



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN TERAPIAS BREVES SISTÉMICAS PARA PERSONAL DE
SALUD DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

CONSUELO LAVANA HERNÁNDEZ

TUTOR PRINCIPAL:

MTRO. JORGE ORLANDO MOLINA AVILÉS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

COMITÉ TUTOR:

MTRA. MIRIAM ZAVALA DÍAZ/ FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
DRA. MARÍA EMILY REIKO ITO SUGIYAMA / FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
MTRO. FLAVIO SIFUENTES MARTÍNEZ / FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
MTRA. ESTHER GONZALEZ OVILLA / FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. ENERO 2024



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

A Dios, a la vida y a todas las personas que me acompañaron.

A cada una de mis compañeras de la Residencia, por la paciencia, cariño y apoyo que siempre me han brindado.

A las y los docentes de la Residencia.

A quienes me guiaron en la elaboración de esta tesis, especialmente al Maestro Jorge Molina Avilés y la Doctora Emily Ito Sugiyama.

A CONACYT por el apoyo otorgado.

Dedicatoria

Desde inicios del 2020, quedó claro que el contexto en el que las personas nos desenvolvíamos en la cotidianidad iba a cambiar. Conforme transcurrieron los meses, la situación se volvía más crítica y un temor acompañado de incertidumbre se hacía más presente. La población en general comenzaba a padecer los efectos de la pandemia, desde limitaciones en las interacciones sociales, hasta problemas de salud, pérdida del empleo o pérdidas humanas.

Algunas personas pudieron limitarse de asistir a sus trabajos o transformaron el modo en que lo realizaban, quedándose en casa. Pero el personal de salud no tuvo oportunidad de hacerlo, porque la salud y la vida de las personas dependía, como siempre, de ellos y ellas, y más cuando un virus que puede ser letal, se hace tan presente.

Este proyecto es una muestra de gratitud y una forma de honrar lo que cada uno y una de ellas han estado haciendo desde que decidieron dedicarse al cuidado de la salud humana, pero, sobre todo, por no haberse rendido en tiempos de pandemia, por exponerse al riesgo de contagio y por incluso descuidar su propio bienestar para cuidar el de los demás.

Se los debemos.

ÍNDICE	
RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO	8
1.1 La COVID-19 y el personal de salud	8
1.2 Terapia breve sistémica.....	12
1.2.1 Terapia breve sistémica centrada en problemas.....	19
1.2.2 Terapia breve sistémica centrada en soluciones	33
1.3 Propuestas de atención psicológica para el personal de salud	44
CAPÍTULO 2. FASE 1. ESTUDIO DE CASO: EXPERIENCIAS DE DOS MÉDICOS EN SU PRÁCTICA ANTE LA PANDEMIA DE LA COVID 19	54
2.1 Preguntas de investigación	55
2.2 Estrategia metodológica	55
2.3 Resultados	61
CAPÍTULO 3. FASE 2. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE LA TERAPIA BREVE SISTÉMICA PARA PERSONAL DE SALUD	72
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN	96
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES	106
REFERENCIAS	108
ANEXOS.....	115

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN TERAPIAS BREVES SISTÉMICAS PARA PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

RESUMEN

El propósito de este trabajo es elaborar un programa de atención terapéutica para el personal de salud que ofreció servicios médicos durante pandemia de la COVID-19, teniendo como bases los modelos de la Terapia Sistémica Breve.

El proceso de elaboración de esta tesis consistió en dos momentos esenciales. Primero, se realizó una investigación cualitativa, usando la tradición del estudio de caso y como estrategia de recolección de información, entrevistas a profundidad a una mujer médico general y un hombre médico psiquiatra. Dicha investigación permitió explorar y comprender cómo ha sido su experiencia laboral, personal e interpersonal luego de que se declarara el estado de pandemia. A partir de estos resultados, y luego de una revisión bibliográfica de diferentes estudios nacionales e internacionales sobre la COVID-19 y la salud mental en el personal de salud, se procedió a la elaboración de la propuesta de intervención terapéutica, basándose en tres categorías: las emociones, las relaciones interpersonales y los pensamientos. Para abordar estas áreas, se utilizaron los modelos de Terapia Breve centrada en problemas y soluciones.

Palabras clave:

Personal de salud, COVID-19, Terapia Breve Sistémica

INTRODUCCIÓN

Comencé mis estudios de posgrado en la Residencia en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México en agosto del 2019. Para marzo del 2020, las clases que cursaba de manera presencial fueron suspendidas debido al confinamiento solicitado por las autoridades sanitarias para evitar el contagio del virus SARS-CoV-2; daba inicio en nuestro país la pandemia por la COVID-19. Esta nueva realidad me invitó a estudiar, aprender, practicar y pensar mi carrera de otra manera; la terapia tenía que adaptarse a cada persona y a su contexto inmediato. Los estragos de la pandemia no solo se vivieron en lo individual sino también en lo colectivo. De ahí mi interés por abordar en este proyecto lo que sucedió a raíz de la COVID-19 y mirar el problema y sus posibles soluciones.

En febrero de 2020, la OMS había identificado a un nuevo virus causante de neumonía al que denominó COVID-19, declarando una pandemia. Rápidamente el virus causante se distribuyó en todo el mundo. Al principio el porcentaje de defunciones era muy alto, por lo que las altas demandas de atención médica comenzaron a traer serias consecuencias en el personal médico, tanto en su salud física como mental. Observando que en otros países habían trabajado en dar atención al personal clínico, consideré la posibilidad de elaborar un programa de atención psicológica para trabajar con médicos y enfermeras que atraviesan por las consecuencias de la pandemia.

De ahí que el objetivo de este proyecto fuera elaborar un programa de intervención para los efectos psicológicos que padece el personal de salud de segunda línea al atender a la población durante la pandemia de la COVID-19.

Este programa se enfocó en dar atención a las demandas psicológicas por las que atravesaba el personal de salud al atender a sus pacientes. Para ello, este trabajo se divide en 2 fases.

La fase 1 consistió en conocer la experiencia del personal sanitario ante este nuevo estado de alerta. Para desarrollar esta fase, se utilizó el estudio de caso como estrategia de investigación para conocer a detalle la experiencia de dos

profesionales de la salud en interacción con sus contextos laborales y relacionales, utilizando la entrevista a profundidad. La metodología cualitativa permitió tener una aproximación cercana al personal, pero no es representativa, por lo que los resultados no se pueden generalizar, sin embargo, es un primer acercamiento a las experiencias de los trabajadores de la salud.

Para la fase 2, con base en los resultados obtenidos y considerando las investigaciones de diferentes estudios nacionales e internacionales sobre la COVID-19 y la salud mental en el personal de salud, se elaboró la propuesta de intervención terapéutica basado en los modelos de Terapia Breve Sistémica. Esta propuesta teórica se dividió en tres categorías: las emociones, las relaciones interpersonales y los pensamientos.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

Este primer apartado, contempla describir cuáles han sido las diferentes alteraciones de salud que el personal sanitario ha padecido a raíz de la pandemia, donde resaltan efectos psicológicos como el desarrollo de estrés postraumático, trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, fatiga por compasión, entre otros.

1.1 La COVID-19 y el personal de salud

Los primeros reportes de una nueva neumonía, en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China, fueron hechos a fines de diciembre de 2019, desatando un rápido aumento en el número de casos y de contagios a nivel global; el virus aislado, fue inicialmente designado como SARS-CoV2 y la OMS le dio su nombre COVID-19 el 12 de febrero de 2020, siendo declarada la pandemia por la OMS por SARS-CoV2 el 11 de marzo de 2020 (Macaya & Aranda, 2020).

La epidemia por la COVID-19 ha tenido un impacto psicológico en la población general. De acuerdo con Lozano- Vargas (2020) las consecuencias en la salud física y mental, son incertidumbre, insomnio, ira, temor a ser infectado, aumento del consumo de alcohol o de cigarrillos, aislamiento social, desarrollo del trastorno de estrés post traumático, trastornos de ansiedad, trastorno depresivo, somatización y la percepción de la pérdida de la salud.

En particular, los síntomas de ansiedad, depresión, estrés e insomnio han aumentado significativamente y en ocasiones llegan casi a un 50% de la población. Las personas que trabajan de cerca con personas contagiadas reportan síntomas más severos y marcados. Esto se ha informado en Irán, EEUU, China, Alemania, Turquía, Italia y otros países donde se han hecho estudios poblacionales (Martínez, 2020).

Sin embargo, en la actualidad, la situación de crisis inducida por la pandemia por COVID-19, está provocando un enorme desgaste adicional en los sistemas de salud a nivel mundial. Desde muy temprano en la pandemia, quedó claro que las personas que trabajan en el campo de la salud, y muy en especial los que laboran

en la atención de enfermos por COVID-19 en hospitales, presentaban unos riesgos considerables a su salud física como mental (Martínez, 2020).

Lai, Ma, Wang, Cai, Ha, Wai, Wu, Du, Chen, Li, Tan, Kang, Wang, Yao, Huang, Wang, Wang, Liu y Ha (2020), estudiaron la salud mental de 1,257 enfermeras y médicos en 34 diversos hospitales en China. Los niveles de reacciones emocionales adversas fueron muy altos. Por ejemplo, el 71% dijo sentirse angustiado, un 50% con síntomas de depresión, un 45% con síntomas de ansiedad y un 34% con insomnio.

Por su parte, Rossi, Pacitti, Di Lorenzo, Di Marco, Siracusano y Rossi (2020), en un estudio en Italia con 1,379 personas trabajadoras de la salud, un 49% reportaron síntomas agudos de estrés post-traumático, un 25% síntomas de depresión, un 8% insomnio y un 22% percibían mucho estrés. Los síntomas de depresión y de estrés post-traumático eran más comunes en mujeres. Al igual que otros estudios, son las mujeres enfermeras y el personal de primera línea quienes muestran un mayor número de síntomas (Lai, et al, 2020; Mellins, Glasofer, Devlin, Albano, Nash, Engle, Cullen, Ng, Allmanna, Fitelson, Vieira, Remien, Malone, Wainberg y Baptista-Neto, 2020; Samaniego, Urzúa, Buenahora & Vera-Villaroel, 2020; Torres-Muñoz, Farias-Cortés, Reyes-Vallejo & Guillén Diaz, 2020; Cantor-Cruz, McDouall-Lombanac, Parra, Martin-Benito, Paternina, González-Giraldof, Cárdenas, Castillo, Garzón-Lawtonh, Ronderos-Bernalf, García, Acevedo-Peña, Gómez-Gómez & Yomayusa-González, 2021).

De acuerdo con Lozano & Vargas (2020), la lucha contra la infección COVID-19 mostró que el personal de salud de Wuhan (China) se ha enfrentado a una enorme presión de trabajo, incluyendo el alto riesgo de sufrir un contagio, una inadecuada protección para evitar ser contaminados, frustración, discriminación, aislamiento, constante interacción con pacientes con emociones negativas, pérdida del contacto con la familia y el agotamiento físico y mental.

De acuerdo con Rana, Mukhtar & Mukhtar (en Villaroel, 2020) el efecto del confinamiento prolongado y lo que implica el tratamiento pudo causar afectos en los trabajadores de la salud desencadenando problemas psicológicos de ansiedad,

miedo, ataques de pánico, síntomas de estrés postraumático, angustia psicológica, tendencias depresivas, trastornos del sueño, y preocupación por la exposición al contagio a sus amigos y familiares, así como aislamiento social interpersonal del apoyo social familiar, estigma y evitación de contacto. El estrés de los profesionales tiende a perturbar sus emociones y debilitar sus acciones de afrontamiento (Dullius, Scortegagna, & McCleary, 2021).

Otra investigación señala que la angustia incrementa en el personal por creer que se convertirán en un paciente más, observar que sus compañeros de trabajo son contagiados y ocupan camas en las unidades de cuidados intensivos, así como la necesidad de ofrecer la mejor atención médica a pacientes gravemente enfermos mientras la demanda de atención se exagera (Torres-Muñoz, et. al., 2020).

En los estudios actuales sobre las consecuencias de la COVID-19 en el personal de salud, también se encontró la prevalencia de la fatiga por compasión (Samaniego, Urzúa, Buenahora & Vera-Villaroel, 2020; Torres-Muñoz, et. al., 2020) definido como una profunda empatía por alguien que está sufriendo, junto con un fuerte deseo de paliar dicho sufrimiento (Figley, 1995; citado en Pintado, 2018). Este fenómeno se da de forma continua en enfermeras, médicos, psicólogos, bomberos, paramédicos y trabajadores sociales (Pintado, 2018). El escenario donde se desempeñan los trabajadores de salud es un factor estresante por encontrarse en continuo contacto con personas que sufren diversos problemas, información que coincide con la investigación realizada por Samaniego, Urzúa, Buenahora y Vera-Villaroel (2020) en el que dos de cada tres personas que laboran como personal de salud, reportaron síntomas moderados o severos de fatiga por compasión.

En México, se ha reportado que 7% de los trabajadores sanitarios han recibido agresiones en vía pública, 40% ha sentido estrés y el 35% ha considerado renunciar durante la contingencia. En otras encuestas, se encontró que al 47% del personal que labora en hospitales de distintas regiones le gustaría recibir apoyo psicológico, 27% presenta síntomas de ansiedad, 16% de depresión y 44% de estrés, mientras que el 47% presenta desgaste emocional o burnout (Juárez-García 2020). Este último síndrome, también ha sido reportado en diferentes países, como

Ecuador, donde Vinueza Vinueza, Aldaz, Mera, Pino, Tapia y Vinueza (2020), encontraron que más del 90% del personal médico y de enfermería presentaron síndrome de Burnout moderado-severo, siendo el personal médico el más afectado. En diversas revisiones sistemáticas internacionales se ha reportado este síndrome entre el 35.1% y 11.23% en médicos y enfermeras, respectivamente (Rodrigues, Cobucci, Oliveira, Cabral, Medeiros & Gurgel, 2018), previo a la pandemia; mientras que en tiempo de la COVID-19, el porcentaje de personal afectado es hasta más del 40% (Bradley & Chahar, 2020).

Estos problemas de salud mental no solo pueden afectar la calidad de la atención que brinda el personal de salud, su capacidad de comprensión clínica o sus habilidades en la toma de decisiones, también podría dificultar la lucha contra la infección de la COVID-19, pero sobre todo puede tener un impacto significativo en su bienestar y en su calidad de vida (Macaya & Aranda, 2020). Por ello, el apoyo al personal sanitario debe enfocarse en desarrollar intervenciones para promover el autocuidado individual y grupos de apoyo de pares, así como intervenciones específicas para la depresión, ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (Urzúa, Vera, Caqueo & Polanco, 2020).

También existen factores protectores que evitan el desarrollo de problemas emocionales durante la pandemia. Entre ellos está el afrontamiento positivo, con actitudes resolutivas, la planeación de soluciones realistas a la problemática enfrentada, autoafirmación y la introspección, canalizar los sentimientos que emergen ante el estrés en actividades productivas y el sentido del humor (Muñoz, Molina, Sanchez & Esquivel, 2020).

Algunos expertos, como Sánchez Sosa, investigador emérito de la Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional Autónoma de México, considera que la familia es un factor de protección para los profesionales de la salud (Sánchez-Sosa, 2020). En otra investigación se encontró que, en una rutina laboral normal el soporte familiar es de ayuda, sin embargo, en el contexto de la pandemia, el apoyo familiar es un estresor, principalmente cuando el personal sanitario tiene hijos menores bajo su cuidado (Galvin, Hayden, Adamis y McNicholas, 2020). Incluso Mellins et. al.

(2020) y García-Iglesias et. al (2020) encontraron que, si bien los individuos estaban preocupados por su propia salud, su principal preocupación era la salud de los miembros de su familia.

Así, podemos concluir que el personal de salud ha atravesado por diferentes sintomatologías por los cambios que contrajo la pandemia. Los datos recabados permiten tener una aproximación cerca a las condiciones de salud mental, sin embargo, vale la pena recordar que fueron estudios de corte cuantitativo, dejando de lado la experiencia individual de los profesionales de la salud.

1.2 Terapia breve sistémica

Este proyecto busca ofrecer una propuesta de intervención teórica para el personal sanitario de segunda línea durante la pandemia de la COVID-19. Para ello, se exponen los fundamentos epistemológicos y teóricos de la Terapia breve sistémica, así como sus propuestas de intervención, además de la integración de diferentes investigaciones internacionales y nacionales sobre propuestas y recomendaciones de intervención para el personal de salud en tiempos de pandemia.

Las terapias breves se denominan así porque tienen como fin modificar una interacción problemática, tanto familiar como individual, en la que paciente y terapeuta dirigen sus esfuerzos precisamente a la tarea definida entre ambos, a diferencia de otras terapias en las que la relación terapeuta y paciente se busca una reestructuración de la personalidad, búsqueda de los significados o desarrollo individual. En esta terapia, lo principal es resolver los problemas que interfieren con el logro de metas (Freidberg, 1989). Otra diferencia fundamental entre este tipo de terapia y las terapias convencionales es el énfasis que ponen éstas últimas en la conciencia (insight). En la terapia breve el *insight* puede darse o no y en ocasiones, hasta puede considerarse contraindicado. El enfoque estratégico en terapia puede ser definido como “el arte de resolver problemas complejos humanos mediante soluciones aparentemente simples” (Pérez & Rodríguez, 2010 p.1).

Una característica distintiva es su capacidad de producir cambios en tiempos breves. De acuerdo a Pérez & Rodríguez (2010), el modelo estratégico está basado en una epistemología constructivista, con influencias de la teoría de la comunicación, los proyectos antropológicos de Gregory Bateson, los desarrollos constructivistas de la teoría cibernética de von Foerster y Von Glasersfeld, las propuestas del lenguaje persuasivo de Milton Erickson, los principios teórico-aplicativos de la comunicación desarrollados por Watzlawick, Weakland, Fisch, Jackson en el Mental Research Institute de Palo Alto (California), y aportes de diálogo estratégico de Nardone.

Este tipo de terapia es una intervención breve y focalizada, orientada hacia la extinción de los síntomas y a la reestructuración de la percepción que la persona tiene de sí misma, de los otros y del resto del mundo. El objetivo principal del terapeuta es resolver rápidamente los problemas y los trastornos que puedan convertirse en invasivos o invalidantes, no sólo para el paciente sino para quienes lo rodean (Pérez y Rodríguez, 2010). En este tipo de terapia, la brevedad no significa menos tratamiento sino mayor eficacia. Por eficacia se entiende que se enfoca a un estado específico o un determinado objetivo (Eguiluz, 2004).

De acuerdo con Anatolio Freidberg, en su texto “Terapia Breve: Premisas terapéuticas, técnicas terapéuticas, pensamiento Sistémico: Marco de referencia subyacente a la Terapia Breve” (1989), los puntos fundamentales que subyacen a la Terapia Breve son:

- El mapa no es el territorio.

La epistemología *batesoniana* considera dos hechos: el primero reconoce que cuando un sujeto percibe algo de su entorno (el territorio), sólo es consciente de la representación final del mismo (el mapa), sin poder percatarse de los procesos de elaboración involucrados; el segundo dice que estos procesos incluyen presupuestos que son incorporados en la representación final consciente. Conocer territorios mediante mapas, implica clasificar y abstraer propiedades y aspectos de los primeros según los criterios de los segundos (Milone, 2008).

- Diferenciación entre “hechos” y significados.

Los hechos (que pueden estar distorsionados por la percepción) son trozos de conducta que pueden ser corroborados por cualquier observador. “Mi hijo se levantó de la silla” puede ser una declaración de hechos, siendo innegociable tal acontecimiento, por lo que se toma como un dato. Por otra parte, la interpretación que hacen los interlocutores sobre este hecho es un material fundamental en la terapia. Determinar estos dos aspectos tiene efectos terapéuticos, en especial si logramos que los pacientes describan sus experiencias en términos que eviten “etiquetas” que impiden su resolución. A su vez, en el proceso opuesto puede ser utilizado terapéuticamente “resignificando” los contenidos de la información de los pacientes. El punto de vista sistémico enfatiza interacciones y relaciones que permiten a las personas una mayor cantidad de opciones para su desarrollo.

- Las personas utilizan la mejor opción, dadas las percepciones de la realidad de que disponen.

En la terapia, se busca incremental las opciones sin eliminar ninguna, permitiendo que el paciente elija con libertad la opción que considere cause menos daño a sí mismo y a los demás.

- Ciertos mapas y modelos tienden a limitar las opciones de las personas y dejan de ser funcionales, dadas las circunstancias presentes.

Relacionado con la premisa anterior, esta idea es de vital importancia para la terapia, pues el terapeuta encamina al paciente en la búsqueda de opciones de acción.

- El punto de vista sistémico es más funcional y menos limitante que el modelo lineal o “causal”.

El énfasis de la mirada sistémica se pone en las interacciones y las relaciones, lo que permite a las personas tener una mayor cantidad de opciones. Las relaciones y las estructuras que mantienen una situación son los elementos centrales.

- El contexto y medio ambiente mantienen e influyen la conducta de las personas.

No se considera al ambiente como causal de los problemas, más bien se piensa que la interacción con el medio ambiente mantiene operante o funcional una determinada respuesta. Modificar las respuestas de las personas cercanas para eliminar una cierta conducta considerada como disfuncional.

- Principios sistémicos en los que se basa la terapia breve
 - a. Circularidad vs linealidad. Existe una interacción de los sistemas abiertos más que una casualidad, por lo que los fenómenos observados siguen una determinada secuencia de pasos
 - b. Retroalimentación (feedback). Se refiere a la forma en la cual un sistema es controlado por la reinsertión de los resultados de su funcionamiento pasado
 - i. Retroalimentación negativa. O corrección de errores, es la tendencia del sistema para mantener la homeostasis, contrarrestando la desviación
 - ii. Retroalimentación positiva. O amplificación de desviaciones. Es la tendencia de los organismos vivos hacia un nuevo equilibrio o etapa de complejidad y desarrollo (morfogénesis).

Ambas fuerzas operan en los sistemas abiertos, pero el sistema puede parecer en equilibrio debido al síntoma presente. La terapia busca que éstas fuerzas se liberen y puedan modificar el equilibrio llevando al sistema hacia uno nuevo que permita una estabilidad más funcional. Es importante notar que, si sólo se diera una realimentación positiva, el sistema se destruiría.

- c. Entropía vs negentropía. Se refiere al intercambio de energía entre los sistemas y el medio ambiente. La entropía es la energía que se pierde o disipa en cualquier intercambio mientras que la negentropía

es el concepto opuesto, y sólo opera en los sistemas vivos, con intercambios de energía o comunicacionales.

