupaciones*.

<https://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/isco88/2445.htm>

Orozco-Ramírez, L. A., Ybarra-Sagarduy, J. L. y Romero-Reyes, D. (2019). Competencias en la práctica del psicólogo clínico en Tamaulipas. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 10 (2), 145-155.

<https://revistapcc.uat.edu.mx/index.php/RPC/article/view/328/pdf>

Palacios, R.O.(2021). *Representaciones sociales sobre la salud mental en mujeres y hombres adultos*. Rev Elec Psic Izt. 2021; 24(2):487-506.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2021/epi212c.pdf>

Poder Legislativo del Estado de México (2021, 04 de noviembre). Propone GPPAN expedir Ley de Salud Mental de EDOMEX [Comunicado de Prensa].

<https://legislativoedomex.gob.mx/comunicado.php?id=146>

Portillo-Cadena, P. J. (2019). *Deserción de la terapia psicológica en consulta externa, luego del alta hospitalaria, en pacientes con depresión mayor, del departamento de salud mental del Hospital*

Carlos Andrade Marín - Quito, durante el periodo entre enero - marzo de 2019. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio institucional de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16734/TESIS%20-%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pérez-Álvarez, M. (2008). Las terapias de conducta de tercera generación como modelo contextual de psicoterapia. *Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (FOCAD)*1, 3-16.

https://www.academia.edu/4177327/terapias_de_tercera_generacion

Psicoterapia (2004). En Dicciomed online. *Universidad de Salamanca*.

<https://dicciomed.usal.es/palabra/psicoterapia>

Quintanilla, J. R. G. (2013). El suicidio: etiología, factores de riesgo y de protección. *Entorno*, (54), 6-11.

<https://www.camjol.info/index.php/entorno/article/view/6290>

Real Academia Española (2021). Psicoterapia. En *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed. [versión 23.5 en línea].

<https://dle.rae.es/psicoterapia>

Redondo-Mónica (2021, 21 de junio). *Los psicólogos están hartos de la pseudoterapias y el intrusismo*.

Hipertextual.

<https://hipertextual.com/2021/06/psicologos-pseuterapia-intrusismo>

RICCÒ, Isabella (2020), "El auge de las medicinas alternativas y terapias New Age como respuesta a 'la nueva crisis de la presencia'". *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 36 (1), 67-79.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7628572>

Rodríguez-Morejón, A. (2019). *Manual de Psicoterapias. Teoría y Técnicas*. Herder Editorial.

<https://reader.digitalbooks.pro/book/preview/125495/>

Rodríguez-González, M. y Martínez- Berlanga, M. (2015). *La Teoría Familiar Sistémica de Bowen: avances y aplicación terapéutica* (pp. 4-10). McGraw-Hill.

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliodgbsp/reader.action?docID=3227050>

Rodríguez-Zafra, M; y Gil Escudero, G. (2022). Psicoterapia psicodinámica y psicoterapia de grupo: Conceptos e intervenciones terapéuticas. *Revista de Psicoterapia*, 33 (121), 27-40.

<https://revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/article/view/1118/936>

Rosado, I. S. M., Párraga, M. J. C., y García, M. C. E. (2018). Factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan la salud mental. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*.

https://scholar.google.es/scholar?start=10&q=salud+mental+en+mujeres+como+afecta&hl=es&lr=lang_es&as_sdt=0,5&as_ylo=2018

Ruíz, M. A., Díaz, M; y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales* (pp.24-25). Desclée De Brouwer. <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitivo-conductuales.pdf>

Sarason, I.G. y Sarason, B.R.(2006). Psicopatología, psicología anormal: el problema de la conducta inadaptaada. *Trastornos de ansiedad* (p. 262). Pearson Educación de México.
<https://books.google.com.mx/books?id=U9aZ9cSXuRoC&pg=PA262&dq=terapia+implosiva&hl=es-419>

Salomon-Paredes, A.K.(2018). Coaching: una pseudopsicología de la Posmodernidad. *Unife* 26 (1), 23-32.
https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2018_1/A.Salomon.pdf

San Juan, J., Eguíluz, I., Vallejo, J., Sáiz, J., Gómez, M., Lobo, A., Gastó, C., Fernández, A., Gay, E., y Arango, C. (2009). *Manual de Psiquiatría* (pp. 47-54). Ene Life Publicidad.
<https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/19e8cf657df192503cbea09f9f10532d.pdf>

Santiago, M. y Ramirez, C. (2020). Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres:

análisis y perspectivas en México, 1-10.