- d. Equifinalidad. Este principio afirma que un sistema vivo puede lograr un mismo resultado, aunque se parta de condiciones iniciales diferentes. Llevado a la terapia, este principio muestra que, aunque el terapeuta utilice ciertas intervenciones para modificar una situación, los resultados de sus intervenciones son totalmente impredecibles.
- e. Organización. El sistema es definido como totalidad y no como la suma de sus partes.
- f. El miembro con mayor flexibilidad será el que mayor influencia tenga sobre un sistema. Este principio sustenta la búsqueda de ampliación de opciones versus la estereotipación que tiende hacia la sintomatología.

- Las personas interactúan con base en ciertos axiomas comunicacionales
 - a. No es posible no comunicar. Toda conducta es comunicación y al no existir la no conducta, tampoco existe la no comunicación.
 - b. Principio de puntuación o secuenciamiento de la interacción. Una secuencia de interacción es interpretada y percibida arbitrariamente, aun cuando un análisis de la misma pueda tener un principio y un final.
 - c. Niveles de comunicación. Existen, cuando menos, dos niveles de comunicación diferentes; el de contenido, transmitido por el lenguaje digital (palabras) y el de relación, transmitido por el lenguaje analógico (no verbal). Existen conflictos cuando hay incongruencia en estos dos niveles. En el nivel relacional, existen tres subdivisiones: las relaciones complementarias, basadas en la diferencia; las simétricas, donde se busca

eliminar las diferencias y las paralelas, que pueden cambiar de complementarias a simétricas, de acuerdo con el contexto y las necesidades.

– Definición de metas concretas

Junto a los pacientes, se deben elegir metas concretas que puedan ser atestiguadas por ambos (paciente y terapeuta) como indicadores de éxito de la terapia. De acuerdo a Bander (Freidberg, 1989), se puede considerar los siguientes parámetros:

- a. Qué específicamente se desea cambiar. Debe ser explicitado en términos positivos.
- b. Cómo sabría si lo obtiene. Determinar los elementos sensoriales que sugieran ese cambio.
- c.Cuál sería una demostración de que lo obtuvo. Conductas observables que tanto la persona como cualquier observador pueden constatar.
- d. Cuándo desearía ser capaz de efectuar esta conducta y cuándo no. Considerando que la conducta indeseada fue la mejor en un momento dado y en influencia de las circunstancias, explorar y asegurar que la persona pueda preservarla en condiciones determinadas. Preguntas del tipo “cómo, cuándo y dónde” son claves para esto.
- e. Qué pasaría con las personas cercanas si logra el cambio. Se debe considerar el efecto del cambio, preservando las ganancias positivas que proporciona la conducta disfuncional para asegurar su permanencia. Puede ser necesario involucrar a otros miembros de la familia en la terapia.
- f. Qué impide tener el cambio o qué se quiere hacer para ser capaz de lograrlo. Se buscan los recursos y obstáculos del cambio.

- g. El cambio lo debe iniciar y mantener la persona. Cada persona debe responsabilizarse de su propio cambio, independientemente de la conducta de los demás.

- Exploración de las soluciones intentadas

Cuando las soluciones que las personas han puesto en marcha no han sido útiles para resolver el problema. Explorar de forma detallada estas soluciones no sólo evita caer en la posibilidad de prescribir algo ya intentado, sino que toma en cuenta la contribución de ellas en la problemática, pues muchas veces son las soluciones las que mantienen al problema.

- Búsqueda de elementos que son significativos o que hacen “una diferencia”

El objetivo de esta técnica es encontrar en qué condiciones, lugares, partes del cuerpo, se da la conducta sintomática y cuándo o dónde no. Se busca hacer notar las diferencias que el paciente pudiera no mencionar u observar, logrando que este pueda asociar su síntoma a una interacción, y, por lo tanto, dejar a un lado la connotación mágica de “aparece sin razón alguna”. La conexión con el contexto puede ser real o imaginaria, pero poder ubicarla ayudará a hacer más manejable si se le diferencia de la totalidad.

Realizar una diferenciación de elementos mínimos pone al paciente en control y lo puede convertir en investigador auxiliar del terapeuta, en lugar de seguir como paciente pasivo. La pregunta fundamental que el terapeuta se hace a sí mismo es: ¿qué hace una diferencia?

Una vez conociendo en qué consiste la Terapia Breve Sistémica, cómo se diferencia de otras terapias y los puntos fundamentales que subyacen a la misma, se procederá a desarrollar la Terapia Breve centrada en problemas, abordando los antecedentes, las aportaciones Haley, los principios, procesos, procedimientos e intervenciones de la misma.

1.2.1 Terapia breve sistémica centrada en problemas

Antecedentes del modelo: MRI y el Centro de Terapia Breve

En 1959, se crea el centro MRI en Palo Alto (California). Luego de que terminara el proyecto Bateson, Don Jackson se convierte en el primer director del Mental Research Institute (MRI), mientras que Gregory Bateson, Jay Haley y John Weakland se encontraban en este mismo proyecto con líneas de investigación alternas. Paul Watzlawick llega a Palo Alto y recibe la influencia tanto de orientaciones teóricas de Bateson como de las técnicas terapéuticas de Jackson y de Erickson.

La Terapia Breve comienza a desarrollarse a partir de una investigación que trataba de precisar y sistematizar las condiciones que conducen a las personas a cambiar. Esta nueva propuesta difiere de los otros modelos terapéuticos, pues no hay una hipótesis de partida que se tenga que confirmar; tampoco existe una concepción precisa sobre el funcionamiento de los seres humanos ni de su comportamiento. El equipo del MRI consideraba que para entender el comportamiento es útil y necesario considerar los conceptos de la cibernética y de la teoría de la información. La terapia estratégica de Erickson y la terapia Familiar de Jackson también aportan al equipo del Centro de Terapia Breve (referido como CTB) algunas técnicas para abordar el proceso de cambio (Wittezaele & García, 1994).

Principios básicos de la terapia breve centrada en problemas

El modelo de intervención de esta terapia se describe en la publicación *Cambio*, publicado en 1974, siendo esta la obra más celebre del CTB (Wittezaele & García, 1994). En este libro, se busca responder a dos preguntas centrales sobre la terapia: ¿cómo persiste esta situación no deseada? y ¿qué hay que hacer para cambiarla? Las respuestas a estas interrogantes, se dirigen en un primer momento a entender el proceso del cambio mismo para después entender los problemas humanos desde la óptica de Palo Alto.

El cambio

La propuesta de cambio incluye las ideas principales de la teoría de los grupos, la cual ofrece una analogía que ilustra cómo el hecho de que ciertas acciones, actitudes que se supone que podrían aportar un cambio benéfico, en realidad ponen en marcha mecanismos reguladores homeostáticos que restablecen el equilibrio anterior, dando paso a la famosa fórmula “cuanto más cambia, más es lo mismo”.

Teoría de los grupos

Esta teoría surgió durante la primera parte del siglo XIX y el término de *grupo* fue introducido por el matemático francés Évariste Galois. Los postulados básicos conciernen a las relaciones entre elementos y totalidades. De acuerdo con esta teoría, un *grupo* posee las siguientes propiedades (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974):

- a) Está compuesto por miembros siendo todos iguales en cuanto a una característica común. Puede tratarse de número, objetos, conceptos, acontecimientos o bien de cualquier otro género de cosas que se incluyan juntas en un grupo, en tanto posean un común denominador y en cuanto el resultado de cualquier combinación de dos o más miembros, sea también un miembro del grupo. La agrupación de cosas es el elemento más básico y necesario de nuestra percepción y concepción de la realidad.
- b) Un grupo tiene como propiedad la capacidad de combinar a sus miembros en distinto orden y, sin embargo, el resultado de la combinación permanece siendo el mismo. Esta propuesta nos lleva a la conclusión de que existe una variación en el proceso, pero una invariancia en el resultado.
- c) Un grupo tiene un miembro de identidad que al combinarse con cualquier otro miembro da como resultado este otro miembro, lo que significa que mantiene la identidad de dicho otro miembro.
- d) En un grupo, cada miembro tiene su recíproco y opuesto, de modo tal que la combinación de cualquier miembro con su opuesto da lugar al miembro de identidad.

Sin embargo, esta propuesta no puede ofrecer un modelo para aquellos tipos de cambio que trascienden de un determinado sistema o trama de referencia, por lo que requiere apelar a la teoría de los tipos lógicos.

Teoría de los tipos lógicos

En esta propuesta, también emerge el concepto de colecciones de cosas únicas por una característica específica común a todas ellas. Los componentes de la totalidad son designados como *miembros*, mientras que la totalidad misma es denominada *clase* en lugar de grupo. Dentro de sus axiomas, uno relevante refiere que cualquier cosa que comprenda o abarque a *todos* los miembros de una colección, no tiene que ser un miembro de la misma (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).

De la teoría de los tipos lógicos se puede concluir que:

1. Los niveles lógicos deben ser estrictamente separados a fin de evitar paradojas y conclusiones y
2. Pasar de un nivel al inmediatamente superior (de un miembro a una clase) supone una variación, un salto, una discontinuidad o transformación, es decir, un cambio de la mayor importancia teórica y práctica, que deriva en un camino que conduce *fuera* de un sistema.

Reconocer las distinciones entre la teoría de grupos y la teoría de los tipos lógicos, puede conducir a dos tipos diferentes de cambio: uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, y otro que deriva en un cambio del sistema mismo. De esta manera, el cambio que conserva el sistema es llamado *cambio tipo 1*, mientras que el cambio del sistema mismo, un “metacambio” es llamado *cambio tipo 2*.

Cambio tipo 1

En general, este cambio se refiere a las reglas de las relaciones que siguen siendo las mismas. En una desviación con respecto a una norma de funcionamiento, esta será automáticamente compensada por unas reacciones homeostáticas.

En el caso de la terapia, en esta categoría también se puede ubicar el desplazamiento del síntoma, como cuando un miembro de la familia cesa su comportamiento indeseado, pero se comienza a observar esos mismos comportamientos en otro miembro de la familia. Las escaladas en la interacción también son entendidas desde este tipo de cambio.

Cambio tipo 2

Referido al cambio del sistema mismo, implica que cuando los procesos habituales de regulación se vuelven ineficientes, el sistema atraviesa una crisis importante y puede entonces recurrir a una persona externa. En general, el método y las técnicas de intervención tendrán como objetivo, lograr el cambio tipo 2. Respecto a este tipo de cambio, Watzlawick, Weakland & Fisch (1974) sugieren que:

1. El cambio 2 es aplicado a aquello que dentro de la perspectiva del cambio 1 parece constituir una solución
2. Mientras que el cambio tipo 1 parece basarse en el sentido común (hacer más de lo mismo), el cambio 2 es más inusual, inesperado y desatinado, paradójico al proceso de cambio
3. Al aplicar técnicas de cambio tipo 2, la solución se aborda desde el ahora y el aquí. Estas técnicas se aplican a los efectos y no a las supuestas causas
4. La utilización de técnicas de cambio 2 libera la trampa de paradojas creada por la autorreflexividad de la solución intentada y coloca a la situación sobre una base diferente.

Procesos y procedimientos de la praxis clínica

La terapia estratégica es una intervención terapéutica normalmente breve, orientada hacia la extinción de los síntomas y a la resolución de los problemas, mediante una reestructuración y modificación del modo de percibir la realidad y de los comportamientos del paciente. En la resolución de los problemas son necesarias la ruptura del sistema circular de retroacción que mantiene la situación problemática, la redefinición de la situación y la consiguiente modificación de las percepciones y

concepciones que las personas tienen y que pueden ser respuestas disfuncionales (Nardone & Watzlawick, 1990).

El interés del terapeuta, no se centra en el pasado, si no que observa y valora:

- Qué sucede en el interior de las tres clases de interacciones interdependientes que el sujeto vive consigo mismo, con los demás y con el mundo
- Cómo funciona el problema en el sistema relacional
- Cómo el sujeto ha intentado resolver el problema (las soluciones intentadas)
- Cómo cambiar la situación problemática de la manera más rápida y eficaz

El desarrollo del proceso terapéutico implica una serie de pasos a considerar. De acuerdo con Nardone y Watzlawick (1990), las fases son las siguientes:

1. Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica

El objetivo del primer encuentro se centra en crear una relación personal que se caracterice por el contacto, la confianza y la sugestión positiva, con la posibilidad de iniciar la investigación diagnóstica para posibles intervenciones. La estrategia fundamental consiste en observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente. El terapeuta debe estar al tanto y adaptarse al lenguaje, acciones, imágenes *del mundo* y al estilo comunicativo del paciente.

2. Definición del problema

El terapeuta debe precisar de modo concreto el problema y el sistema interactivo disfuncional que lo mantiene, centrando el problema en la observación de la persona y de la explicación que hace de su problemática del modo más claro y definido posible.

Para la definición y valoración del problema, es importante tomar en cuenta algunas categorías generales de los problemas. Según Cireeiiberg (1980, en Nardone & Watzlawick, 1990) los problemas en que se debaten las personas son:

- a. La interacción entre el sujeto y sí mismo
- b. La interacción entre el sujeto y los demás

- c. La interacción entre el sujeto y el mundo. El contexto es el medio del cual vive el sujeto, como el ambiente social, las normas, los valores, etc.

Estas tres dimensiones son consideradas en un proceso circular, donde la influencia de alguna de las dimensiones puede afectar mayormente al paciente y de ser así, habrá de ser la primera área de intervención de la cual se modificará todo el sistema perceptivo-reactivo.

3. Objetivos de la terapia

Plantear los objetivos del proceso permite tener una guía metodológica para el terapeuta, teniendo una orientación precisa, con objetivos que se alcanzarán de forma gradual y que permitirán verificar y controlar el trabajo. Si las expectativas del paciente son positivas y confiadas, puede mejorar la capacidad de éste para llevar a cabo las tareas necesarias.

4. Individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema

En esta fase, es menester buscar los puntos de apoyo más provechosos en los cuales sostenerse para obtener el cambio de la situación problemática. Para ello se observa cómo se soporta el problema y cuál de los factores que lo sostienen han de ser considerados como el foco en el que hay que intervenir con mayor probabilidad de éxito. Para producir rápidamente un cambio, se puede intervenir en las soluciones disfuncionales utilizadas por el paciente para resolver el propio problema. También podría ser útil valorar las interacciones sociales que pueden influir en las soluciones ensayadas por el paciente o añadirse a ellas.

En el sistema perceptivo-reactivo, el terapeuta debe valorar si es más eficiente intervenir directamente sobre el paciente y produciendo, por reacción en cadena, la modificación de todo el sistema relacional interpersonal, o si sería más eficaz intervenir sobre el sistema de relaciones interpersonales familiares, que a su vez modificará, como consecuencias del cambio de las secuencias interactivas de varias personas, el sistema perceptivo-reactivo de la persona individual.

5. Programación terapéutica y estrategias de cambio

Un supuesto del enfoque estratégico de la terapia es que ésta debe adaptarse al paciente y no el paciente a la terapia. Por tanto, el terapeuta prepara las estrategias que sabe han tenido éxito anteriormente, pero, las adapta a las características peculiares del paciente, seleccionando o construyendo procedimientos *ad hoc* para un caso determinado.

Las intervenciones, indirectas o encubiertas, proveen un cambio en ocasiones mucho mayor que el que prevé el cliente, pues dentro de las propuestas sistémicas, incluso el cambio de un pequeño detalle produce según las leyes de la teoría de los sistemas, un desequilibrio y una modificación en el interior del sistema.

Desde esta propuesta, existen dos grandes categorías orientadas a la intervención

1. Acciones y comunicación terapéutica
 - a. Aprender a hablar el lenguaje del paciente
 - b. La reestructuración
 - c. Evitar las formas lingüísticas negativas
 - d. El uso de la paradoja y la comunicación paradójica
 - e. El uso de la resistencia
 - f. Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico
2. Prescripciones de la conducta
 - a. Directas
 - b. Indirectas
 - c. Paradójicas

La definición de las intervenciones se presenta en la tabla número 1.

Tabla 1. Parte 1

Categorías de intervención del enfoque estratégico

Categoría	
1. Acciones y comunicación	
Intervención	Definición
Aprender a hablar el lenguaje del cliente	Se retoman las ideas de la <i>hipnosis ericksoniana</i> para poder aprender y emplear el lenguaje del paciente, esperando adquirir del cliente el mismo lenguaje y formas de representar la realidad para influir en su comportamiento
La reestructuración	Se refiere a codificar de nuevo la percepción de la realidad de una persona sin cambiar el significado de las cosas, aunque si su estructura. Si cambia el marco, indirectamente también el significado. Pueden ser actos comunicativos verbales o en acciones.
Evitar las formas lingüísticas negativas	Significa que debe evitarse hacer pronunciamientos negativos respecto a la conducta o idas del paciente puesto que hacerlo, el cliente puede sentirse culpable y producir reacciones de rigidez y rechazo
El uso de la paradoja y la comunicación paradójica	Es un tipo de trampa lógica contraria a la lógica racionalista clásica. Busca alterar los círculos viciosos y recurrentes de las soluciones intentadas poniendo en crisis el sistema preexistente de percepciones de la realidad.
El uso de la resistencia	Se refiere a que, ante la rigidez de un cliente, la resistencia se prescriba convirtiéndose en cumplimiento. Por ejemplo, ante la premisa “usted no es capaz de librarse de x” el cliente realiza aquello que el terapeuta dijo que él no es capaz de hacer.
Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico	Es una estrategia en la que se comunican mensajes aprovechando la forma indirecta de la proyección y la identificación que una persona pone en práctica ante los personas y situaciones de un relato.

Tabla 1. Parte 2

Categorías de intervención del enfoque estratégico

Categoría	
2. Prescripción de la conducta	
Prescripciones directas	Son indicaciones claras y directas de acciones que hay que hacer y que pueden resolver el problema presentado. Es útil para personas muy colaboradoras y con escasa resistencia al cambio
Prescripciones indirectas	Son imposiciones de comportamiento que enmascaran su verdadero objetivo: se prescribe hacer algo con el fin de producir otra cosa distinta a lo solicitado.
Prescripciones paradójicas	Se refiere a prescribir el comportamiento sintomático mismo, de esta forma la persona tiene que hacer voluntariamente aquello que es involuntario o incontrolable y que siempre trata de evitar. Ante un problema que se presenta como espontáneo e irrefrenable, resulta eficaz prescribir ese mismo comportamiento, pues de esta manera se coloca a la persona en una misma situación paradójica de tener que realizar voluntariamente aquello que es involuntario o incontrolable.

La postura del paciente

Para Wittezaele y García (1994), el terapeuta debe identificar una actitud principal del paciente, una orientación general, o una especie de vector de motivación que indique el sentido y la amplitud de su relación con el problema y con la intervención terapéutica. La postura es importante porque representa una inclinación interna de los pacientes, que puede ser útil para estimular la aceptación y puesta en práctica de las intervenciones. La postura incluye las creencias del paciente. De acuerdo con Fisch, Weakland y Segal (1982), las posturas más útiles son las que se hallan fuertemente arraigadas. Estos autores, proponen diferentes posturas que afectan significativamente al tratamiento. El cliente, se considere o no

paciente, puede asumir una de estas dos posturas: el problema se manifiesta de forma dolorosa, por lo cual es urgente un cambio, o bien, el estado de situación es indeseable pero no incómodo en exceso y no requiere un cambio. También existen otras categorías que estos mismos autores proponen:

- Mantienen una postura pesimista con respecto a la solución del problema
- Manifiestan que el problema es difícil, pero puede ser afrontado
- Toman una postura exagerada sobre lo que se debe conseguir, o sea, tener una vida libre de las cadenas de la cotidianidad
- Se convierten en receptores pasivos de la sabiduría y de los consejos del terapeuta
- Son activos en el tratamiento, el terapeuta es una caja de resonancia pasiva
- Buscan ayuda a través de una actividad y una responsabilidad recíproca entre paciente terapeuta
- Asumen una postura en la que piensan que se requiere debate
- Exigen una acción determinada de su parte
- Consideran que los problemas se resolverán utilizando el pensamiento racional o sentido común
- Esperan que se solucionen las cosas por medios mágicos o inesperados
- No creen que la psicoterapia sirva como alternativa
- Consideran que tienen un problema, pero no están dispuestos a permitir que el terapeuta tome las decisiones fundamentales para el proceso

Prestar atención a la postura de los pacientes ayuda a comprender la experiencia subjetiva del consultante, incluyendo sus fortalezas y limitaciones. Esto en relación con la propuesta de Milton Erickson de terapia a la medida. Para Fisch, Weakland y Segal (1982), es necesario considerar las creencias, premisas o teorías que el paciente puede tener respecto a su problema y soluciones, si estas no son tomadas en cuenta, las estrategias utilizadas causaran resistencia, y también provocara una pérdida de tiempo por no haberlas considerado.

Intervenciones

Una de las propuestas de la terapia breve para solucionar los problemas, deriva en dos alternativas: la primera de ellas es impedir que el cliente o las personas que lo rodean lleven a cabo una conducta que permita la continuación del problema, o, para ciertos casos, la segunda alternativa consiste en rectificar la opinión del cliente acerca del problema para que éste ya no sea visto como perturbador o con la necesidad de requerir un tratamiento. La intervención siempre está guiada bajo la necesidad de cambio.

Para Fisch, Weakland y Segal (1982), las intervenciones puede ser sencillas sugerencias directas o peticiones para modificar la conducta, sobre todo para aquellos pacientes que muestran cierta docilidad, la cual resulta más probable si a) el cliente ha expresado con toda claridad que espera que el consejo y la ayuda del terapeuta le ayude con su angustia y b) ya ha manifestado con anterioridad esta docilidad al contestar las preguntas del terapeuta. Para estos autores, las intervenciones pueden clasificarse en dos grandes categorías: las intervenciones principales y las intervenciones generales

A. Las intervenciones principales

Para poner en marcha estas, es necesario tener los datos suficientes y haberlos integrado en un plan según las necesidades específicas del paciente. Estas intervenciones buscan interrumpir la solución que ha sido ejecutada sin éxito.