<http://www.repositorio.inprf.gob.mx/bitstream/handle/123456789/7435/sm210601.pdf?sequence=1&is>

Allowed=y

Steen, M., y Francisco, A. A. (2019). Salud mental y bienestar materno. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32, III-IVI. <https://www.scielo.br/j/ape/a/vXhdpMXHcDxW6J8CdCwkRHy/?lang=es>

Tobías-Imbernón, C., y García-Valdecasas C. J. (2009). Psicoterapias humanista-existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29 (2), 437-453. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200010&lng=es&tlng=es.

Torales J., y Brítez-Cantero, J. (2017). Fundamentos de psicoterapia. *Medicina Clínica y Social*, 1 (2), 157-183. <https://www.medicinaclinicaysocial.org/index.php/MCS/article/view/25/19>

Torres de Galvis, Y. (2018). Costos asociados con la salud mental. *Revista Ciencias de la Salud*, 16 (2), 182-187. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732018000200182&lng=en&tlng=es.

Torres, T., Munguía, J., Aranda, C., y Salazar, J. (2015). Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México. *Revista CES Psicología*, 8(1), 63-76.

<http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v8n1/v8n1a06.pdf>

Tortella-Feliu, M., Vázquez, C., Valiente, C., Quero, S., Soler, J., Montorio, I., y Baños, R. M. (2016). Retos en el desarrollo de intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud mental. *Clínica y Salud*, 27(2), 65-71.

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1130527416300111?token=9C45B0FA6340757CD5E110A0D1DAF2EB23FE2279BC67E00D6BFC6711A3D9FC98ADECE9F2334DDDC26E0FD0B501F4D45C&originRegion=us-east-1&originCreation=20220402021453>

Valencia, C. M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Salud mental*, 30(2), 75-80.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v30n2/0185-3325-sm-30-02-75.pdf>

Yarritu-I., Matute, H., & Luque, D. (2015). The dark side of cognitive illusions: When an illusory belief interferes with the acquisition of evidence-based knowledge. *British Journal of Psychology*, 106, 597-608.

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/bjop.12119>

Apéndice 1.

Entrevista

Nombre

Edad

Estado civil

Escolaridad

1. ¿Hace cuánto tiempo tomaste terapia?
2. ¿Quién o cuál fue el medio por el cual se enteró de la terapia?
3. ¿Qué características de la persona que brindaba la terapia te llamaron más la atención?
4. ¿La persona que brindó la terapia se presentó como terapeuta o como psicólogo?
5. Me podrías compartir, ¿Cuál fue el motivo de consulta?
6. ¿Conoces el tipo o el nombre de la terapia que te ofreció el terapeuta? ¿Te informaron si tu terapia era psicológica o no psicológica?
7. Me podrías contar ¿ En qué consistió tu terapia? ¿Cómo se desarrolló? ¿Qué ejercicios o actividades hiciste dentro de ella?

8. ¿Cómo influyó la terapia en tu salud mental y en tu entorno?
9. Si supieras que la terapia que recibiste no cuenta con sustento científico, ¿la seguirías tomando? ¿Por qué?
10. ¿Qué opinión tienes acerca de los psicólogos?
11. Para finalizar ¿Recomendarías al terapeuta que consultaste?

Apéndice 2.



Consentimiento Informado



“Efectos en la Salud Mental de las terapias no psicológicas en mujeres”

A través de este documento se le hace una invitación a participar voluntariamente en una práctica supervisada, aplicada por las alumnas:

- Laura Leticia Bustos Rodríguez
- Karla Lorena Alfallo Bautista

Procedentes de la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, de la Licenciatura de Psicología a Distancia, SUAYED.

La cual tiene como objetivo: explorar los efectos en la salud mental que presentan seis mujeres de 20 a 60 años del Estado de México, que hayan recibido terapias no psicológicas.

Nuestro compromiso con usted es el manejo de su información con ética, acudir el día y la fecha acordada para la entrevista,

Se le presenta este documento de nombre “Consentimiento Informado”, que tiene como objetivo comunicarle sobre la entrevista vía telefónica, con un tiempo aproximado de 45 a 60 min, la cual será grabada con fines académicos.

Su participación es voluntaria, lo que significa que usted es totalmente libre de retirar su consentimiento en cualquier momento. También se le informa que no tendrá ningún tipo de retribución monetaria ni lucro de ningún tipo.

Sus datos serán manejados con estricta confidencialidad y no se harán mal uso de los mismos. Una vez informado de los pormenores, accede a dar su autorización para el desarrollo de la actividad.

Nombre y firma autógrafa de la participante

Nombre y firma autógrafa de la estudiante