1. El intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo

El problema por el cual llega el paciente, es definido como una dolencia relativa a él mismo y no a otra persona. Incluye los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico: rendimiento sexual, funcionamiento intestinal, función urinaria, temblores, tics, espasmos musculares, problemas del apetito, tartamudeo, dolor que no parece tener alivio, dificultades respiratorias, insomnio, sudor excesivo, problemas carácter, obsesiones y compulsiones, bloqueos mentales o problemas de memoria. Generalmente estas perturbaciones se corrigen en un tiempo breve de forma espontánea, sin embargo, el cliente le ha dedicado

mucho tiempo y esfuerzo para obtener un resultado que solo llegará de forma espontánea. Es probable conseguir la solución cuando el paciente sencillamente renuncia a sus intentos de auto coacción y deja de esforzarse tanto.

Para estos casos, es poco útil pedirle que deje de esforzarse por solucionarlo. En cambio, se le pedirá que renuncie a una conducta concreta cuando se le pide que lleve a cabo otra conducta que interfiera con la que se desea eliminar, de modo que los dos conjuntos de conductas se excluyan mutuamente. Posponer llegar al objetivo (como, por ejemplo, conciliar el sueño) permite planificar su deliberada aparición, estando en condiciones de advertir lo que hasta ahora no había logrado percibir. También puede ser útil definir esa situación indeseada como algo beneficioso.

2. El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo

En este tipo de casos, existe un terror o ansiedad exacerbado y puede darse en casos de fobias, timidez, áreas creativas, o en el rendimiento. Generalmente estas dolencias son autorreferenciales y no suelen intervenir otras personas. El intento básico de solución consiste en preparar al paciente para el acontecimiento temido, de modo que perciba que tiene un dominio gracias a la antelación. Para llevar a cabo esta intervención, es necesario crear directivas y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al mismo tiempo que se le exige una ausencia de dominio (o un dominio incompleto) de ella. Es decir, exponer al paciente a la tarea temida, al mismo tiempo que se le impide que la acabe con éxito.

3. El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición

En este caso, existen problemas en la relación interpersonal que requiere una colaboración mutua. Por ejemplo, las peleas conyugales, los conflictos entre padres e hijos pequeños, adolescentes con conflictos con sus padres, disputas entre compañeros de trabajo o problemas de padres de edad avanzada con hijos adultos. Generalmente, al menos una de las partes exige a la otra que se le trate como si fuesen superiores. Para interrumpir esta pauta, a la persona que solicita la ayuda,

se le pide que se coloque en una actitud de inferioridad, es decir, en una postura de debilidad.

4. El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación

Esta solución es útil para aquellas situaciones donde las personas no expresan abiertamente lo que desean pues lo consideran dictatorial, o como una intromisión a la integridad de la otra persona, lo que deriva en caer en la premisa “Me gustaría que lo hiciese, pero todavía más que quisieras hacerlo”. Una persona intenta obtener la sumisión de otra, mientras que niega que está pidiendo tal sumisión. La estrategia de solución consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga de forma directa, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario.

5. La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa

Los problemas referidos para esta intervención, surgen cuando alguien sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes considera equivocado, como una infidelidad, exceso en el consumo de alcohol, delincuencia. Estas acusaciones deriven en una pauta, donde el sujeto A acusa al B, B refuerza su defensa confirmando las sospechas en A, por lo que A continúa acusándolo. Para poder dar fin a esta clase de juego, es necesario que una de las partes abandone su rol repetitivo. Generalmente esto se logra si el defensor cae en cuenta de que el acusador está equivocado y que la solución es que acepte las acusaciones en un grado en que parezcan absurdas.

B. Las intervenciones generales

Las intervenciones generales pueden ser el preámbulo para futuras terapias más específicas. Incluso puede ser que adoptarlas pueda ser suficiente para solucionar el problema.

1. No apresurarse

Consiste en pedirle al cliente que no haga nada en concreto, es decir, que no se apresure en la solución del problema, siendo esta una de las técnicas más

utilizadas. Esta indicación suele darse desde la primera sesión, sobre todo para aquellos pacientes que suelen esforzarse mucho, o que suelen presionar al terapeuta para ofrecer una acción curativa inmediata mientras que ellos adoptan una postura más pasiva o poco colaborativa. Cuando los pacientes llegan a la siguiente sesión informando sobre una mejora específica, es importante adoptar esta postura, excepto en casos específicos.

2. Los peligros de una mejoría

Este tipo de intervención suele aplicarse a determinadas clases de resistencia del paciente. Se le pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema, y aunque este afirme que no habrá ningún peligro, el paciente debe exponer que es posible que ocurra algún inconveniente, tanto para él como para las personas que lo rodean.

Es posible que esta intervención sea suficiente para solucionar el problema, pues el paciente comprueba que la mejora no es un lecho de rosas, sintiéndose menos obligado a sobre exigirse en su rendimiento, consiguiendo cierta distensión. Al dejar de esforzarse tanto, es posible que desaparezca la dolencia.

3. Un cambio de dirección

Supone que el terapeuta cambie de postura, directriz o estrategia, ofreciendo al cliente una explicación de la razón por lo cual lo hace. Un ejemplo común de cambio de dirección, es hacer una consulta con otro terapeuta “más experimentado”.

4. Cómo empeorar el problema

Cuando el cliente se ha resistido a sugerencias anteriores, o se muestra reticente a probar algo nuevo, el terapeuta ofrece una sugerencia diferente, enfocada no en cómo se resolverá el problema sino en la forma en que el problema empeorará. Sugerir específicamente en qué forma puede lograrse que el problema empeore, lleva al cliente a volverse más consciente de lo que sucedería si continúa realizando las mismas acciones, poniendo en evidencia cómo el paciente desempeña un papel activo en la persistencia de su problema.

Con base en todo lo mencionado, puede observarse que la Terapia breve centrada en problemas es un modelo orientado hacia la extinción de los síntomas y la resolución de los problemas, mediante una reestructuración y modificación del modo de percibir la realidad y de los comportamientos. Las técnicas y estrategias propuestas por los diferentes expositores de la misma, son opciones de tratamiento para las problemáticas del personal de salud en tiempos de pandemia, pues, entre sus virtudes, es una terapia breve, lo que la vuelve eficaz porque se enfoca en un estado específico o en un determinado objetivo.

Por otra parte, la Terapia breve centrada en soluciones, ofrece técnicas e intervenciones que se complementan con la Terapia breve centrada en problemas, pues comparten bases epistemológicas y teóricas. Este modelo se describirá en el siguiente apartado, abordando sus antecedentes, premisas, modelos de relación entre el terapeuta y cliente, las técnicas e intervenciones.

1.2.2 Terapia breve sistémica centrada en soluciones

Antecedentes del modelo

El modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS), comienza a tomar vida a mediados de los años setenta, en el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) de Milwaukee, Wisconsin, en Estados Unidos. El equipo estaba encabezado por Steve de Shazer y entre sus colaboradores más destacados se encontraban Insoo Kim Berg, Jim Derks, Elam Nunnally, Marilyn LaCourt, Eve Lipchi, Marvin Winer y Alex Molnar. Más adelante, se incorporan Wally Gingerich, John Walcer y Michele Wainer-Davis. De acuerdo con Eguiluz (2004), Steve de Shazer y William O'Hanlon, son dos autores que se distinguen dentro de este modelo por sus métodos particulares que buscan explorar y evidenciar las soluciones, capacidades, aptitudes y excepciones. Este modelo, se encuentra influido por el trabajo clínico de Erickson, las ideas teóricas de Gregory Bateson y las propuestas del Mental Research Institute (O'Hanlon, Weiner-Davis, 1990; Selekman, 1996).

A diferencia del grupo de MRI, la Terapia Breve centrada en soluciones adoptó un enfoque ecosistémico, en el cual se reconocía que los terapeutas no pueden ser objetivos en sus intervenciones ni en sus evaluaciones, por lo que el terapeuta y el equipo son participantes o integrantes del sistema terapéutico que construirá junto al cliente o la familia, nuevos patrones interaccionales, dejando de lado la supuesta experticia del terapeuta (Lipchik, 2002). Otra diferencia entre ambos modelos, es que, en las conversaciones centradas en soluciones, no suele hablarse los problemas u obstáculos, sino de los cambios o metas a futuro (Furman, 2021).

El equipo que da lugar a la TBSC, tomó como bases el construccionismo, incluyendo algunas ideas de Watzlawick y de la epistemología ecosistémica. El constructivismo es una perspectiva epistemológica donde la mente y la realidad construida reside en el sujeto, es decir, la mente individual construye la realidad. La información que se recibe a través de los sentidos (la visión, audición, etc.) tienen un papel fundamental porque a partir de ellos hacemos observaciones y descripciones, haciendo categorizaciones consensuadas de cosas y hechos. Por otro lado, los significados son interpretaciones, conclusiones, creencias y atribuciones derivadas de, impuestas a, o relacionadas con, esas cosas y hechos percibidos. Las personas atribuyen esos significados a las situaciones, y nuestras expectativas y creencias influyen sobre la conducta, haciendo caer en el juego del autocumplimiento (Cade & O'Hanlon; 1993).

Premisas y principios básicos

Entre los principios de este modelo (de Shazer, 1984; O'Hanlon, 1999; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989; Lipchik, 2002; Bertrando & Toffanetti, 2004) se encuentran:

- 1) Cada cliente es único
- 2) Las personas cuentan con todos los recursos necesarios para dar solución a sus problemas; la función del terapeuta consiste en facilitar el reconocimiento y utilidad de los recursos

- 3) Nada es totalmente negativo
- 4) No existe la resistencia, más bien hay formas diferentes de respuestas
- 5) No se puede cambiar a los clientes, solo pueden cambiarse a sí mismos
- 6) La terapia centrada en soluciones trabaja lento
- 7) No hay causa y efecto
- 8) Las soluciones no necesariamente tienen que ver con el problema y no es necesario saber nada del problema presentado
- 9) Las emociones son parte de cada problema y cada solución
- 10) El cambio es constante e inevitable, un cambio pequeño puede llevar a cambios más grandes: un cambio en una parte del sistema puede producir un cambio en otra parte del sistema
- 11) Es necesario comprender la visión que tienen los clientes de lo que les sucede, más que centrarse en las visiones que tiene el terapeuta
- 12) Los problemas derivan de cómo actúan y reaccionan las personas; no implica necesariamente un origen patológico
- 13) Para conseguir el cambio, una condición necesaria y suficiente es que el cliente se comporte de modo diferente o vea las cosas de manera diferente
- 14) No se puede cambiar el pasado, así que se debe concentrar en el futuro
- 15) En la práctica orientada a soluciones, es importante hacer que las personas realicen alguna acción, casi siempre de tipo observable, aunque a veces puede ser interior
- 16) Se debe procurar encontrar un cambio positivo y estimularlo

Modelos de relación terapeuta-cliente

En la entrevista se desarrollan diversas relaciones, el término "cliente" se divide en tres grupos (de Shazer, 1985):

1. Visitante.

Esta categoría se denominó así porque el cliente tiene a alguien a quien visitar, debido a que alguien más les dijo que vieran a un terapeuta o los llevan. Pueden ser enviados por la escuela, los padres, un juez, etc.

Al no haber problema con el cual trabajar, no puede comenzar la terapia y sería un error por parte del terapeuta intervenir ya que se establece la clásica “relación de resistencia”. Pensar la situación como una “visita” es más útil que pensar que tiene “clientes involuntarios” a quienes tiene que convencer de necesitar terapia.

Puede ser útil el modo de entrevistar con las siguientes pautas:

- a) Ser lo más simpático posible
- b) Siempre estar de parte de la persona entrevistada
- c) Buscar lo que funciona en vez de lo que no funciona

2. Demandantes

Se refiere a los clientes que presentan una queja. Es el rótulo para codificar una relación de tipo comercial, en la que el cliente ha desarrollado una expectativa de solución como resultado de la entrevista.

Se les pueden dar tareas en las que han de cooperar, a diferencia de los visitantes. A veces seguir invitando a los visitantes obstaculiza la terapia y es mejor invitar a la siguiente sesión sólo a los demandantes.

3. Compradores

Son los tipos de clientes que tienen a alguien a quien comprarle algo. Cuando el demandante da claras muestras de que no sólo tiene disposición, sino que quiere hacer algo entonces es un “comprador”. Se diferencian de los demandantes por el modo de describir su situación y objetivos. El terapeuta puede encargar tareas conductuales con alto grado de confianza que el comprador ejecutará y encontrará de utilidad.

Para los compradores las tareas serán de conducta y para los demandantes de observaciones o reflexivas.

Aunque las relaciones pueden cambiar y evolucionar, un indicio puede ser la ejecución de las tareas, si informan en términos de conducta, entonces poner tareas conductuales y si es en términos perceptuales o conceptuales, evitar tareas conductuales.

Intervenciones básicas de Steve de Shazer

De Shazer (1995) presenta varias prescripciones invariables que desarrollo junto a su equipo para dar atención a una amplia gama de problemas. Estas intervenciones buscan impulsar la iniciación de algunas nuevas pautas de conducta:

- La técnica de la bola de cristal. Erickson desarrolló la técnica y describió su empleo en un principio. De Shazer la modifica y utiliza desde mediados de 1974, considerando que la misma se emplea para proyectar en el cliente un futuro en el que tiene éxito, es decir, donde la queja ha desaparecido. Para ello, ve su futuro, de manera metafórica, en una bola o serie de bolas de cristal, impulsándolo a una conducta diferente.
- Escribir, leer y quemar. Desarrollada en 1969, esta prescripción se utiliza cuando el cliente informa está obsesionado con un evento desafortunado. Se le pide que todos los días, en un lapso de una hora a hora y media, escriba en los días impares, todos sus buenos y malos recuerdos sobre el evento. Los días pares, debe leer las notas del día anterior y quemarlas. Si esos pensamientos aparecen en otro horario, debe decirse a sí mismo que “pensaré sobre esto en el horario que corresponde”.
- La tarea de la pelea estructurada. Propuesta en 1974, esta fórmula mostró ser útil en el proceso de promover la solución cuando ambos miembros de una pareja, se quejan de sus disputas o peleas. En esta tarea, se les dice que deberían tener una pelea estructurada en la que cada parte pueda decir lo que tenga que decir durante una cantidad un determinado tiempo sin que nadie le interrumpa. El orden de las intervenciones se echará a la suerte

mediante una moneda o algo similar. Si deciden hacer otra ronda, deberán estar en silencio por un determinado tiempo antes de empezarla.

- Haga algo diferente. Esta tarea fue creada en 1978. Se busca que los clientes lleven a cabo conductas que no han implementado cuando han tratado de solucionar el problema. Puesto que no se prescribe una acción particular, los clientes pueden optar entre una amplia gama de modos posibles de cooperar.
- “Preste atención a lo que hace cuando supera el impulso de...” El terapeuta le pide al cliente que preste atención a lo que hace cuando logra superar el impulso que lo lleva a actuar de una forma que no quiere.
- Tarea de fórmula de la primera sesión. Con esta prescripción se solicita al cliente o la familia, que, entre el momento de la sesión y el próximo encuentro, observe y describa lo que ocurre en su familia/vida/matrimonio/relación que quiere que continúe.

El mapa central o árbol de decisiones

En 1985 de Shazer publica una propuesta de intervención basado en una especie de mapa, aunque también lo define como una teoría. Esta teoría está centrada en la esfera de la acción, basada en el inventario de semejanzas y diferencias descritas en las entrevistas del modelo de soluciones. Esta propuesta incluye un conjunto de proposiciones utilizadas como principios de descripción para un modelo de terapia breve centrado en la solución.

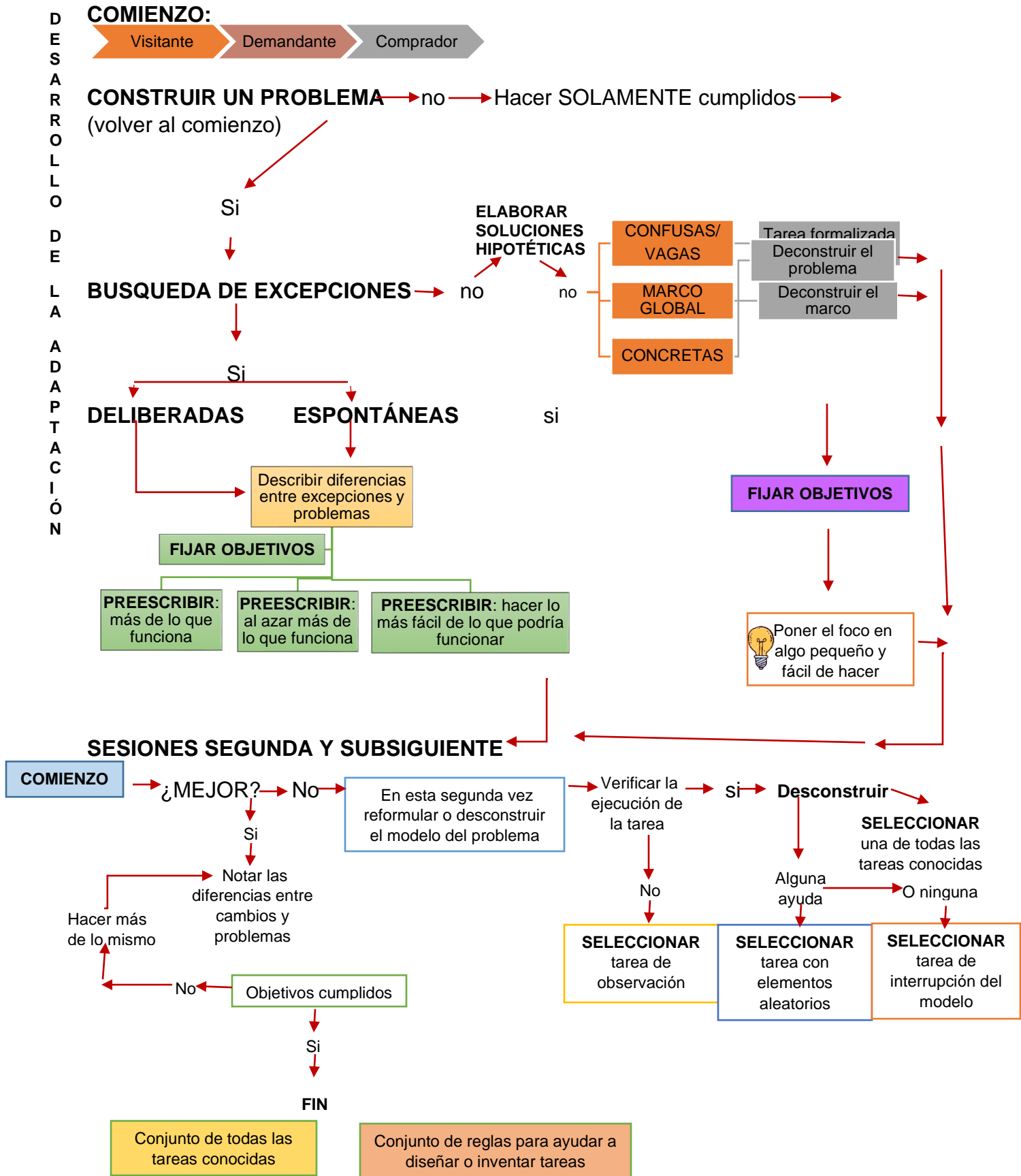
Como se observa en la figura 1, este árbol de decisiones indica una serie de pasos a seguir en forma de mapa (de Shazer, 1985). Es importante mencionar que los pasos no son una serie lineal sino implican un proceso más bien circular.

1. Durante la entrevista se desarrollarán diversas relaciones, por lo que el primer paso será definir si el cliente es visitante, demandante o comprador
2. Construir el problema de forma clara. Si no se ubicará alguno, resulta fundamental hacer solamente cumplidos y volver al comienzo del mapa

3. Buscar excepciones. La conversación debe centrarse en aquellas cosas acertadas o útiles que hace el cliente. Las excepciones pueden ser descritas de forma deliberada o espontaneas, en ambos casos se debe describir la diferencia entre excepciones y problemas
4. Definir objetivos. Ayudan a determinar cómo, tanto el cliente como el terapeuta, se darán cuenta de que el problema está resuelto. El establecimiento de objetivos específicos permite que estos sean percibidos como alcanzables y menos difíciles de conseguir. Los objetivos deben ser significativos para la persona, y se establecen operacionalmente comenzando por un pequeño paso y fácil de realizar
5. Desconstruir el marco global. Las excepciones y su relación con el objetivo le permiten al terapeuta y al cliente poner foco durante el proceso. También es útil crear dudas sobre los marcos de referencia globales (definir) porque suponen un proceso de desconstrucción del marco. Buscar excepciones e imaginar un futuro en donde no está el problema, implica un quiebre del marco de referencia
6. Prescribir. Hay tres posibles acciones: hacer más de lo que funciona, al azar y hacer lo más fácil de lo que podría funcionar
7. Dar seguimientos de las cosas que ha hecho el cliente y verificar si se están alcanzando las metas
8. Si no se expresa una mejor, se verifica la ejecución de la tarea

Figura 1.

El mapa central o árbol de decisiones (tomada de Shazer, 1985)



Técnicas e intervenciones

En el desarrollo de la Terapia breve centrada en soluciones, se han construido diferentes técnicas (Fuman, s/f; de Shazer, 1987; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Cade & O'Hanlon, 1993; de Shazer, 1994; O'Hanlon, 1999; Berg & Dolan, 2001; Beyebach, 2006), las cuales se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Parte 1

Técnicas, objetivos y descripciones del modelo de TBCS

Técnica	Objetivo
Normalización	Influir sobre el consultante de tal forma que le lleve a reformular que su situación no es tan mala como pensaba, orientándolo hacia la solución y facilitando el camino hacia el cambio
Utilización	Centrarse en el marco de referencia del paciente para recuperar lo que sea útil para el cambio
Analogía, metáfora y las tareas metafóricas	Activar pautas asociativas inconscientes que presentan ante la conciencia un dato o respuesta conductual aparentemente nuevo. Pueden usarse para amplificar algo que el terapeuta puede transmitir y pueden transmitirse también utilizando anécdotas, parábolas y relatos o prescribiendo tareas que aparentemente no están conectadas a la queja real, pero que están diseñadas para adecuarse la manera de cooperar de la familia
Elogios	Localizar y destacar tendencias positivas de cuando el cliente hace algo positivo que promueve las soluciones
Reencuadre	Mdificar el punto de vista conceptual y/o emocional desde donde se experimenta una situación, sin modificar los hechos, pero sí su significado. Al hacerlo, aparecen un nuevo conjunto de conductas, creencias, expectativas subjetivas y percepciones
Desarrollo de la adaptación	Realizar un proceso recíproco en el que participan tanto el terapeuta como las personas con las que conversa y durante el cual llegan a tenerse confianza mutua, se prestan atención recíprocamente y aceptan la concepción del mundo del otro como válida, valiosa y significativa

Tabla 2. Parte 2

Técnicas, objetivos y descripciones del modelo de TBCS

Técnica	Objetivo
Escala de cambio	Generar información de utilidad para los clientes, ya que permite establecer metas, identificar avances y atribuir la responsabilidad por los cambios conseguidos
Pregunta milagro	Traer recursos para llevarlos a cabo llevando al paciente al futuro para ver el cambio posible. “Mientras está durmiendo ocurre un milagro. El problema que lo impulsó a buscar ayuda se ha resuelto. Pero como usted estaba durmiendo no puede saber que sea ha producido el milagro. ¿cómo sabría que se produjo?”
Preguntas presuposicionales	Buscar influenciar sobre las percepciones de los clientes dirigiendo a las soluciones mediante el uso cuidadoso del lenguaje y a través de preguntas abiertas, Son preguntas que se hacen durante la sesión utilizándolas como intervenciones. En vez de “¿Pasó alguna cosa positiva?” preguntar: “¿Qué cosas positivas sucedieron?”
Tarea de fórmula de la primera sesión	Fomentar nuevas conductas y percepciones al crear las expectativas del cambio en el futuro “Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, a nosotros nos (a mí me) gustaría que observarás, de modo que puedas describírnoslo (describírmelo) la próxima vez, lo que ocurre en tu (elijase una de las siguientes: familia, vida, matrimonio, relación) que quieres que continúe ocurriendo”

Tabla 2. Parte 3

Técnicas, objetivos y descripciones del modelo de TBCS

Técnica	Objetivo
Tarea sorpresa para parejas o familia	Introducir el azar en las pautas en las relaciones para que las cosas se vuelvan más impredecibles <i>“Haz al menos una o dos cosas que sorprendan a tus padres (cónyuge, en terapia de pareja). No les digas qué es. Papás su tarea consiste en adivinar qué es lo que él está haciendo. No comparen sus notas haremos eso la próxima sesión.”</i>
Tarea genérica	Crear una expectativa de cambio <i>“Fíjate qué ocurre en la semana que te da _____ (objetivo planteado)”</i>
Búsqueda de excepciones	Orientar al consultante a las cosas que ya está haciendo bien. Buscar situaciones donde no se presenta la queja, se presenta la queja en menor medida o esta no aumenta
Atribución del control	Propiciar que el consultante se dé cuenta que tiene el control sobre las soluciones y sus recursos <i>“Lograste controlar la cantidad de cigarros ese día, ¿cómo le hiciste?”</i>
Pseudotemporalidad	Poder dirigir mediante la conversación poder dirigir a la persona en el tiempo con énfasis al futuro deseable donde ya no esté el problema
Creación de un contexto de competencia	Acceder a las capacidades y transferirlas a otros contextos
Deconstrucción	Crear e crean dudas sobre los marcos de referencias globales que suponen un proceso de deconstrucción del marco
Confusión	Pedir claridad y especificad, requiriendo pensamientos, sentimientos y conductas que se aparten de las que se utilizan habitualmente. Es una versión de la técnica de desconstrucción
Intervención sobre el patrón de la queja	Alterar el propio patrón de la queja introduciendo alguna modificación pequeña en el desarrollo de la queja

Tabla 2. Parte 4

Técnicas, objetivos y descripciones del modelo de TBCS

Técnica	Objetivo
Tipos de intervenciones para alterar el patrón de la queja	Cambiar la frecuencia o tasa de la queja
	Cambiar el tiempo de ejecución de la queja
	Cambiar la duración de la queja
	Cambiar el lugar en donde se produce la queja
	Añadir al menos un elemento nuevo al patrón de la queja
	Cambiar la secuencia de elementos / eventos en el patrón de la queja
	Descomponer le patrón de la queja en elementos más pequeños
	Unir la utilización de la queja a alguna actividad gravosa

En síntesis, este modelo está basado en la idea de que no es importante determinar los problemas sino encontrar las soluciones. Para ello, sus autores proponen una serie de intervenciones que pueden ser aplicables a diferentes situaciones apoyándose en los recursos de cada paciente.

Con respecto a la atención psicológica que han recibidos los profesionales de salud a partir de la emergencia sanitaria, se han documentados algunos protocolos de atención a nivel internacional y nacionales, los cuales se describirán en el siguiente apartado, además de mencionar posteriormente algunas recomendaciones hechas por especialistas y organizaciones como la Sociedad Española de Psiquiatría, la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud.

1.3 Propuestas de atención psicológica para el personal de salud

En Japón, los investigadores Kameno, Hanada, Asai, Naito, Kuwabara, Enomoto & Yamasue (2020) realizaron un sistema de atención de salud mental para enfermeras que atienden a pacientes hospitalizados por COVID 19. Este sistema

buscó detectar personas con alto riesgo de presentar problemas de salud mental para proporcionarles psicoterapia breve. Para llevar a cabo el procedimiento, se realizaron evaluaciones longitudinales de la angustia, trastornos del sueño, abuso de alcohol y cambios relacionados con el apetito. Cuando se encontraba en el personal de salud un alto riesgo, se utilizaron los primeros auxilios psicológicos, con sesiones individuales de entre 30 y 60 minutos, centradas en las condiciones generales de la vida diaria, como la familia, los compañeros, el trabajo, las preocupaciones cotidianas, el sufrimiento físico y mental, efectos del sufrimiento experimentado por la vida diaria y el trabajo, afrontamiento al sufrimiento, confusión ante lo inusual o desconocido acerca del equipo de protección, inquietudes sobre la comunicación de pacientes infectados y otras inquietudes. Los autores de esta investigación reportaron una mejoría en el nivel de angustia en las enfermeras identificadas como personal de alto riesgo que recibieron psicoterapia en comparación con las que no recibieron dicha atención.

Mellins y colaboradores (2020) desarrollaron un programa de atención en coordinación con la Universidad de Columbia (EE. UU.) para apoyar el bienestar emocional y mejorar la capacidad de recuperación de los trabajadores sanitarios en un centro médico urbano. Esta propuesta basada en el apoyo entre pares estuvo cimentada en tres formatos: grupal, sesiones individuales y reuniones públicas. Las intervenciones propuestas estuvieron sujetas a las etapas de la pandemia. En la primera etapa, marcada como el inicio de la pandemia en la ciudad de New York (marzo del 2020) se abordaron los siguientes temas:

1. El miedo al virus
2. Preocupaciones por la seguridad
3. Preocupaciones por la competencia y las nuevas condiciones de trabajo
4. Aumento de la carga laboral y emocional debido al incremento de los casos

La etapa dos, correspondió a los meses de abril y mayo del 2020:

1. Manejo de las reacciones emocionales relacionadas con el trauma
2. Duelo
3. Culpabilidad

4. Estrés y manejo de responsabilidades laborales / personales
5. Esperanza y apoyo confirmó se adaptaron a la intervención

La etapa tres, concernió a la reintegración y recuperación, en los meses de junio y julio.

1. Adaptación y cambio continuo en el trabajo
2. Frustración y miedo relacionados con problemas sociales y de salud pública en el país

La etapa final, correspondió a *lo inesperado*, referente a un posible suicidio de un trabajador de salud.

Las intervenciones utilizadas fueron el etiquetamiento y validación de emociones, control, soporte, autocuidado, resiliencia, respuestas esperadas al dolor y el trauma, manejo de oleadas de emociones, defensa, dar voz a los problemas de injusticia social y racial relacionados con el estrés, recursos digitales e informativos, psicoeducación, modelo de suicidio, estrés-diátesis, reconocer y reformular la culpa y el estigma sobre buscar ayuda.

Guiados por la investigación sobre el tratamiento del duelo complicado, a los profesionales de la salud se les enseñó a normalizar la gama de emociones emergentes y considerar "dosificar su duelo", eligiendo cuándo hacer una pausa y reconocer las oleadas de sentimientos y cuándo mantener el rumbo con una tarea antes. Además, se reforzó como formas de mejorar la resiliencia volver a comprometerse con los valores profesionales, incluida la decisión de ingresar al campo de la atención médica, discutir aspectos significativos del trabajo y contrarrestar el aislamiento inducido por COVID-19 al conectarse activamente con otros.

En los grupos organizados para líderes, se alentaron a los participantes a pensar en cómo podrían mejorar la cohesión del equipo (por ejemplo, establecer conexiones, hacer preguntas de registro, crear un espacio para expresar gratitud a los colegas, resaltar los logros del equipo), dado que esta dinámica reduce el estrés al fomentar las relaciones interpersonales, calidez, comprensión empática,

sentimientos de pertenencia y apoyo mutuo entre los miembros del equipo. La detección de las reacciones de agotamiento, la ansiedad, la depresión y el trauma y la conexión de los trabajadores sanitarios con la atención de salud mental siguió siendo un objetivo.

Si bien los individuos estaban preocupados por su propia salud, su principal preocupación era la salud de los miembros de la familia.

América Latina

Respecto de los trabajos realizados en América Latina, se encuentra una investigación realizada en Paraguay (Samaniego, Urzúa, Buenahora y Vera-Villaroel, 2020), proyecto que investigó la prevalencia de depresión, ansiedad, insomnio, diestrés y fatiga por compasión en 126 profesionales sanitarios de ese país, trabajadores de diferentes establecimientos de salud, incluyendo médicos, enfermeras, psicólogos y otros profesionales en kinesiología, odontología, auxiliares de enfermería y otros. Los resultados indicaron síntomas moderados y severos en el 32% de la muestra, 32.2 % para depresión, 41.3% en ansiedad, 27.8% en insomnio, 38.9% en diestrés y un 64.3% en fatiga por compasión. Además de corroborar que las mujeres y los menores de edad tienen mayor riesgo de presentar síntomas. Como se ha observado en otras investigaciones (Rossi et. al., 2020; Mellins et al., 2020; Lai, et al, 2020), los efectos y el riesgo en las mujeres es mayor en comparación con los hombres, por lo que estos autores sugieren considerar el género y la interseccionalidad para abordar esta diferencia.

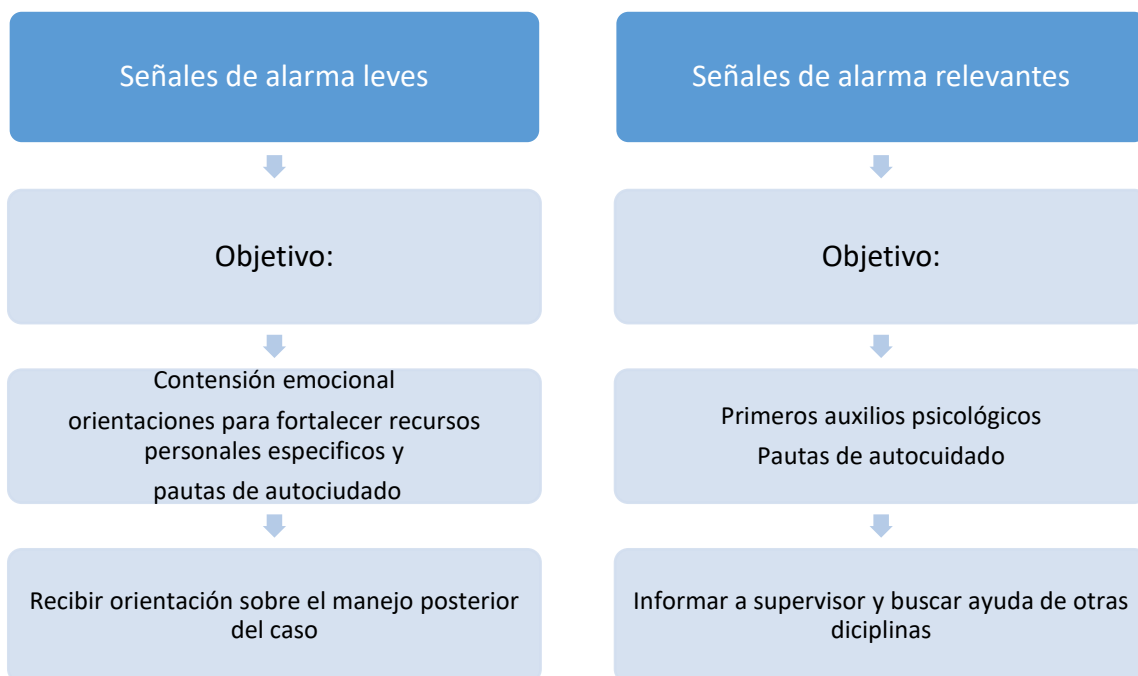
Samaniego, Urzúa, Buenahora y Vera-Villaroel (2020) proponen fortalecer las competencias socioemocionales en las nuevas generaciones de profesionales de salud que vayan más allá de las competencias técnicas necesarias en sus disciplinas, así como evaluar la evolución de la salud mental a medida que aumentan los casos, en particular con el personal de salud de sectores públicos y privados en distintos niveles de atención (primaria y secundaria).

En la provincia de Holguín, Cuba, Gutiérrez et. al. (2020) desarrollaron un protocolo de atención psicológica a distancia para el personal de salud del Hospital

Lucía Iñiguez basados en la bioseguridad y seguridad psicológica de su personal. La intervención psicológica se basó en un algoritmo que permite orientar la psicología de asistencia sobre las acciones que debe emplear según el objetivo de cada etapa: establecer el motivo de consultad, evaluar el estado del paciente mediante un instrumento que enlista sintomatología y a partir de los resultados, establecer el objetivo a lograr. Con la lista de chequeo, se decide si los signos o síntomas constituyen una señal de alarma leve, o si constituyen una señal de alarma relevante. Los pasos se describen en la siguiente figura (2), la cual retoma elementos del algoritmo de trabajo para la atención psicológica a distancia de Holguín (2020).

Figura 2

Algoritmo de trabajo para la atención psicológica a distancia de Holguín, 2020



Entre otros aspectos, aplicar este protocolo permitió observar que el área más afectada resultó la afectiva, en el 100 % de los casos. Los síntomas reportados más frecuentemente fueron la ansiedad, tristeza, dificultad para relajarse y estado de alerta por la salud en todos los casos. Los síntomas diana para desarrollar las

intervenciones que sobresalieron fueron la ansiedad (63,6 %) y la incapacidad para relajarse (36,3 %).

En América Latina, puede existir desafíos importantes en cuanto a la salud mental debido a que la infraestructura de la atención médica, los presupuestos y los patrones de gobernanza son insuficientes debido a que son países de ingresos bajos y medianos. De Sousa, Mohandas y Javed (2020) consideran los países de ingresos bajos y mediano (PIBM), como es caso de México, tienen desafíos de salud mental distintos de aquellos de las naciones desarrolladas. Entre los diecisiete desafíos mencionados, resalta la escasez de personal de atención de salud mental; la necesidad de que distintas asociaciones públicas y organizaciones no gubernamentales participen en la resolución de estos conflictos, los factores psicosociales que permean la vida cotidiana como problemas de hacinamiento, diferentes estructuras familiares, factores interpersonales familiares, ingresos bajos, recortes salariales, desalojo del hogar por falta de pago, exclusión de complejos habitacionales si tienen síntomas de COVID-19, entre otros. Estos investigadores también resaltan la necesidad de ofrecer servicios de salud mental al personal de primera línea, capacitarlos en habilidades comunicativas y en el desarrollo de su resiliencia.

En particular para el caso de México, Juárez (2020) propone cuatro niveles de intervención en burnout y para la salud mental en trabajadores de salud ante la COVID-19:

- a) Nivel individual: tratamientos cognitivo-conductual, fisiológicos y de control de emociones
- b) Nivel grupal: terapias grupales, grupos de reflexión, estrategias de autoayuda colectiva
- c) Nivel institucional: horarios y jornadas adecuadas, dotación de equipos y materiales suficientes, recompensas, apoyo del líder, etc.
- d) Nivel social o macro: programas nacionales de salud mental, normativas de riesgo psicosocial, etc.

También existen factores protectores que evitan la emergencia de problemas emocionales durante la pandemia. Entre ellos está el afrontamiento positivo, con actitudes resolutivas, planeación de soluciones realistas a la problemática enfrentada, autoafirmación e introspección, canalizar los sentimientos que emergen ante el estrés en actividades productivas y el sentido del humor (Muñoz, Molina, Sanchez & Esquivel, 2020).

Recomendaciones para el trabajo con el personal de salud

En una revisión hecha en Colombia sobre diferentes estudios publicados respecto a los efectos de la COVID-19, de inicios del año 2020 hasta marzo del 2022, y en conjunto con algunos expertos en materia, Cantor Cruz y colaboradores (2021), recomiendan para el cuidado del trabajador de la salud durante la pandemia, que:

- El personal desarrolle actividades individuales que faciliten la adaptación de las nuevas exigencias laborales, la gestión emocional, el fortalecimiento social y familiar, el acompañamiento, y tenga acceso a servicios y materiales que contribuyan a la atención a su salud mental
- Reorganice una rutina con espacios de ocio y descanso, incluyendo una desconexión total del ambiente estresor por al menos 10 minutos
- Adopté hábitos adecuados de ingesta y sueño
- Aprenda y ejercite técnicas de gestión emocional cuando experimentan presión y responsabilidad por el lugar de trabajo, atender a una persona sintomática o la posibilidad de contagio y propagación del virus a personas que le rodean: ejercicios diarios de respiración, atención focalizada antes de iniciar y al terminar las actividades asistenciales
- Evite la transmisión de información sin sustento científico, así como la sobrexposición de la misma
- Establezca espacios fijos semanales de contacto social y familiar virtual
- Cuente con apoyo psicoterapéutico y psiquiátrico cuando sea necesario

- Favorezca el afrontamiento de situaciones de discriminación social y disminuir el aislamiento
- Considere espacios virtuales de gestión emocional de forma continua, validándolos y acompañados por un facilitador entrenado

Sumado a estas propuestas, la Sociedad Española de Psiquiatría (2020), considera presentar de forma oportuna atención a las necesidades de apoyo emocional del personal sanitario, por lo que considera relevante:

1. Cuidar las necesidades básicas, incluyendo el comer, hidratarse y dormir regularmente
2. Descansar de las actividades cotidianas
3. Planificar una rutina fuera del trabajo
4. Mantener el contacto con compañeros a fin de acompañarse mutuamente y evitar el aislamiento
5. Respetar las diferencias entre pacientes y compañeros
6. Compartir información constructiva
7. Estar en contacto con la familia y seres queridos
8. Mantenerse actualizado sin dejar de hacer otras actividades físicas o de ocio
9. Autoobservarse para ser consciente de las emociones y sensaciones
10. Limitar la exposición a los medios de comunicación
11. Pedir ayuda cuando sea necesario
12. Utilizar la ventilación emocional, compartiendo emociones con quien transmita seguridad y confianza, con el fin de hacerlas más tolerables y poderlas regular
13. Aplicar estrategias de regulación emocional, como la respiración, atención plena o actividad física
14. No perder las esperanzas y recordar que muchas personas contagiadas presentarán síntomas más leves
15. Reconocer al equipo asistencial, autoreconocer su función y reconocer a los colegas.

Aunado a estas recomendaciones, López (2021) considera retomar las sugerencias que la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud establecen para el cuidado de la salud mental del personal sanitario.

Control del estrés

- Satisfacer las necesidades básicas de los profesionales fomentando un estilo de vida saludable junto al autocuidado
- Realizar ejercicio domiciliario, evitar el exceso de redes sociales e incluir el uso de técnicas como la relajación muscular progresiva o la meditación
- Fomentar la resiliencia
- Brindar apoyo psicológico utilizando técnicas cognitivo-conductual para detener ciclos negativos de pensamientos, controlar los factores estresantes y hacer un uso adecuado de los tiempos
- Adoptar una actitud positiva de solución de problemas

En otra revisión sistemática sobre COVID-19 y personal de salud, William Dullius, Silavana Scostegagna & Lynn McCleary (2021) describieron mecanismos de afrontamientos con lo que cuenta dicho personal ubicando principalmente tres:

a. Soporte social:

Incluye el apoyo de colegas, supervisores, pacientes, amigos, familiares y de profesionales en salud, para hablar sobre las experiencias

b. Prácticas personales:

Considera el evitar el exceso de noticias, realizar un pasatiempo, prácticas religiosas o espirituales, reducir la carga de trabajo y concentrarse en una tarea a la vez, descanso, pensamientos positivos, un estilo de vida saludable y ser altruista

c. Reducción de riesgo por infección

Refiere acciones de cuidado como el usar el equipo adecuadamente, mantenerse actualizado, evitar multitudes y no viajar.

Es así que se han documentado protocolos y estrategias que diferentes centros han desarrollado para dar atención a las demandas de salud mental de su personal sanitario, así como recomendaciones emitidas por diferentes organizaciones para disminuir los efectos colaterales a raíz de la pandemia. No obstante, es menester seguir desarrollando propuestas que puedan ofrecer alternativas de tratamiento para el personal de salud que se encuentra altamente expuesto al contagio.

CAPÍTULO 2. FASE 1. ESTUDIO DE CASO: EXPERIENCIAS DE DOS MÉDICOS EN SU PRÁCTICA ANTE LA PANDEMIA DE LA COVID 19

En este primer apartado, se presenta un estudio de caso para conocer a detalle la experiencia de dos profesionales de la salud en interacción con sus contextos laborales y relacionales, utilizando la entrevista a profundidad. Después se procedió a la transcripción de estas para su posterior análisis de datos, el cual se realizó mediante la reducción de la información por unidades de contenido mediante el criterio temático, para dar paso a la identificación y clasificación de elementos, finalizando en el despliegue, extracción e interpretación de datos mediante el análisis de significados para obtener los resultados.

Los profesionales de la salud se han visto especialmente vulnerable antes estas nuevas condiciones debido a su labor profesional. A pesar de la relevancia de los problemas de salud mental durante las pandemias, es poca la información disponible en el contexto de la COVID-19 (Huarcaya, 2020). Además, estos efectos han sido nombrados desde una postura más cuantitativa, haciendo evaluaciones con algunas escalas que miden ansiedad, depresión y el trastorno de estrés postraumático, entre otras (Lozano, 2020). Asimismo, se han descrito diversas repercusiones en quienes laboran en la primera línea, pero se han limitado los estudios sobre aquellos profesionales que trabajan en otras instancias como centros de salud o quienes laboran en consultorios privados (Huarcaya, 2020).

Realizar un estudio de corte cualitativo, bajo la mirada de la investigación narrativa mediante el estudio de caso permitió ahondar en la subjetividad de las experiencias individuales, buscando los significados que el personal de salud construye respecto a sus interpretaciones, conclusiones, creencias, atribuciones derivadas de, impuestas a, o relacionadas con situaciones o hechos percibidos. Para realizar este proyecto, se realizaron entrevistas, con temas centrales para desencadenar la información relativa a la experiencia de dos profesionales de la

salud en tiempos de pandemia sobre cómo estaban experimentando los cambios en sus relaciones y cómo habían afrontado las repercusiones del distanciamiento social. Las personas entrevistadas fueron un médico psiquiatra y que labora en una institución de la secretaria de Salud y una médica general que presta sus servicios en un centro médico privado.

2.1 Preguntas de investigación

1. ¿Cómo ha sido la experiencia del personal de salud ante esta nueva epidemia respecto de su cotidianidad y a su práctica médica en el trabajo y cómo ha enfrentado este personal las dificultades que su trabajo impone?
2. ¿Cuáles son los cambios que han experimentado respecto de las relaciones con sus familiares y amistades?

2.2 Estrategia metodológica

Se propuso el análisis narrativo como tradición de investigación cualitativa. Se utilizó el estudio de caso como estrategia de investigación debido a que es un proceso de indagación que permite dar cuenta en forma detallada, comprehensiva, sistemática y con profundidad de cada caso objeto de interés (Rodríguez, Flores & García, 1999). Se empleó la entrevista a profundidad como método de recolección de datos.

Tradición y estrategia de investigación

La narración es una construcción social de la que dependen personas para contar sus historias y que toman forma durante la interacción entre la gente a partir del material narrativo disponible en la cultura en la que viven dichas personas (Spearkes & Devís, 2008).

Los estudios narrativos tienen como interés común el examen de las historias de vida o los relatos que las personas, grupos o instituciones que construyen sobre

sus experiencias. Al menos tres elementos serían necesarios para componer un relato en su forma más básica: una situación de inicio, una acción o evento, y una consecuencia. La narración cronológica es el recurso más usual de asociación de eventos. Siguiendo a Ricoeur, una narrativa puede definirse como la secuencia temporal de eventos (Ricoeur, 1984, en Torres, 2018).

La narrativa se refiere principalmente a platicar historias, y el objetivo a investigar es la misma historia. De acuerdo con Cartherine Kohler Riessman (en Álvarez-Gayou, 2003), “el propósito es ver cómo los respondientes en la entrevista le dan orden al flujo de la experiencia para darles sentido a los sucesos y acciones de sus vidas. El enfoque metodológico examina la historia contada, analiza cómo se integra, los recursos lingüísticos y culturales que incorpora y la forma como busca persuadir al escucha de la autenticidad de la historia” (p.2).

La investigación narrativa (Spearkes & Devís, 2008) se trata de una perspectiva de investigación que amplía las formas de investigación cualitativa, pues en su seno se incluyen algunas estrategias metodológicas, como fuentes de recogida de datos y formas de análisis convencionales y novedosas.

El interés en esta perspectiva teórica es porque permite abordar elementos constitutivos de la subjetividad de los participantes que viven circunstancias históricas concretas, en este caso la pandemia COVID-19. Las historias que cuentan son útiles porque aportan información sobre los mundos interiorizados de ellos mismos en cuanto a su labor como profesionales de la salud, permitiendo conocer cómo este nuevo contexto ahora forma parte de su cotidianidad.

Los relatos de las personas no son solo algo personal, también son algo social y cultural (Spearkes y Devís, 2008). Como describe Cortazzio (en Spearkes y Devís, 2008), el análisis narrativo es una ventana abierta a la mente, o si estamos realizando las narraciones de un grupo específicos de relatores, es una ventana abierta a su cultura. De esta forma, el estudio de los casos únicos de estos profesionistas, darán una visión sobre el contexto social y, por ende, a las relaciones familiares y sociales.

El estudio de caso busca el detalle en la interacción de la persona o grupo con sus contextos, dirigiéndose a la particularidad o complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias específicas (Stake, 1998). Para esta investigación, ambos participantes son casos con un interés intrínseco que cuentan con características especiales como el lugar donde laboran, el sexo y la profesión, los tipos de consultantes que atienden y los servicios que ofrecen.

Técnicas de investigación

La técnica elegida para realizar esta investigación cualitativa fue la entrevista. La entrevista es una conversación que tiene un propósito determinado. Desde la investigación cualitativa, se busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado y desmenuzar los significados de sus experiencias (Álvarez-Gayou, 2003). De acuerdo con Sterinar Kvale (citado en Álvarez-Gayou, 2003) el propósito de la entrevista es “obtener descripciones del mundo de vida del entrevistado respecto a la interpretación de los significados de los fenómenos descritos” (p. 109). Este mismo autor propone doce elementos para la comprensión de la entrevista cualitativa. Uno de ellos es el significado, debido a que la entrevista busca descubrir e interpretar el significado de los temas centrales del mundo del entrevistado, mientras que el entrevistador registra e interpreta el significado de lo que se dice y la forma en que se dice.

Se propone utilizar la técnica de la entrevista en profundidad debido a que permite generar, por una parte, una narrativa individual y contextual, y por otra, que la influencia del entrevistador sea mínima, con el fin de respetar al máximo la perspectiva del narrador (Rubiano & Ruíz, 2010). No se diseñó una estructura de entrevista con anticipación, lo único que se preparó fueron los temas centrales iniciales, que actúan como introducción y estímulo para desencadenar la narración sin que haya que estimularla mediante preguntas que interrumpen el flujo del relato (Rodríguez, Gil & García, 1999). El formato de la propuesta puede observarse en el Anexo #1.

Los temas abordados en las entrevistas fueron:

1. Conocer cómo ha sido su experiencia laboral con el inicio de la pandemia

Cuáles son las actividades que hacen desde que llegan al trabajo, qué emociones y pensamientos hay y cómo cambio la dinámica con sus jefes, compañeros de trabajo y con sus pacientes. Cuáles con las interpretaciones y las historias presentes en la nueva normalidad

2. Conocer cómo perciben las formas de relacionarse con sus familiares a partir de la pandemia

Conocer y describir si la interacción aumento o disminuyo, cómo se modificó la comunicación, qué estrategias realizaron para superar los conflictos, qué reacciones tuvieron sus familiares más cercanos, emociones, creencias o pensamientos que pudieron haberse hecho presentes y cómo reaccionaron a estos comportamientos

3. Conocer cómo ha sido su experiencia con respecto a sus amistades

Describir si la interacción aumentó o disminuyó, cómo se modificó la comunicación, qué estrategias realizaron para superar los conflictos, qué reacciones tuvieron sus amistades más cercanas, emociones, creencias o pensamientos que pudieron haberse hecho presentes, cuáles son las interpretaciones y las historias que prevalecen

Los relatos se grabaron, previa autorización de los narradores y se transcribieron en su totalidad conservando en lo posible los modismos, rescatando los silencios, titubeos y pausas de los narradores, entre otros elementos extralingüísticos para tener en cuenta.

También se llevó un diario de campo, que cumple con la función principal de acompañar el proceso de recolección de los relatos, así como su análisis. En este tipo de instrumento de registro se consignan aquellos datos que no pueden ser captados por la grabación, como las reflexiones surgidas en la interacción con los

narradores y los hallazgos considerados más relevantes al término de cada sesión con cada narrador. También incluye el lenguaje analógico.

Debido a las recomendaciones de confinamiento y distanciamiento social de las autoridades sanitarias, las entrevistas no pudieron ser realizadas de forma presencial, por lo que se utilizó la plataforma virtual “Zoom” para tener entrevistas en formato video llamadas, las cuales fueron grabadas en formato de audio y video.

Participantes

Los participantes fueron elegidos para esta investigación de forma deliberada y propositiva. Se describirán en la tabla 3. Ambos son seleccionados porque tienen características especiales por el tipo de trabajo que desempeñan, por la convivencia familiar que tienen y el sexo.

Tabla 3.

Características de los participantes

Nombre	Edad	Sexo	Estudios	Ocupación	Institución	Vive con
Nadia	28	M	Médico cirujano	Médico general	Clínica particular	Ambos padres
Pablo	32	H	Médico cirujano/ Posgrado en psiquiatría/ psiquiatría infantil y adolescentes	Psiquiatra	Secretaria de Salud Pública	Pareja

Previo a la entrevista, se contextualizó a los entrevistados haciendo una breve presentación sobre la entrevistadora, el propósito del estudio y de la entrevista, así como la petición sobre la aceptación de que la entrevista sea grabada, esto solo para fines prácticos asegurando la confidencialidad de la misma. También se les leyó el consentimiento informado.

Análisis de datos

Se realizaron cuatro sesiones de entrevista con cada participante, entre el 2 de noviembre el 1º de diciembre de 2020, a través de la plataforma virtual “zoom”, las cuales se programaron con base en la disponibilidad de los entrevistados. Aunque las entrevistas fueron de forma virtual, los escenarios en donde se encontraban fueron dentro de casa para la entrevistada y en el consultorio para el entrevistado. En la mayoría de los casos la conectividad a internet fue buena, aunque hubo momentos donde la falta de una señal adecuada cortaba la comunicación. Posteriormente, se procedió a la transcripción de las ocho sesiones realizadas, utilizando el procesador de textos “Word 2010” con un formato determinado para cada entrevista. En la sesión número 1 de cada participante, se solicitaron datos sociodemográficos e información general sobre su familia; sin embargo, para evitar identificar su identidad, estos apartados no fueron transcritos

Para realizar el análisis de datos, se llevó a cabo la reducción de la información realizando la separación de unidades de contenido mediante el criterio temático, de acuerdo con las preguntas y objetivos de la presente investigación. Para la identificación y clasificación de elementos, se utilizó principalmente el método inductivo para su posterior codificación (ver anexo #2). Respecto del despliegue de los datos, se realizó una matriz para la posterior extracción e interpretación mediante el análisis de significados.

Aspectos éticos

Esta investigación se realizó con fines académicos y bajo supervisión de docentes de la Residencia en Terapia Familiar, UNAM. Las entrevistas realizadas, y los productos derivados, fueron aprobados por los participantes, a quienes se les cambio el nombre como parte de la protección de la identidad. Ambos leyeron y firmaron el consentimiento informado, en el cual se presenta el objetivo de la investigación, el proceso general para realizar las entrevistas, la protección de la información mediante el anonimato y la confidencialidad y el compromiso de la persona responsable de dicha investigación.

2.3 Resultados

A partir del despliegue y extracción de los datos, se buscó el significado de las historias narradas por los participantes. De acuerdo con los objetivos de esta investigación y en concordancia con las experiencias de ambos entrevistados, emergieron tres unidades principales; Labor clínica médica, Relaciones familiares y Relaciones sociales. Aunado a estas, dos unidades más permitieron una mayor comprensión de sus experiencias como médicos en tiempos de pandemia: Representación de sí mismo y Efectos del confinamiento por la pandemia en la salud. Cada unidad se describirá a continuación para posteriormente describir los resultados.

1. Labor clínica médica. En esta unidad se observan las nuevas rutinas que tuvieron que seguir a partir del inicio del confinamiento, referidas a las actividades diarias en el lugar de trabajo o camino a éste; los protocolos de atención definidos como las acciones para ofrecer los servicios de atención, la modificación de espacios físicos, duración y cantidad de consultas; la atención a los pacientes, considerando el tipo de interacción de acuerdo con sus edades y motivo de consulta; relaciones con el personal de salud, es decir, el trato con el demás personal de salud de la institución correspondiente y por último, las emociones presentes relacionadas a su labor médica.
2. Relaciones familiares. Dentro de esta segunda unidad, se identificaron tres elementos: la convivencia con familiares, abarcando la frecuencia, duración, actividades, espacios, temas de conversación y cercanía física y emocional de cada reunión; las formas de comunicación, es decir, la utilización de redes sociales y medidas para comunicarse; por último, las emociones presentes cuando el personal se relacionaba con sus familiares
3. Relaciones sociales. Referida a las interacciones con amistades, esta unidad contempló tres elementos: la convivencia con amigos, abarcando la frecuencia, duración, actividades, espacios, temas de conversación y cercanía física y emocional de cada reunión, así como las expectativas de

amistades dentro y fuera de sus trabajos y el tipo de interacción según si son o no médicos; las formas de comunicación, es decir, la utilización de redes sociales y medidas para comunicarse; por último, las emociones presentes cuando el personal se relacionaba con sus amistades.

4. Representación de sí mismo. Definido como las creencias, expectativas, emociones o pensamientos sobre su concepto de ser médico
5. Efectos del confinamiento por la pandemia en la salud. Observados en cambios fisiológicos, niveles de agotamiento u otras dificultades, así como las estrategias de afrontamiento.

Los resultados de las cinco unidades se describen a continuación.

1. Labor clínica médica

En esta unidad se observan las nuevas rutinas que tuvieron que seguir a partir del inicio de la cuarentena, como la constancia en la limpieza, los hábitos alimenticios que se modificaron al no poder ingerir alimentos dentro del lugar de trabajo por el uso del equipo de protección o porque se limitó la venta de comida debido a que algunos comerciantes enfrentaron dificultades para realizar su actividad de venta mientras que muchos de sus clientes redujeron el número de salidas fuera de casa.

En cuanto a los protocolos de atención, se redujo la duración de la consulta, así como el número de personas que podían ingresar a los hospitales, pues solo estaba permitido el ingreso del paciente. Solo se autorizaba a un acompañante cuando se trataba de un menor de edad o de una persona en una condición médica delicada. Se nota preocupación en la entrevistada cuando dice “hay que sacarlos lo antes posible” (Nadia; sesión #2; 16/11/2020). También hay una expresión de malestar o fastidio por la realización de notas clínicas, ya que éstas debieron ser más complejas y extensas y, fue necesario invertirle más tiempo en su elaboración debido a que los diagnósticos se habían vuelto más complejos: “Las notas son ahora más extensas. La parte administrativa ahora se hizo más pesado, más notas, más registrados más completitud en los diagnósticos, todo se hizo al doble, es tedioso y

es pesado” (Nadia: sesión #2; 16/11/2020). En el caso de Pablo, existe molestia por la parte administrativa respecto a la elaboración de notas clínicas, pues los formatos solicitados representaban una mayor inversión de tiempo, atención y energía. Una de las modificaciones a los protocolos, fue que enfermería atendiera a los pacientes en un primer momento. En caso de presentar síntomas respiratorios, pasaran a consulta general y no a la psiquiátrica, por lo que en apariencia, Pablo estaba en una situación libre de contagio.

En cuanto al tipo de interacción con los diferentes consultantes (infantes, adultos o adultos mayores), el motivo de consulta y cantidad de pacientes también se fue modificando a medida que pasaba el tiempo. La socialización con los pacientes había disminuido, debido al temor por permanecer mucho tiempo en el consultorio, al equipo de protección del personal que no permitía visibilizar las expresiones faciales y al cubrebocas o careta que deben llevar los consultantes: “Cambia el simple hecho de tener cubrebocas; algunos careta. Eso cambia en cómo observas a la persona pues no es lo mismo ver las reacciones o el tono afectivo que se manifiesta a través de la expresión facial con cubrebocas o sin cubrebocas o con careta y sin careta” (Pablo; sesión #3; 16/11/2020). El tipo de pacientes que acuden a consulta médica general reflejan las problemáticas a las que nos hemos tenido que enfrentar como sociedad, donde predomina el miedo, posiblemente por la pérdida de salud en ellos mismos o en sus seres queridos. La ansiedad fue una de las problemáticas más comunes pues ambos entrevistados la mencionan. Es posible que esté presente como una manifestación de la incertidumbre que generó la pandemia, así como angustia y preocupación por el estado actual y futuro en diferentes áreas, como la salud, el trabajo o la cuestión económica. Cuando Nadia expresa: “A veces solo vienen a llorar” (sesión #4; 21/11/2021), hay detrás una necesidad de las personas por ser escuchadas y miradas, para poder validar las complicaciones por las que están atravesando. En este caso, la entrevistada se coloca en una postura de reconocimiento y de respeto al escuchar lo que les aqueja, aun cuando su función es velar por la salud física. Este es un indicador de la importancia de incluir el aspecto mental en la atención a la salud.

En la consulta psiquiátrica, también se reflejan las problemáticas cotidianas a las que se enfrentan las personas, pues al mencionar “Actualmente se atiende más a pacientes sobre todo con trastornos de ansiedad o duelos complicados por esta situación de las pérdidas familiares que han tenido ante la pandemia o trastornos de adaptación” (Pablo; sesión #3; 16/11/2020), se pone de manifiesto cómo se encuentra el estado mental y afectivo de las personas. Existe un miedo en las personas por acudir a instituciones de salud pública debido a que ahí se concentran personas enfermas, lo que se relaciona con que las personas prefieran no acudir para evitar contagios. Esto puede traducirse en que los centros de atención privada tengan una mayor demanda, pues se percibe menor riesgo de contagio en la consulta privada.

Las relaciones con el resto del personal de salud (otros médicos, personal de otras áreas de la salud o jefes) se han visto reducidas por el temor al contagio, disminución del tiempo por las actividades y la limitación a su rol de trabajo. Para Nadia, las funciones que cada empleado ha fungido se cristalizan, volcándose a cumplir su trabajo dejando de lado socializar. También expresó haber tenido dudas sobre si continuar o no en su trabajo, pero algo que contribuyó a permanecer fue darse cuenta que contaría con equipo de seguridad, por lo que la percepción al riesgo de contagio disminuyó.

En el caos de Pablo, hay un reconocimiento explícito hacía el trabajo de sus compañeros, principalmente de enfermería, pues la relación no solo se queda como laboral sino trasciende a una amistad, también es posible que esta valoración incremente por la cercanía que hay en las actividades diarias del trabajo, pues la enfermera hacía trabajo de equipo con él. Se observó un sentido de cohesión y pertenencia grupal, pues reconoce que cuando algún miembro del equipo faltaba, eso perjudicaría a todos los demás, explicitando la circularidad de la relación.

En esta unidad de análisis también se exploraron las emociones emergentes respecto de su función y lugar de trabajo. Para Nadia existe enojo por la inconsciencia de las personas al no tomar medidas adecuadas para evitar el contagio, el cual se hace aún más presente por las acciones que ella si toma y por

la precaución que tiene para evitar contagiar a sus familiares: “Yo me he molestado y he pensado en decir, ¡ya, no les voy a explicar por qué! Es como decirle mire esto y lo demás y se enojan y te ven exagerado y payaso... ¿Con qué derecho tomas tú la decisión de contagiar a otras personas? tal vez no te pones a pensar” (Nadia; sesión #2; 16/11/2021). Para Pablo, el miedo es una emoción presente debido al contagio. También existe una preocupación importante cuando piensa en el futuro, y cómo el desgaste al que se enfrentaban él y sus compañeros los podría llevar a ausentarse, lo que traería como consecuencia que hubiera menos personal de salud: “Es imposible que no nos cansemos y bueno en algún momento vamos a empezar a tener más ausentismo de compañeros que conformamos el equipo de salud mental” (Pablo; sesión #3; 16/11/2020). Que se evidencie esta preocupación, puede ser indicio de que este tipo de centros no haya contemplado la posibilidad de contratar más personal, situación que Pablo reconoce y que le preocupa.

2. Relaciones familiares

En esta unidad de análisis se contemplan las reuniones del personal de salud con sus familiares. Nadia se percibe como un riesgo de contagio, limitando su convivencia principalmente con su mamá, quien es considerada como persona de riesgo por una enfermedad degenerativa: “... Ahora mis hermanos están más presentes, disminuyó mis roles porque yo ya no puedo estar con ella como antes” (sesión #3; 17/11/2020). En este punto es interesante observar que, sus hermanos deben cumplir con los deberes que ella antes realizaba, quizás por el género asignado por ser mujer, ella debía ser la acompañante y cuidadora principal de su madre, pero los cambios contextuales empujan al sistema familiar a una retroalimentación positiva, es decir, a un cambio en el sistema, y por ende de roles. El cambio en los roles de género en esta situación específica, pueden considerarse como un cambio tipo 2, pues modifica al sistema mismo debido a que los cuidados que Nadie ofrece son eficientes por el riesgo al contagio. Una situación diferente ocurre con el psiquiatra, quien tiene cuidado de no relacionarse con familiares vulnerables como su abuela. Sin embargo, sus padres son médicos al igual que su

pareja, lo que hace que mantengan una relación más o menos igual que antes debido a que están en condiciones muy similares. Para él, las situaciones del trabajo se hacen presente en las pláticas familiares, posiblemente por la preocupación que le causa y porque todas las personas cercanas a él también laboran en el área de la salud.

Debido a las limitaciones que la cuarentena implica, la convivencia de forma presencial se limita, por lo que para Nadia el uso del cubrebocas es indispensable cuando llega a compartir espacios con sus familiares, mientras que para Pablo solo son necesarias las medidas básicas de higiene.

Las emociones presentes en las relaciones familiares, implica para Nadia principalmente el miedo a contagiar a su madre: “Pero en mi caso es por el miedo de que yo pueda estar contagiada y poderla contagiar a ella, yo creo que es eso lo que a mí me mortifica, aunque por lo que platico con amigos es la misma situación y sobre todo su tienen papás que padecen alguna enfermedad” (Nadia; sesión #3; 17/11/2020). A pesar de que la entrevistada menciona a sus hermanos o sobrinas como con quienes comparte tiempo, son sus padres los que le preocupan más que otras personas, debido al alto sentido de responsabilidad hacia ellos, y al valor que les asigna a ellos al esperar aprobación y consejo, sobre todo al tomar decisiones como si continuar o no laborando. El caso de Pablo es distinto, pues él no pone en duda continuar o no atendiendo a sus padres. Cuando el miedo a contagiar a los seres queridos se supera, las relaciones pueden volver a ser como antes de la pandemia, o al menos eso es algo que se observa en Pablo, pues el miedo a contagiar a su familia ya no está presente dado que todos estuvieron expuestos.

3. Relaciones sociales

Respecto de las experiencias que han tenido con sus amistades, han sido sobre todo a la poca frecuencia con que se reúnen. En el caso de Nadia, las restricciones para salir a lugares (como restaurantes, cines, plazas, etc.) se ha visto limitada porque estos centros han cerrado o limitan la entrada de personas. Sin

embargo, lo que dificulta los encuentros son principalmente la falta de tiempo y el cansancio, lo que sugiere que la propia carga de trabajo ha influenciado en que ella tenga que limitar sus relaciones sociales. Para ella, la amistad que mantiene con sus amigos médicos es fundamental para recibir apoyo. Las amistades parecen ser uno de los soportes más importantes, en especial para Pablo, pues sus compañeras de trabajo se convirtieron en sus amigas y en uno de los dos espacios para recibir apoyo, pues según expresó, “Puedes hablar con ellas lo que tú quieras, hay confianza en muchas cosas, entre lo que se vive, lo que se siente, del cansancio, este, del enojo a veces o de cualquier tipo de emociones que a veces surgen cuando uno está agotado” (sesión #4; 01/12/2020). Es posible que esta amistad se haya tejido desde antes de la pandemia, y que pudo haber sido una condición necesaria que en esos momentos fuera uno de los dos únicos espacios para recibir apoyo.

Las redes sociales (principalmente WhatsApp y Facebook) son una forma de poder continuar con la comunicación y parece que fue más o menos similar en tiempo y frecuencia. Para la entrevistada, era común estar en contacto con sus amigos como lo era antes de la pandemia; mientras que para él, la frecuencia no fue mayor, sino que se mantuvo. Las redes sociales también sirvieron para monitorear la salud de sus amigos.

Se pone en evidencia el miedo hacia las amistades vulnerables por sus condiciones médicas o por la de sus familiares, es decir, las consecuencias no solo en las amistades si no más allá (sus familiares). No reportaron que existiera un estigma o evitación de contacto por parte de las amistades no médicas, pero si preocupación de este tipo de amistades sobre el bienestar del personal de salud.

Para el psiquiatra existe un sentido de responsabilidad sobre la posibilidad que tiene de contagiar a su mejor amigo: “ahorita no lo he visto... me da temor, tampoco quisiera ser yo también responsable de que él se enfermara, considero que es una persona frágil en ese sentido por su estado de salud, y que sus papás ya son muy grandes y que vive con sus papás. Entonces no” (Pablo; sesión #4; 01/12/2020), por tal motivo, prefiere mantener su distancia.

4. Representación de sí mismo

Conocer las creencias, expectativas, emociones o pensamientos sobre el concepto de ser médicos, contribuye a comprender lo que los motiva a seguir ejerciendo la medicina ante condiciones tan adversas como lo es la pandemia COVID-19. Nadia expresó: “Ver a los pacientes como seres humanos que acuden por una enfermedad y poder empatizar. Percibir al ser humano como eso, un ser humano que siente, que sufre, que tiene necesidades, tratar de ayudarlo lo posible y poder hacer la diferencia entre una atención integral” (Nadia; sesión #2, 03/11/2020), lo que sugiere que en su concepto de ser médico se integran las ideas de tener empatía por el ser humano, prestar atención y preocupación por su dolor, dar un buen tratamiento, buscar ser resolutiva. Para Nadia, su identidad está formada por premisas como la de ayudar a quien menos tiene, creencias que fueron adquiridas en el transcurso de su carrera debido a la oportunidad que tuvo de poder estudiar una carrera gracias a que la UNAM es una institución pública. La idea de sus padres sobre ayudar y retribuir a las personas también sustenta estas premisas. Reconoce el valor de su trabajo y lo ve como un rol fundamental no solo en esta pandemia. Al hablar de emociones, refiere que existe una sensación de preocupación ante la certeza de sus diagnósticos, teniendo dificultades para separar su trabajo de su vida personal: “[...] Antes era esa preocupación mientras lo veía y lo valoraba y ahora es esa preocupación después de valorarlo y hasta cuando me vengo a casa, hay días que me quedo pensando en ciertos pacientes y en mi mente repasando si le hice esto y si no, si tenía oportunidad, si sí estuve bien” (Nadia: sesión #2; 16/11/2020). Entre las expectativas profesionales está estudiar una especialidad mientras que en las sociales espera que las personas sean más sensibles a las situaciones emocionales, de riesgo, y de conflictos por los que atraviesan ellos no solo como médicos sino como seres humanos.

Para Pablo, parte de su identidad como médico es la investigación, como una forma de expandir el conocimiento y no solo centralizarlo en él para atender pacientes.: “Los médicos tenemos la responsabilidad y la obligación de aportar en el conocimiento o sea la práctica es muy valiosa y necesaria pero no es suficiente

[...]” (Pablo; sesión #1; 02/11/2020). A pesar de que no hay una alta remuneración económica, la satisfacción por su trabajo y los resultados, como publicar, parecen ser suficientes. Su labor es algo que le gusta porque le permite analizar emociones y pensamientos, buscando respuestas. En cuanto a su identidad como psiquiatra, el respeto y el ser profesional, es decir tener disciplina, son las características más importantes, dejando de lado el ser una persona extrovertida. Entre las emociones, está la sensibilidad y la empatía cuando percibe más sufrimiento en sus consultas, pero considera que para los propios pacientes este se ha incrementado, y le preocupa porque no es algo a lo que las personas estén acostumbradas. Espera que se le preste más cuidado a las necesidades de atención de la salud emocional y mental: “... Sino la gente en sí, en general, está percibiendo esa necesidad de atención en la salud emocional, y en la salud mental” (Pablo; sesión #4; 01/12/2020).

5. Efectos del confinamiento por la pandemia en la salud

Las dificultades a las que se enfrentan por el tipo de trabajo y las estrategias de afrontamiento son elementos importantes para conocer sus experiencias como personal de salud. Entre los efectos de la pandemia y ante la carga de trabajo, el cansancio es la consecuencia principal en ambos: “[...] Ahora estoy más cansada que antes, no tanto por la cantidad de pacientes sino por lo tedioso de toda la rutina, eso cansa más” (Nadia; sesión #3; 17/11/2020); “Me preocupa el cansancio porque ya hay otras condiciones desde el mismo cansancio personal, el mismo cansancio físico, por parte de los pacientes y también las mismas requerimientos y exigencias por parte de las autoridades de lo que consideran es prioritarios atender en salud mental desde la parte institucional entonces han cambiado muchas cosas” (Pablo; sesión #2; 10/11/2020); “Hace mes y medio estaba ya mal, ya muy cansado” (Pablo; sesión #2; 10/11/2020). Además, este cansancio aumenta cuando escuchan a los pacientes y las dificultades por las que atraviesan: “[...] Me es cansado estar escuchando tragedia tras tragedia y muerte; problemas económicos y problemas de todo tipo, ¿no? entonces, eso es lo cansado” (Pablo; sesión #4; 02/12/2020). Entre los efectos en la salud, Nadia reporta haber tenido infecciones urinarias y dolor de

garganta por hablar en voz alta y nariz porque debe permanecer con su equipo de protección durante toda su jornada laboral.

El miedo es la emoción reportada por ambos, reconociendo que este existe en el exterior y que resulta cansado escuchar sobre tragedias como la muerte, los problemas económicos o de cualquier tipo, como si los pacientes depositaran en ellos no solos los conflictos médicos o psiquiátricos sino también los sociales y emocionales. En este caso, se evidencia cómo los médicos narran una realidad social percibida por ellos, donde la incertidumbre por la propia pandemia y sus efectos se hace presente. También existe un estado de incertidumbre en ellos, aunque esta ha disminuido a comparación del inicio de la pandemia. Los noticieros son un medio de comunicación que evitan ambos, pues no los consideran certeros sino más bien como factores estresantes: "...evito los supuestos medios de comunicación porque son muy amarillistas" (Nadia; sesión # 4; 21/11/2021); "Es cansado estar escuchando las noticias" (Pablo; sesión #2; 10/11/2020).

Como factores de protección está el afrontamiento positivo, como usar las redes sociales para platicar, ver series y escuchar música; las actitudes resolutivas, en donde expresan ser más prácticos en sus consultas identificando síntomas claves, actividades productivas como las lecturas de actualización, el ejercicio también es una práctica común. Para Pablo el ciclismo que había sido su práctica principal desde antes de la cuarentena y sigue siendo un medio para relajarse; la canalización de sentimientos como en el caso de ella, platicar con sus amigos por mensajes o video llamadas mientras que el psiquiatra lo hace con sus compañeras de trabajo (psicóloga y enfermera).

Ambos entrevistados coinciden en que a pesar de no encontrarse en la primera línea de atención a pacientes COVID, tienen un alto riesgo de contagiarse: "[...] No es como decir, porque soy médico me puedo contagiar, no, es una realidad, tanto así es que se hacen gráficas y demás, de hecho, la OMS México tiene algunas estadísticas de contagio" (Nadia; sesión #4; 21/11/2020); "Sí hay más riesgo, tanto porque ves pacientes, como por la gente con la que convives, convives con

médicos, enfermeras, este, enfermeros, este, y son los que con mayor frecuencia van a estar expuestos a personas infectadas” (Pablo; sesión #4; 01/12/2020).

Para finalizar este apartado, es importante reconocer el esfuerzo y cansancio del personal sanitario que no está en la primera línea para evitar burnout y otro tipo de complicaciones en su salud mental, pero al igual que en las investigaciones sobre el personal de primera línea, ambos entrevistados afrontan grandes dificultades que atraviesan todos los aspectos de sus vidas. La Terapia Familiar Sistémica puede ser de utilidad para el personal de salud gracias a los modelos de intervención breve con los que cuenta. Respecto a las experiencias de los entrevistados, se observa que las relaciones sociales a las que pertenecen, son las redes de soporte más importantes, incluso igual o mayor que las relaciones con sus familiares. Hay un sentido de preocupación no solo por su propia salud si no por sus compañeros de trabajo, pero la mayor preocupación es el cansancio. En sus consultas aparecen el miedo, enojo, tristeza, incertidumbre y trastornos mentales por los que la gente está atravesando, situaciones a las que el personal de salud es altamente sensible.

Gracias a los resultados obtenidos en esta primera fase, fue posible realizar la propuesta teórica de intervención psicológica dirigida al personal de salud, la cual se describirá en el siguiente apartado, fase 2, considerando las bases teóricas, epistemológicas y prácticas de la Terapia Breve centrada en problemas y centrada en soluciones, para así desarrollar dicho programa.

CAPÍTULO 3. FASE 2. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE LA TERAPIA BREVE SISTÉMICA PARA PERSONAL DE SALUD

En esta segunda fase, se realizó una propuesta de intervención para el personal sanitario de segunda línea durante la pandemia de la COVID – 19, de acuerdo con los resultados obtenidos de la investigación cualitativa de estudio de caso realizada en 2020, teniendo como base los fundamentos epistemológicos y teóricos de la Terapia breve sistémica, así como sus propuestas de intervención.

A pesar de que se han documentado protocolos y estrategias de intervención de diferentes centros e instituciones para dar atención a las demandas de salud mental de su personal sanitario, así como recomendaciones emitidas por diferentes organizaciones para disminuir los efectos colaterales a raíz de la pandemia, es menester seguir desarrollando propuestas que puedan ofrecer opciones de tratamiento para el personal de salud que se encontró y encuentra altamente expuesto al contagio.

El objetivo de esta segunda fase fue crear una propuesta de intervención teórica basado en el Modelo Breve Sistémico con el fin de ofrecer una opción adicional de abordaje terapéutico dirigida al personal de salud de segunda línea.

Para ello, se consideraron los resultados obtenidos de la investigación de estudio de caso de una médica general y un psiquiatra, trabajadores de la salud que se encuentra en segunda línea pero que se expone al riesgo de contagio de la COVID-19. También se realizó una investigación documental de publicaciones recientes sobre los efectos de la pandemia en el personal sanitario, enfocados principalmente en la salud mental, incluyendo algunas propuestas de intervención de instituciones nacionales e internacionales. Además, se realizó una revisión de los modelos de terapia breve, tanto del Modelo de Terapia Breve centrado en Problemas como del Modelo de Terapia Breve Centrado en las Soluciones,

incluyendo los fundamentos epistemológicos, las premisas y las propuestas de intervención.

Realizando una breve recapitulación de diversas investigaciones internacionales, se encontró que los principales efectos psicológicos en el personal sanitario a raíz de la pandemia, han sido:

- Desarrollo de estrés post traumático, trastorno de ansiedad, trastorno depresivo (Lozano- Vargas, 2020; Rossi, et al., 2020; Villaroel, 2020; Urzúa, Vera, Caqueo & Polanco, 2020; Lai et al.,2020; Samaniego, Urzúa, Buenahora & Vera-Villaroel, 2020; Juarez, 2020)
- Fatiga por compasión (Samaniego, Urzúa, Buenahora & Vera-Villaroel, 2020; Torres-Muñoz, et. al., 2020)
- Síndrome de burnout (Juarez, 2020).
- Insomnio y trastornos del sueño (Rana, Mukhtar & Mukhtar, en Villaroel, 2020; Lozano- Vargas, 2020; Rossi, et al. 2020)
- Diversas emociones como la incertidumbre ira, frustración, temor a ser infectados (Lozano-Vargas, 2020), miedo, angustia, preocupación por la exposición al contagio a sus amigos y familiares (Rana, Mukhtar & Mukhtar, en Villaroel, 2020).
- Agotamiento físico y mental (Lozano & Vargas, 2020).
- Dificultad en las acciones de afrontamiento (Dullius, Scortegagna, & McCleary, 2021).
- Aumento del consumo de sustancias como alcohol y cigarrillos (Lozano-Vargas, 2020)
- Percepción de la pérdida de la salud (Lozano- Vargas, 2020)
- Discriminación, aislamiento social interpersonal y pérdida del contacto con la familia, estigma y evitación del contacto (Lozano- Vargas, 2020; Rana, Mukhtar & Mukhtar, en Villaroel, 2020)
- Riesgo suicida (Cantor-Cruz et al., 2021)

La siguiente tabla muestra un resumen de los resultados obtenidos de la Fase 1 y los reportes de la literatura, con el fin de comparar los hallazgos en las entrevistas a dos trabajadores de la salud respecto a los efectos en la salud reportados en la literatura (2020-2021).

Tabla 4. Parte 1

Similitudes y diferencias entre las investigaciones

Similitudes		
Categoría	Resultados Fase 1 Cualitativa	Reportes de la literatura
Labor clínica médica LCM	Desgaste laboral y cansancio excesivo Preocupación, enojo, miedo al contagio Incertidumbre Fatiga por compasión	Agotamiento físico y mental Angustia, preocupación, ira, miedo Temor a ser infectados Incertidumbre Fatiga por compasión
Relaciones familiares RFA	Limitaciones de la convivencia al percibir riesgo de contagio Aislamiento Miedo *	Preocupación por la exposición al contagio a familiares Aislamiento Miedo Pérdida del contacto familiar
Relaciones sociales RSO	Miedo de contagiar a sus amistades vulnerables por sus condiciones médicas o por sus familiares vulnerables Angustia	Preocupación por la exposición al contagio a sus amigos Miedo Angustia
Representación de sí mismos RDS	Preocupación ante la certeza de sus diagnósticos	Dificultad en las acciones de afrontamiento
Efectos de la cuarentena por la pandemia en la salud ECS	Cansancio Consecuencias en la salud física Incertidumbre Agotamiento físico y mental	Agotamiento físico y mental Percepción de la pérdida de la salud Incertidumbre

Tabla 4. Parte 2

Similitudes y diferencias entre investigaciones

Diferencias		
Categoría	Resultados Fase 1 Cualitativa	Reportes de la literatura
Labor clínica médica LCM	Separación de las obligaciones laborales de la vida personal Sobrecarga laboral por cuestiones administrativas	
Relaciones familiares RFA Relaciones sociales RSO Representación de sí mismos RDS Efectos del confinamiento por la pandemia en la salud ECS		Desarrollo de estrés post traumático, trastorno de ansiedad, trastorno depresivo Insomnio y trastornos del sueño Aumento del consumo de sustancias como alcohol y cigarrillos Riesgo suicida

Con los datos obtenidos se organizaron tres nuevas categorías con el objetivo de poder integrar procesos similares y con el fin de tener una organización más fácil de comprender. Estas categorías son:

1. Emociones
2. Relaciones interpersonales
3. Pensamientos

La siguiente tabla, engloba los aspectos a abordar según su categoría.

Tabla 5.

Categorías de la propuesta de intervención

Categoría	Problemática
Emociones	Enojo por hábitos de cuidado insuficientes de las personas Temor a ser infectados Miedo al contagio propio y de sus seres queridos Fastidio por los informes o administración Fatiga por compasión
Relaciones interpersonales	Aislamiento Limitación en la convivencia al percibir riesgo de contagio Pérdida del contacto familiar
Pensamientos	Preocupación por el futuro por el desgaste laboral y cansancio excesivo Incertidumbre y preocupación ante la certeza de sus diagnósticos Responsabilidad de evitar el contagio en otros

A partir de esta información, en el siguiente apartado se describirá la propuesta de intervención teórica, que ofrece una serie de elementos que pueden considerarse para el trabajo terapéutico con personal de salud que labora en el contexto de la pandemia de la COVID-19.

Propuesta de intervención

Como se mencionó, el objetivo de este proyecto fue elaborar un programa de intervención para los efectos psicológicos que padece el personal de salud al atender a la población durante la pandemia de la COVID-19. Esta propuesta busca responder al objetivo descrito, por lo que, para su elaboración, se incluyeron los modelos y enfoques de intervención, los participantes, el escenario, los instrumentos, técnicas y estrategias para el proceso de intervención, así como el procedimiento y ejecución.

Modelos y enfoques de intervención

- Modelo de Terapia Breve centrado en Problemas
- Modelos de Terapia Breve centrado en Soluciones
- Recomendaciones de investigaciones internacionales publicadas en el 2020 y principios de 2021

Participantes

Personal de salud que no se encuentra en primera línea de atención, como hospitales COVID, pero que atienden de manera personal a pacientes con enfermedades diferentes, incluyendo médicos generales de instituciones públicas o privadas, enfermeras y enfermeros, o algunas otras especialidades de la medicina, como psiquiatría.

Escenario

Debido a las condiciones de alta incidencia de contagios y a las recomendaciones sobre el distanciamiento social, se sugiere que la atención sea ofrecida por sesiones en línea hasta que las condiciones permitan que éstas se lleven a cabo de manera presencial. Es importante recalcar que se requieren condiciones óptimas de conexión a internet, equipo tecnológico adecuado y conocimientos básicos sobre diferentes plataformas virtuales para poder realizar las video llamadas. Algunas aplicaciones útiles son “Zoom” “Google meet” o “Skype”. En caso de que estas no puedan ser utilizadas, es posible que las sesiones se realicen mediante llamadas telefónicas o de redes sociales como “WhatsApp” o “Messenger”. En ambas modalidades, debe existir condiciones para tener un espacio libre de interrupciones y con la privacidad necesaria para poder tener un ambiente de confianza, seguridad y tranquilidad. Estas condiciones deben estar presentes para poder iniciar el proceso terapéutico.

Técnicas y estrategias de intervención

Diferentes terapeutas sistémicos han descrito una serie de técnicas que han mostrado tener resultados. Estas técnicas se describieron anteriormente en el marco teórico. Algunas de ellas fueron retomadas para esta propuesta de intervención, las cuales se mencionan a continuación.

- Modelo de Terapia breve centrado en problemas
 - Reestructuración
 - Prescripciones directas
- Modelo de Terapia breve centrado en soluciones
 - Normalización
 - Búsqueda de excepciones
 - Elogios
 - Tarea de fórmula de la primera sesión
 - Desconstrucción
 - Confusión
 - Atribución del control
 - Contexto de competencia

Procedimiento y ejecución

A partir de las categorías antes mencionadas, se ofrece una serie de técnicas, elementos y preguntas que pueden ser de utilidad al momento de intervenir con el personal de salud. Es importante recordar que se trata únicamente de una propuesta y una guía y no una serie de pasos a seguir.

La siguiente tabla, es un resumen del contenido de la propuesta, indicando las problemáticas y su abordaje de cada una de las tres categorías.

Tabla 6.*Programa de intervención para personal de salud*

Aspecto por intervenir	Estrategia/técnica/alternativa de solución
Emociones	
Enojo	Definición del problema
Miedo y angustia	Delimitar el objetivo
Fastidio	Preguntas de escala
Fatiga por compasión	Intentos de solución
	Búsqueda de excepciones
	Otras alternativas
Relaciones interpersonales	
Interacción limitada o aislamiento	Definición del problema
	Delimitar el objetivo
	Normalización
	Cuando la solución es el problema
	Atribución del control
	Creación de un contexto de competencia
	Otras recomendaciones
Pensamientos	
Preocupación por el futuro debido al desgaste laboral y burnout	Definición del problema
	Delimitar el objetivo
	Hacer mas de lo que su funciona
Preocupación ante la certeza de sus diagnósticos	Desconstrucción
	Buscar excepciones: un futuro sin el problema.
	– Descubrir lo que funciona
	– Descubrir lo que ha funcionado
	– Describir paso a paso las acciones o pensamientos que puso en marcha
	– Descubrir lo que podría funcionar
	– Poner en marcha lo más fácil
Confusión	
Entrevistas posteriores a la primera consulta	

Los elementos que propone esta intervención son los siguientes:

1. Emociones

Las emociones pueden definirse de diferentes maneras. En general, las emociones consisten en patrones de respuestas fisiológicas y conductas típicas de una determinada especie (Carlson, 2006). Son reacciones subjetivas a la experiencia asociada a cambios fisiológicos y conductuales (Papalia & Feldman, 2012). Dentro de esta categoría se engloban diferentes emociones experimentadas por el personal de salud entrevistado y que, según diferentes autores, se hace presente en el personal ante los cambios que trajo consigo la COVID-19.

Desde un enfoque sistémico, las emociones no solo se hacen presentes como una propiedad interior de los individuos, sino que también se hacen presentes en las relaciones, como un mensaje o conjunto de mensajes intercambiados al interior de un sistema humano (Lini y Bertrando, 2018).

Definición del problema:

Al enfocarnos en las emociones, determinar cuál es la emoción que le está causando dificultad al consultante, ubicando la pauta de cuándo ésta se hace presente.

A continuación, se describen diferentes situaciones en las que el personal de salud entrevistado mencionó qué sentía y las definiciones de la emoción.

- Enojo por los hábitos de cuidado insuficiente de las personas

Al hablar sobre las conductas de los pacientes en la sala de espera, los entrevistados expresan que las personas no toman las medidas sanitarias necesarias para evitar el contagio. Por ejemplo, un paciente mayor de edad, solicita la consulta, pero acude en compañía de la pareja y de los hijos, o en ocasiones se niegan a usar el cubrebocas al ingresar. Al observar esto, el enojo se hace presente como una manera de no comprender el por qué las personas no toman las medidas necesarias de prevención.

El enojo es un estado emocional que varía en intensidad. Varía desde una irritación leve hasta una furia e ira intensa. Al igual que otras emociones, está acompañada de cambios psicológicos y biológicos (<https://www.apa.org>).

- Miedo y angustia a contagiar a amigos y familiares

El miedo se hace presente en ellos cuando tienen la sensación o la idea de que ellos pudieran estar contagiados y ser asintomáticos, sobre todo, porque al atender pacientes a diario, los expone de una manera particular a la COVID -19. El temor incrementa cuando las personas con quienes conviven, sobre todo familiares cercanos como los padres, tienen una comorbilidad, o los familiares de algún amigo o amiga cercana. El miedo tiene como efectos colaterales que la interacción con las personas se vea disminuida como una forma de prevenir la infección.

La angustia es una respuesta en situaciones que la persona experimenta como amenazante para su existencia. La amenaza puede ser evaluada como *interna*; existe, pero está afuera del campo de la advertencia del individuo (Higashida, 2008).

El miedo se hace presente cuando es activado por amenazas al bienestar físico o psicológico (Alonso, 2007). En este caso, el miedo a la pérdida de la salud a causa de la COVID-19 se hace presente por el hecho de ser profesionales de la salud que atienden a pacientes de manera continua. Aun cuando consideran que es inevitable el contagio, el temor a infectarse no cesa de forma definitiva.

- Fastidio por los informes o administración

El fastidio es una sensación de malestar o disgusto provocada por la falta de diversión o de interés por algo. El personal de salud expresó malestar o fastidio por la realización de notas clínicas, ya que éstas se han vuelto más complejas extensas y, es necesario invertirle más tiempo debido a que los diagnósticos se han vuelto más complejo. Existe molestia por la parte administrativa respecto de la elaboración de notas clínicas, pues los formatos solicitados representan una mayor inversión de

tiempo, atención y energía. También consideran que las actividades administrativas ahora se han hecho más pesadas y tediosas.

- Fatiga por compasión

El desgaste por empatía, o fatiga por compasión, es una profunda empatía por una persona que sufre, con intenciones de poder detener su sufrimiento, con un desgaste físico, emocional y mental que se da por la exposición progresiva y el trato continuo con alguna persona que tiene algún padecimiento. Puede presentarse miedo, culpa por no poder ayudar, ansiedad, estrés, desesperanza, desinterés, falta de atención y anhedonia, síntomas fisiológicos y somáticos y es común en el personal de salud y trabajadores sociales (Pintado, 2018).

Aunque el personal entrevistado no manifestó de manera expresa atravesar por fatiga por compasión, hacen referencia a situaciones que pueden encajar en este estado.

Según informan ambos entrevistados, en ese momento los motivos de consulta estaban más enfocados en ataques de pánico, trastornos de ansiedad y otras patologías frecuentes, incluso en la consulta médica, refiriendo que últimamente llegaban personas por ataques de ansiedad, con síntomas de depresión, miedo al contagio y dificultades por el encierro. Incluso, expresan que en ocasiones las personas van a la consulta *solo a llorar*. Perciben más sufrimiento en sus consultas. El miedo es la emoción reportada por ambos, reconociendo que este existe en el exterior y que resulta cansado escuchar sobre tragedias como la muerte, los problemas económicos y de todo tipo, como si los pacientes depositaran en ellos no solo los conflictos médicos o psiquiátricos sino también otras dificultades por las que atraviesan.

Objetivo:

Si el consultante expresa dificultades al manejar estas emociones que se hacen presentes por observar situaciones similares, se buscaran alternativas para su expresión y manejo.

Procedimiento

❖ Definición del problema

Definir cómo está el consultante experimentando la emoción (miedo, enojo, angustia, fastidio) realizando preguntas para conocer la pauta del problema:

- ¿Desde cuándo es esto un problema?
- ¿En qué momentos se hace presente?
- ¿Cuándo no se hace presente?
- ¿Con qué personas se hace presente?
- ¿Con quiénes no se hace presente?

Las emociones generalmente vienen acompañadas de sensaciones corporales, así que es posible delimitar junto al consultante, qué ocurre en su cuerpo, si cuando se encuentra enojado percibe su cuerpo diferente, como *un nudo en la garganta*, dolor de estómago, dolor de cabeza, etc. Identificar las sensaciones permitirá identificar, etiquetar y validar la emoción.

❖ Preguntas de escala

Utilizar preguntas de escala, que permiten establecer metas, identificar avances y atribuir la responsabilidad por los cambios conseguidos:

- En una escala del 0 al 10, donde 10 es el máximo de enojo, ¿en qué número se encuentra?
- ¿De qué está hecho ese número?
- ¿Qué tendría que suceder para que el enojo disminuya unas décimas?

❖ Intentos de solución

También podría ser útil conocer los intentos de solución. Por ejemplo, si el consultante suele no comunicar de forma verbal ese enojo, podría ser de utilidad buscar una solución diferente, como la ventilación emocional (Sociedad Española de Psiquiatría, 2020) que consiste en compartir sus emociones con personas de confianza y en lugares seguros, con el fin de tolerarlas y regularlas:

- Si tuvieras que compartirle a una persona lo que te hace sentir esta situación, ¿Quién o quienes serían?
- ¿Cómo podrías contactarlas?
- ¿Podrías llamarles, mandarles mensaje o verlas en persona?

Si comunicar su sentir ya se ha puesto en marcha, se podría retomar los intentos de solución que han funcionado en otros momentos, conociendo cuáles fueron las acciones que llevo a cabo para poder lidiar con el enojo, qué hizo, cómo lo hizo, cuáles fueron los pasos. Por ejemplo, escribir cómo vivió esa situación de enojo, o haber contado su experiencia con algún compañero, amigo o familiar.

❖ Búsqueda de excepciones

Conocer las excepciones, es decir, buscar situaciones donde no se presenta la queja, se presenta en menor medida o esta no aumenta, podría ser otra herramienta útil.

- ¿Cómo explicarías que, en aquel momento, el enojo no fue un problema?
- ¿Qué hiciste para que eso fuera así?
- ¿Qué ayudó para que no se hiciera tan presente como en otros problemas?
- ¿Cuáles serían los pasos para volver a repetir aquello que hiciste? (interesarse y determinar el plan)

❖ Otras alternativas

También se contemplan aplicar estrategias de regulación emocional, como la respiración, atención plena o actividad física (Sociedad Española de Psiquiatría, 2020).

La respiración diafragmática puede ser una opción según el tipo de consultante: esta consiste en inhalar profundamente expandiendo los pulmones hacia abajo en lugar de inhalar usando solo el abdomen o la caja torácica. La inhalación se realiza por la nariz, con una pausa antes de exhalar lenta y completamente por la boca, estableciendo idealmente una frecuencia espiratoria de 6-8 respiraciones por minuto.

- Fatiga por compasión

Es posible que, al trabajar con el personal de salud, ellos y ellas no mencionen pasar por fatiga por compasión, por lo que resulta fundamental tener una escucha activa para poder determinar si pueden estar atravesando por este estado.

Para abordar este tipo de desgaste, es posible seguir los puntos antes expuestos:

- ❖ Definir el problema:
 - a. ¿Cuáles son las principales emociones que se han presentes?
 - b. ¿Cuáles son las historias que cuentan los consultantes que contribuyen a este sentir?
 - c. ¿Qué pasa por su mente?
 - d. ¿Qué pasa cuando su consultante se va? ¿cómo se siente en ese momento y después?
 - e. ¿Qué pensamientos identifica?
 - f. ¿Lleva a cabo determinadas acciones?
 - g. ¿Cuáles son los efectos de pasar por estas emociones?
- ❖ Intentos de solución
- ❖ Búsqueda de excepciones

2. Relaciones interpersonales

Las relaciones interpersonales se refieren a la interacción recíproca entre dos o más personas, que incluye la comunicación. Esta categoría hace referencia a la interacción limitada que los profesionales de la salud han tenido con sus familiares, amistades y compañeros de trabajo, principalmente al percibir un riesgo de contagio, derivando en un aislamiento y en una pérdida de contacto con sus seres queridos.

El aislamiento es una de las principales consecuencias derivadas de la contingencia actual. Resulta muy claro como para la médica entrevistada, debe

poner límites físicos y sociales a la hora de convivir con su familia. Pero también son los integrantes de la misma quienes se limitan en la interacción. Existen diferentes opiniones en la literatura sobre la familia como factor de riesgo o factor de protección en situaciones como esta: algunos la consideran como una fuente de estrés debido a la preocupación por el contagio. En el caso de ella, su mamá es una persona con factor de riesgo debido a la diabetes y las intervenciones médicas que previamente había tenido, por lo que las medidas de protección son más claras y precisas. Lo que ambos entrevistados reconocen, es una disminución en el tiempo de interacción y una modificación de sus rutinas.

Por otra parte, se ha visto limitada la interacción con sus amistades como normalmente lo hacían. Las amistades con otros profesionistas de la salud se hacen presentes en esta pandemia y son esas amistades las que principalmente los acompañan. En este caso, la convivencia fuera del trabajo se ha visto limitada, por lo tanto, se podría concluir que hay un mayor aislamiento social interpersonal.

La interacción social dentro de su centro de trabajo ha disminuido posiblemente debido a:

- Temor al contagio
- Disminución del tiempo por las actividades
- Limitación a su rol de trabajo

Esto ha traído como consecuencia sentimientos de aislamiento.

Objetivo:

Reconocer y determinar el impacto del aislamiento social en el personal de salud con la finalidad de romper la pauta y buscar alternativas para manejarlo

Procedimiento

❖ Definición del problema

Es importante precisar de modo concreto el problema y el sistema interactivo disfuncional que lo mantiene, de acuerdo con lo que observa el paciente y la explicación que hace de su problemática la forma más clara y concreta posible.

- ¿Cómo esto se vuelve un problema?
- ¿Desde cuándo esto es un problema?
- ¿En qué momentos se hace presente?
- ¿Cómo decidió poner distancia social?
- ¿Quiénes han sido las personas de las que se ha tenido que distanciar?
- ¿Cómo reacciona cada una de las personas ante este distanciamiento y cuál es su reacción?
- ¿Cómo pone estos límites?
- ¿Qué sucede cuando los lleva a cabo?

❖ Normalización

Influir sobre el consultante de tal forma que le lleve a reformular que su situación es común en todas las personas y que, de acuerdo con la literatura, los trabajadores de la salud han tenido que adoptar esas medidas como una forma de protegerse y proteger a sus seres queridos. Normalizar la situación también permite orientándolos hacia la solución y facilitando el camino hacia el cambio.

❖ Cuando la solución es el problema

La preocupación que el personal de salud considera que puede ocasionar a sus familiares o amigos, puede ser una razón por la cual limita la interacción al no comunicar la situación por la que atraviesan. De esta manera, la solución se vuelve un problema: el no expresar lo que acompaña el aislamiento, precisamente los aísla más. Si esto conforma el problema, romper con la pauta puede ayudar al cambio. Por ello es importante definir si esto se encuentra presente en la interacción del

paciente, tanto con el problema como con las personas. Si es así, podría ser útil explorar:

- ¿Qué lleva al consultante a no expresar de forma abierta lo que le está sucediendo?
- ¿Cuáles son los efectos en su persona y en los demás al comportarse de esta manera?
- ¿Qué beneficios tendría el poder expresa de forma abierta y clara lo que le ocurre debido al asilamiento?

Basados en el *efecto de bola de nieve*, donde un pequeño cambio puede derivar en uno mayor, buscar junto al consultante, cuál sería un paso pequeño que pudiera hacer en el transcurso de esa a la siguiente sesión que pudiera acercarse a expresar su situación:

- ¿Quién sería una persona de confianza para hablar sobre la situación?
- ¿Qué medios de comunicación podrían ser útiles para hacerlo?
- ¿Cómo sería el primer contacto?
- ¿Qué día, horario y duración podría ser una opción para tener una conversación?
- Si esta persona no estuviera disponible, ¿quién más sería una opción?
- Después de esta primera conversación, ¿con quién o quiénes más le gustaría conversar?

❖ Atribución del control

Con el objetivo que el personal de salud que consulta pueda darse cuenta de que tiene el control sobre las soluciones y sus recursos, se busca determinar qué le ha sido de utilidad para poder lidiar con el malestar generado por el aislamiento y cómo lo ha puesto en práctica durante toda la cuarentena. En este apartado, se explora las acciones que ha tomado para sentirse más conectado con las personas que lo rodean, si no ha sido de forma presencial, qué tipo de redes sociales digitales han sido útiles y con cuales ha sido más fácil la comunicación. Determinar en qué

momentos, situaciones o relaciones ha disminuido la sensación de aislamiento y qué acciones tomaron para que eso fuera posible.

- ❖ Creación de un contexto de competencia

Durante el proceso terapéutico, es posible explorar en qué otros contextos el personal de salud ha podido resolver situaciones similares y la forma en cómo lo hizo. Cuando se han visto expuestos a riesgo de contagio de cualquier otra enfermedad, es posible que hayan afrontado el aislamiento de diversas formas que pueden retomarse para el contexto actual.

- ❖ Otras recomendaciones:

La literatura reporta que el acercamiento con las mascotas es útil para diluir el sentimiento de aislamiento, así que es posible incluir en la cotidianidad del paciente actividades que impliquen la interacción con ellos, como juegos dentro de casa o paseos, siempre y cuando el semáforo epidemiológico permita el salir de casa.

También resulta importante rescatar a los compañeros de trabajo con quienes son cercanos, buscando espacios (ya sea de forma presencial o virtual) en que puedan interactuar, fomentando las pláticas informales y abiertas.

3. Pensamientos

Son una idea o una representación mental sobre algo o alguien. El pensamiento en sí es el resultado de la acción del pensar con base a lo que se ve, se conoce y se siente. Es imposible conocer el pensamiento mientras este no se produzca a través del lenguaje, que es su medio de expresión (Jara, 2012). En esta categoría también se contempla la percepción definida como un conjunto de procesos por los que reconocemos, organizamos y damos sentido a las sensaciones que percibimos de los estímulos del ambiente (Sternberg, 2011).

Dentro de esta categoría se engloban diferentes situaciones experimentadas por el personal de salud entrevistado y que, según diferentes autores (Lozano-

Vargas, 2020; Rossi et al., 2020; Juarez, 2020; Rana, Mukhtar & Mukhtar, en Villaroel, 2020) se hace presente en el personal sanitario ante los cambios atribuidos a la pandemia.

A continuación, se describen diferentes situaciones que el personal de salud entrevistado mencionó creer, pensar o percibir.

- Preocupación por el futuro debido al desgaste laboral y burnout

El psiquiatra entrevistado, refiere sentir desgaste por atender a pacientes con dificultades en la salud mental debido a que se han incrementados los problemas de tipo emocional por la pandemia y quienes atienden esas demandas, se encuentran cansados por el exceso de trabajo. También hay una preocupación cuando se piensa en el futuro y cómo el desgaste en el personal de salud puede derivar en la deserción o ausentismo de los mismos.

Este desgaste reportado por el entrevistado, puede ser asociado al burnout, definido por Maslach y Jacks (en Castillo, 2001) como un cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación que puede derivar en sentimientos de fracaso e inadecuación, manifestado por tres síntomas:

- a) agotamiento emocional: falta de recursos emocionales y sensación de que nada se puede ofrecer a la otra persona
- b) despersonalización: son actitudes negativas e insensibles hacia quienes reciben los servicios de atención
- c) realización personal: incluye una serie de respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo, derivando en depresión, moral baja, evitación social, baja productividad, incapacidad para soportar la presión y una pobre autoestima

La OMS (en Juarez, 2020) considera que este síndrome es el resultado de estresores crónicos del trabajo que no han sido resueltos de manera exitosa, y aunque no es considerado una enfermedad, los efectos de este estado afectan el desempeño laboral del personal de salud, como el ausentismo, errores médicos y más días para que los pacientes se recuperen, entre otros.

Aunque el personal entrevistado no expresó de manera literal atravesar por el síndrome de burnout, expresan situaciones que pueden encajar en este estado como se describió al inicio de esta categoría.

Objetivo:

Reconocer y determinar si el personal de salud ha estado atravesando por alguna situación laboral que derive en estrés crónico o burnout, con la finalidad de encontrar alternativas para su manejo.

Procedimiento:

❖ Definición del problema

Durante la entrevista con el paciente, es importante conocer de modo concreto el problema y el sistema interactivo disfuncional que lo mantiene, así como la relación con el entorno, es decir, a nivel institucional y social, pues es común que, para el abordaje de este síndrome, las intervenciones estén enfocadas a nivel individual sin considerar intervenciones sociales o contextuales (Juarez, 2020). Aun cuando esta propuesta esté enfocada en la terapia individual, es importante conocer el contexto laboral en donde labora el personal médico, con la finalidad de poder determinar el apoyo o recursos institucionales con los cuales contará.

- ¿Qué considera que es un problema?
- ¿Desde cuándo?
- ¿Cuáles son las manifestaciones físicas, mentales, emocionales, conductuales o relacionales que identifica?
- ¿Cuándo se manifiestan normalmente?
- ¿Con qué frecuencia o intensidad se manifiestan?
- ¿Bajo qué condiciones o en qué contexto se manifiestan?
- ¿Quiénes están presentes?
- De todas las manifestaciones presentes, determinar la de mayor gravedad o la que genera mayor malestar

❖ Delimitar el objetivo con el paciente

Establecer cómo se darán cuenta de que el problema está resuelto

❖ Conocer los intentos de solución

Con la definición del problema y del objetivo planteado, comenzar el abordaje de acuerdo a lo que el paciente considere que es la situación que más malestar le genera.

❖ Hacer más de lo que sí funciona

Delimitar los intentos de solución del paciente antes de las dificultades. Algunas situaciones y relaciones que podrían explorar y que podrían ser de utilidad, según Navides (2021) podrían ser:

- La relación de pareja:
- La empatía
- La forma en cómo gestiona sus emociones
- El ejercicio físico
- Las horas de sueño adecuadas
- Actividades de ocio
- Las relaciones interpersonales, el equilibrio entre la vida laboral y familiar y el apoyo social
- Hacer algo diferente

Basado en la concepción “si no funciona, no lo vuelva a intentar”, es importante determinar el intento de solución que no solo no está dando los resultados esperados, sino que incluso puede complicar más los problemas.

- Preocupación ante la certeza de sus diagnósticos

Aun cuando la preocupación puede estar catalogado dentro de las emociones, resulta fundamental observar que ésta es un componente de pensamientos presentes en el personal de salud entrevistado respecto de

cuestiones sobre si sus diagnósticos han sido los adecuados o no. La médica entrevistada refiere que realizar diagnósticos se ha vuelto más complejo, y en el caso del Coronavirus, este se vuelve complicado debido a la similitud de síntomas que comparte con otras enfermedades respiratorias. Su preocupación sobre si ha realizado una valoración correcta, la lleva a tener pensamientos rumiantes a tal grado, que al terminar su jornada laboral y llegar a casa, piensa en ciertos pacientes y si su valoración estuvo bien o no, situación que se hizo presente a partir de la pandemia. Este problema puede contraer, como efecto de bola de nieve, en tener dificultades para separar su labor médica de la vida personal.

❖ Desconstrucción

El objetivo de esta técnica es cambiar el marco conceptual y emocional en relación con el cual se experimenta la falta de certeza sobre un diagnóstico médico.

Los marcos son definiciones de una situación que se construyen según los principios de organización que rigen determinados acontecimientos, y la participación subjetiva que tenemos de ellos. Son reglas que las personas utilizan para construir su realidad (de Shazer, 1985). Crear alguna duda sobre el marco de referencia del consultante respecto de los diagnósticos médicos que ofrecen en su consulta puede ser útil para desconstruir su marco. Para este caso pueden considerarse dos herramientas, las cuales se mencionarán a continuación integrando algunas preguntas que pudieran estar en la entrevista:

1. Buscar excepciones: imaginar un futuro sin el problema

- Descubrir lo que funciona
 - ¿Cuándo pudo cerciorarse de que ese diagnóstico fue correcto?
- Descubrir lo que ha funcionado
 - ¿Qué le ayuda a sentirse tranquilo con ese diagnóstico?
 - ¿Qué sucedió el día que pudo llegar a su casa sin tener esos pensamientos sobre haber errado?
 - ¿Cómo lo consiguió?
 - ¿Qué pensó?

- Describir paso a paso, como un manual, sobre las acciones o pensamientos que puso en marcha
- Descubrir lo que podría funcionar
 - ¿Qué considera que le puede ayudar?
 - ¿Cómo podría poner en práctica todo lo que sabe sobre dar un diagnóstico oportuno?
- Poner en marcha lo más fácil

Después de tener claridad sobre las excepciones, asignarles un rango o valor, donde la más fácil de hacer es el número 1 y el más complicado sea el 10. Es importante planear junto al consultante cómo pondrá en marca esa excepción, dónde, cuándo, a qué hora, con quienes, etc.

2. Confusión: buscar un elemento indecible, algún punto dentro de la lógica del cliente que este no haya llevado a una conclusión lógica, desorganizando su marco global.

Para poder encontrar este elemento, las preguntas son fundamentales para ubicarlas:

- ¿Qué pruebas concretas tiene sobre que todos sus diagnósticos son incorrectos?
- Si considera que lo son, ¿por qué no ha sido despedido (a) de su trabajo?
- Preguntar sobre si alguna vez tuvo una demanda penal por una equivocación médica, si la respuesta es que no, pregunta:
- ¿Cómo es posible que si un médico da un diagnóstico incorrecto, no haya sido demandado?
- ¿Qué autoridades sanitarias han declarado que usted no hace su trabajo correctamente?
- ¿Qué tuvo que haber pasado para que usted tuviera su cédula profesional para poder ejercer la medicina?

- ¿Existe un procedimiento para diagnosticar diferentes enfermedades? ¿en qué consiste? ¿qué pasos ha seguido y cuáles le faltan por seguir?

Entrevistas posteriores

De acuerdo con las sugerencias de De Shazer (1994), la segunda entrevista o encuentro puede servir para diferentes propósitos, por lo que luego de considerar en el primer encuentro el objetivo de trabajo, en ese segundo encuentro se podría promover:

1. Establecer intervalos entre las sesiones donde sea posible observar logros.
2. Verificar si lo que el paciente y terapeuta han hecho en la sesión anterior a tenido resultados favorables, y si el paciente percibe que las cosas han mejorado.
3. Determinar lo que el paciente está haciendo o lo que ha sucedido para tener algún logro y lo que debería hacer para que se preserve.
4. Si las cosas han resultado suficientemente bien, determinar si es necesario o no continuar con la terapia.
5. Si, por el contrario, el paciente no reporta ninguna mejora, evitar continuar haciendo lo mismo para que tanto él como el terapeuta busquen otras opciones.

La propuesta de intervención consideró los resultados de la Fase 1 y las recomendaciones realizadas en diversos estudios sobre la salud mental de los profesionales de salud durante la pandemia. Sin embargo, no puede ser generalizada para todos los trabajadores de la salud, pues cada uno y una de ellas tiene historias de vida propios, con necesidades y recursos diferentes, por lo que es trabajo de cada terapeuta junto al paciente, explorar y determinar cuáles son estas. Aunque muchas estrategias de intervención han demostrado ser útiles, es importante adaptarlas a las características peculiares del paciente, seleccionando o construyendo procedimientos *ad hoc* para un caso determinado.

CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN

Esta investigación inició con un estudio de caso mediante entrevistas a profundidad, lo que implica un mayor alcance sobre las particularidades de cada participante. Esto permitió tener una perspectiva diferente a los resultados encontrados en investigaciones en las que se aplicaron cuestionarios estructurados para conocer en estado de salud mental en el personal de salud durante la pandemia de la COVID-19. Sin embargo, existen limitaciones en la generalización de estos hallazgos.

En el ámbito metodológico, es importante recalcar que esta investigación comenzó a mediados del 2020, unos meses después de que oficialmente se declara la pandemia en México. Para ese entonces, existían diferentes restricciones como el aislamiento social, lo que trajo consigo que las entrevistas realizadas se hicieran a través de video llamadas. Es posible que esta modalidad, tuviera como limitante el poder tener un mayor acercamiento con los entrevistados, privándose de información no verbal importante. Incluso en ocasiones las sesiones tenían que se vieron interrumpidas por los problemas de conexión a internet. En otro contexto, el procedimiento para entrevistar se hubiera realizado de manera presencial.

Para esta primera fase, denominada *Estudio de caso: experiencias de dos médicos en su práctica ante la pandemia de COVID 19* se plantearon dos preguntas, las cuales se retoman a continuación.

La primera de ellas, *¿Cómo ha sido la experiencia del personal de salud ante esta nueva epidemia respecto de su cotidianidad y de su práctica médica en el trabajo y cómo ha enfrentado este personal las dificultades que su trabajo impone?* contempla tener una perspectiva de la nueva cotidianidad que enfrenta este personal de salud, según las especificaciones de su propio contexto.

De acuerdo con lo referido por los entrevistados, los cambios en sus rutinas, como las actividades dentro, antes y después de su labor, reflejan cambios que implican mayor inversión de tiempo, por la mayor necesidad de asepsia y la

necesidad de notificar posibles casos de contagio, así como cambios en los hábitos de alimentación debido al equipo de protección o por la accesibilidad en la compra de alimentos. Estas modificaciones, suelen conllevar a una mayor incomodidad, fastidio y cansancio.

En cuanto a la práctica médica, ambos profesionales de la salud reportaron modificaciones en cuánto al tiempo de consulta y mayor número de consultas solicitadas. De nuevo, el malestar surge por la realización de notas clínicas, ya que estas se volvieron más complejas y extensas. También reportaron que la socialización con los pacientes disminuyó, pues las conversaciones tenían que ser más concretas y directas para disminuir el tiempo que cada paciente podía estar dentro de consulta. Los motivos de consulta, de acuerdo con el psiquiatra, se enfocaron sobre todo en ataques de pánico y trastornos de ansiedad. Incluso para la médica, la ansiedad también fue un motivo de consulta más frecuente. Vale la pena recordar que, de acuerdo con investigaciones realizadas sobre los efectos de la pandemia en la población en general (Lozano- Vargas, 2020), los trastornos de ansiedad son una de las consecuencias en la salud mental de la población en general. Recuperar la escucha que han tenido estos profesionales hacia sus pacientes, permitió y permitirá poder tener un acercamiento sobre las experiencias de la población en general.

Además, las relaciones con el personal que colabora juntos a los entrevistados, se vieron modificadas en cuanto a la disminución de la interacción, es decir, conversaciones más cortas que se limitaban al saludo, trayendo posiblemente sentimientos de aislamiento.

Las emociones más comunes por las que atravesaron los entrevistados, fue el enojo hacia las personas que no se hacían responsables de evitar el contagio, la angustia por el desgaste de atender las altas demandas de consulta, el miedo a contagiar a sus familiares y amigos y hacia el contagio a ellos mismos.

En cuanto a la manera en que han hecho frente a este contexto laboral, resalta el uso de las redes sociales como factor de protección, pues a través de estas, mantenían el contacto con sus familiares y amistades que no podían ver de

manera presencial. Ver series, escuchar música, actividades recreativas y físicas, la canalización de sentimientos mediante la comunicación con personas de confianza y la evitación de noticias consideradas como “amarillistas” fueron prácticas de afrontamiento.

Diferentes instituciones en distintos países crearon programas de apoyo psicológico para su personal de salud, basados en diferentes modelos y propuestas (Kameno et. al., 2020; Mellins et. al. 2020; Samaniego, Urzúa, Buenahora & Vera-Villaroel, 2020; Gutierrez et. al., 2020; Juarez, 2020). Algunas revisiones, como la que realizó Cantor Cruz (2021) así como las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (en López 2021) consideran necesario brindar apoyo psicológico y psiquiátrico cuando sea necesario. Sin embargo, ni el psiquiatra ni la médica señalaron haber tenido acceso a un programa de apoyo por parte de la institución donde laboraban.

En cuanto a las diferencias con otras investigaciones, un aspecto por corroborar es la incertidumbre del personal para renunciar a su trabajo. No se encontraron hasta el momento investigaciones que reportaran que el personal de salud consideraba la renuncia a sus empleos. Sin embargo, esto ocurrió en el caso de la médica. Considerando su contexto particular, ser una mujer sin dependientes económicos y viviendo en casa de sus padres, pudieron ser factores que le permitieron contemplar esa posibilidad, además de que sus padres le pidieron que lo considerara. Quizás, si su situación económica fuera vulnerable, no lo meditaría. Sin embargo, esta duda no se reportó en el psiquiatra. Sería interesante cuestionar de qué dependería tomar la decisión de dejar su empleo, si influye la institución empleadora, la familia, la pareja, otras relaciones, la estabilidad económica, el género, entre otros factores.

Otro nuevo elemento hallado en esta investigación, es la incertidumbre por ofrecer un diagnóstico adecuado, pues la entrevistada informó que, en ocasiones, al terminar su jornada laboral, los pensamientos sobre si su labor médica fue acertada, se hacen presentes.

En relación con la segunda pregunta de investigación *¿Cuáles son los cambios que han experimentado respecto de las relaciones con sus familiares y amistades?* la investigación se basó principalmente en tres aspectos: en la convivencia con familiares y amistades, las formas de comunicación y las emociones latentes en la interacción.

El aislamiento, en concordancia con diferentes investigaciones, fue una de las principales consecuencias derivadas de la contingencia. Los límites físicos y sociales que tiene con su familia se evidenciaron en el caso de la entrevistada, sin embargo, también los integrantes de su familia se limitaron para interactuar con ella. Aunque la familia puede considerarse como un factor de protección, en el caso de la entrevistada, se volvió una fuente de estrés por el temor a contagiar a su madre. Para el caso del entrevistado, él también limita la interacción con algunos familiares con una situación de salud vulnerable. Ambos entrevistados concluyen que hubo una disminución en el tiempo de interacción y en la forma en que se reunían. Respecto a la convivencia con sus amistades, en el caso del psiquiatra se mantienen y refuerzan con sus compañeras de trabajo. Sin embargo, la interacción fuera de su área de trabajo, se modifica debido a que las reuniones se vuelven menos frecuentes. Para hacer frente a este distanciamiento social, ambos utilizaron las redes sociales y las llamadas telefónicas como medios de comunicación seguros, disminuyendo así el aislamiento.

Respecto de las emociones presentes, reportaron sentir miedo por sus familiares y amistades con una condición médica vulnerable. Aunque la literatura reporta que el personal de salud sufre discriminación y estigma, ninguno de los entrevistados indicó haber atravesado alguna de estas condiciones.

La unidad de análisis denominada *Representación de sí mismos*, permitió contemplar creencias, expectativas, emociones y pensamientos sobre el ser médicos. Gracias a los resultados, se observó que las similitudes que comparten, además de ser médicos, está el sentido de ayuda y empatía con las personas, la preparación constante, aunque para el entrevistado, la investigación también forma parte de su identidad.

Las principales diferencias entre los entrevistados fueron la edad, el género, el estado civil, los familiares con quienes viven, la especialidad que tiene el psiquiatra, la institución en la que colabora cada uno, la distancia que recorren para llegar a sus trabajos y el medio de transporte, y la profesión de los padres, que en el caso del entrevistado, son médicos. Estas diferencias construyen realidades distintas para cada uno. Considerando el género como un elemento importante, este puede ayudar a explicar por qué ella es más apegada a su familia de origen, pues se había hecho cargo del cuidado y acompañamiento de su madre, sustentada en la idea de que las mujeres deben cuidar a los demás miembros de la familia (Bonino, 2005; Castañeda, 2019; Hendel, 2017). Aunque los hermanos adquieren el rol de cuidadores, estas funciones solo cambian ante el contexto de la pandemia, no como una iniciativa propia. Esta cercanía a sus padres también se evidencia cuando le piden que renuncie a su trabajo para no exponerse al contagio.

Uno de los principales aportes a partir de los resultados, es el reconocimiento de las condiciones por las que atravesaron los entrevistados, evidenciando que, al igual que el personal de primera línea, los participantes afrontan grandes dificultades por el tipo de trabajo que desempeñan. Ambos concuerdan que aun cuando no son personal de salud de primera línea, corren un riesgo mayor de contagio que la población en general. Sin embargo, el riesgo es mayor para la entrevistada, pues debe atender a cualquier persona que solicite sus servicios, mientras que, para el psiquiatra, el *triage* realizado previamente por la enfermera y el no atender a pacientes con síntomas respiratorios le otorga mayor protección. Esta diferencia tiene que ver sobre todo con los protocolos de atención que promueven las instituciones en donde laboran, pues los protocolos son diferentes en una institución pública que en una privada.

Considerando que las historias de las personas son una forma de ver la realidad social desde el giro narrativo (Spearkes & Devís, 2008), el miedo al contagio o a la pérdida de la salud, la incertidumbre, el sufrimiento por el fallecimiento de los seres queridos o el quiebre de la propia salud y de familiares, los síntomas de ansiedad o depresión que las personas refieren en la consulta, son

algunos de los efectos de la pandemia y la cuarentena (Lozano, 2020; Martínez, 2020; Villarroel, 2020). Cuando el personal de salud narra estas situaciones de que sus consultantes les expresaron, son un reflejo de lo que acontecía en ese momento.

Con la intención de darle seguimiento a los resultados hallados, se consideró que la Terapia Familiar Sistémica podría ser capaz de ofrecer modelos de intervención que pudieran adaptarse a las necesidades particulares, como las terapias breves, que buscan, entre otras cosas, acortar la extensión de la terapia, modificar la interacción problemática, dirigiendo los esfuerzos en una tarea definida entre ambos para resolver los problemas que interfieren con el logro de metas (Cade & O'Hanlon, 1993; Freidberg, 1989; de Shazer, 1985) lo que puede resultar efectivo debido al poco tiempo libre con el que cuenta el personal de salud. Por ello, la siguiente fase de este trabajo, fue ofrecer una propuesta de atención para el personal de salud.

Los cambios sociales, psicológicos, estructurales, ambientales, económicos, etc., que se han gestado desde que comenzó la pandemia de la COVID 19. A más de dos años de la declaración de esta nueva enfermedad, algunas situaciones no han cambiado, pues la prevención, que incluye el aislamiento o la evitación social, continúa siendo importante debido al aumento de contagios. Aunque todas las personas hemos padecidos sus efectos, algunas han sufrido más las consecuencias.

Como se ha descrito a lo largo de esta investigación, el personal de salud ha padecido los efectos de forma particular e importante. Diversas investigaciones han pronunciado las consecuencias en este personal (Lozano- Vargas, 2020; Rossi et al., 2020; Villarroel, 2020; Urzúa, Vera, Caqueo & Polanco, 2020; Lai et al., 2020; Samaniego, Urzúa, Buenahora & Vera-Villarroel, 2020; Juarez, 2020; Dullius, Scortegagna, & McCleary, 2021; Cantor-Cruz et al., 2021). De forma particular, este trabajo permitió conocer, mediante un estudio de caso, las vivencias directas de una mujer médico y un hombre psiquiatra que, aunque no laboraban en la primera línea contra COVID-19, si lo hacen en tiempos de pandemia, con el propósito de entender

las interpretaciones constituyentes de su labor, evidenciando la subjetividad, y así, significando, resignificando y dándole sentido a sus experiencias. Dichas interpretaciones reflejan cambios en ámbitos de su vida, como: su práctica médica; sus relaciones interpersonales; su autoconcepto y las consecuencias en su salud física y mental, considerando el cansancio como el efecto principal.

Aun cuando las investigaciones se han enfocado en el personal de primera línea, es decir, en el personal que trabaja de forma directa con personas infectadas, el riesgo de contagio también se hizo evidente en aquellos quienes no trabajaban en la primera línea. Muchas personas no acudían a los centros u hospitales especializados en COVID-19 por el temor a contagiarse ahí. Al no asistir a estos hospitales, lo más común en sociedades como la nuestra, fue acudir a los centros particulares de atención. Ahora se conoce que cualquier persona podría estar contagiada sin saberlo, pues los síntomas no se expresan de la misma manera en todas las personas. Es por ello que dar una consulta, se vuelve un riesgo de contagio.

A pesar de ello, su labor continúa, incrementando más la carga laboral debido a una mayor demanda en las acciones de limpieza y desinfección, a una mayor inversión de tiempo, energía y concentración para detectar síntomas y ofrecer un diagnóstico certero, a la extensión de notas clínicas, a los cambios en las consultas debido a que, tanto el personal de atención como los pacientes deben usar al menos mascarillas, lo que ocasiona que deban hablar con mayor volumen y que la visión de las expresiones faciales sean más limitadas; a la reducción del tiempo de consultas, siendo prioridad que pasen el menor tiempo posible dentro del consultorio para evitar el contagio. Todos estos factores derivan en un aumento del cansancio físico y mental del personal.

Sin embargo, no solo en el ámbito laboral la carga se hace mayor. Las relaciones que mantienen con familiares y amistades también se ven permeadas cuando el personal tiene que limitar su interacción física con ellos, sobre todo por el temor de contagiar a sus familiares, amigos o familiares de amigos, pues reconocen que el continuo trabajo que tienen con pacientes es un factor de riesgo de contagio.

Esto promueve que el aislamiento sea una opción, que, de forma circular, promueve que otros problemas se acentúen, como por ejemplo, no encontrar espacios para hablar sobre las sus emociones.

Respecto a literatura reportada sobre la salud mental del personal de salud, muchas de estas publicaciones son internacionales, alejadas del contexto social, político, cultural, geográficos, estructural, jurídico en el que nos encontramos. Como se mencionó, las investigaciones son referentes a aquellos que se encuentran en centros u hospitales denominados COVID porque atienden a personas diagnosticadas en estados de gravedad importante.

De acuerdo con las publicaciones halladas, las intervenciones psicológicas propuestas y ejecutadas, son elaboradas desde diversos modelos de intervención psicológica, como la terapia cognitivo conductual, o se enfocan en abordar a los distintos síntomas según los diagnósticos psiquiátricos previos o diferentes síndromes.

Las propuestas de la Terapias Breves Sistémicas, buscan tomar distancia de las categorías médicas debido a que cierran las posibilidades de cambios pues dejan de lado las habilidades o propuestas de soluciones del propio paciente. Estas terapias sistémicas consideran a las relaciones como un factor importante, no solo en las relaciones sociales, como la de la familia, con otros compañeros o con amigos, si no la propia relación con el problema o la dificultad. En estos modelos terapéuticos se busca el cambio, que, por efecto circular, ese cambio también alterará otros aspectos de la vida de las personas.

Los y las terapeutas que prestan servicio al personal sanitario, deben considerar cuál es su postura sobre el papel que juegan los roles de género, pues como se mencionó, muchas investigaciones recalcan que son las mujeres (y en especial las enfermeras) quienes tienen mayores índices de ansiedad, depresión, estrés postraumático o fatiga por compasión (Rossi et. al., 2020; Mellins et al., 2020; Lai, et al, 2020). Incluso en las entrevistas realizadas a la mujer médico, pudo saberse que ella era quien solía hacerse cargo del cuidado y acompañamiento de su madre, pero al conocer el riesgo de contagio que podría haber, la dinámica

cambia, teniendo un distanciamiento de sus padres y haciendo que sus hermanos se hicieran cargo de esa función.

Como generalmente a las mujeres se les ha asignado el rol de cuidadora, es posible que el tener mayor distancia de su familia sea un cambio con más repercusiones en comparación con los hombres. Aunque esta intervención no está basada precisamente en las terapias feministas, si es fundamental que aquella persona que desee ejercer como terapeuta, considere estas estructuras de desigualdad social, económica y política, haciendo su trabajo con una mirada de género.

En el proceso de elaboración de la propuesta de intervención, se encontró que existen situaciones por las que atraviesan o atravesó el personal de salud entrevistado y que no les dieron un nombre a lo que les sucedía dentro de la entrevista. Respecto de esto, el cansancio y malestar emocional que les ocasionaba escuchar el dolor y las tragedias con las que llegaban los consultantes, puede estar englobado en la fatiga por compasión, aunque ellos no lo definen en ningún momento con este nombre. Sin embargo, poder definirlo puede permitir que los trabajadores de la salud puedan tener más información sobre lo que les sucede y, por ende, mayor oportunidad de buscar prevenirlo o cambiarlo. La intención no es etiquetar su experiencia sino poner sobre la mesa las dificultades por las que atravesó el personal de salud entrevistado, al igual que sus consultantes.

Es importante considerar la responsabilidad institucional en cuanto al cuidado hacia los trabajadores de la salud, y que no solo es la atención terapéutica la que tendrá un efecto positivo, sino que esta se verá permeada por el apoyo que tengan de su centro de trabajo.

Este proyecto es una aproximación para el abordaje de los efectos de la pandemia en el personal de salud, considerándolo como un piloto, debido a que no se cuentan con los recursos económicos, institucionales y humanos para poder implementarlo en una población mayor. Aunque en la actualidad los índices de contagio y defunciones no son tan elevados como recién iniciada la pandemia, es importante desarrollar propuestas de atención a la salud mental tanto para el

personal de salud como para la población en general, pues como dice el investigador español Miguel Angel Sanchez-González (2022), las catástrofes epidémicas recurrentes son inevitables, principalmente debido al deterioro ambiental, la presión demográfica, la pobreza y la inestabilidad política, por ello, continuaran apareciendo enfermedades infecciosas nuevas. Estas enfermedades pueden tener estragos tan serios como para convertirse en pandemias.

Como posibles limitantes, se debe hacer constar que la fecha en la que se realizaron los estudios puede afectar los resultados por la propia progresión de la pandemia. También es importante considerar que, tanto las entrevistas realizadas en la Fase 1 como la posible aplicación de esta propuesta de intervención terapéutica, fueron realizadas de manera virtual, limitando la interacción terapéutica al no poder tener un panorama más amplio de la postura del paciente, de todos los movimientos corporales, etc.

Por último, se subraya que una de las dificultades para poder escribir esta propuesta de intervención, fue el temor a caer en una propuesta atomista y reduccionista, es decir, en una epistemología lineal progresiva tradicional, como lo menciona Keeney (1983), contraria a lo que fundamenta una epistemología recursiva, que cimienta a las terapias sistémicas. Por ello se recalca la importancia de conocer el contexto social, económico, político, geográfico y de salud, así como las relaciones interpersonales e historias de vida propios de cada profesional de la salud, para evitar reduccionismos sobre lo que cada uno de ellos y ellas necesita.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

Este proyecto inició con el objetivo de conocer la experiencia de dos profesionales de salud en tiempos de pandemia que se encontraban en la segunda línea de intervención. Mediante una investigación cualitativa utilizando el estudio de caso para entrevistar a una médica general y un psiquiatra, se pudo observar que las experiencias subjetivas por las que han atravesado, han permeado la forma en cómo se relacionan con sus pacientes, familiares y amistades, principalmente. La interacción se ve modificada, reduciendo el tiempo de convivencia y la interacción presencial, llevándolos a un aislamiento con el propósito de evitar el contagio, pues ambos concuerdan que aun cuando no son personal de salud de primera línea, corren un riesgo mayor de contagiarse que la población en general. Otros estados emocionales prevalecen a raíz de la pandemia, como angustia, estrés, miedo, enojo, labilidad emocional, frustración, y agotamiento físico y mental; pero principalmente es el cansancio el que merma su nueva cotidianidad. Estas nuevas dificultades por las que atraviesa este personal de salud, coinciden con los resultados de diferentes investigaciones nacionales e internacionales respecto de los efectos de la COVID-19 en los trabajadores de la salud, aunque dichos estudios han priorizado al personal de primera línea, limitando a quienes laboran en la segunda línea.

Sin embargo, estas investigaciones son de corte cuantitativo, dejando de lado las experiencias personales. De esta manera, algunas situaciones por las que atraviesa el personal de salud entrevistado, como las dificultades que tienen para separar las obligaciones laborales de la vida personal y la sobrecarga laboral por cuestiones administrativas, las cuales se exacerbaban a partir de la pandemia, no se hallaron en la literatura.

De todo lo anterior, se consideró necesario proponer un plan de intervención terapéutica para este personal sanitario, basándose en el modelo de las terapias breves sistémicas, con el fin de abordar las dificultades específicas halladas previamente, tanto del estudio cualitativo expuesto en la presente tesis, como en los resultados de diversas investigaciones.

Finalmente quedaría plantear cuáles pueden ser las líneas futuras de intervención. Considerando la continuación del trabajo desarrollado en esta tesis, una línea futura inmediata podría ser la implementación de la propuesta de la Fase 2 en el personal de salud, tanto para los entrevistados como para los trabajadores de segunda línea, evaluando si la terapia les fue de utilidad, qué cambios habría que hacerse, qué otros elementos considerar, etc. Además, aún queda mucha investigación sobre cuales podrían ser las aportaciones de la Terapia Familiar Sistémica en condiciones tan específicas con la nueva pandemia por COVID-19 en población específica cómo estos profesionales.

REFERENCIAS

- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Bebchuk, J. (1991). Circularidad: concepto teórico e instrumento clínico. *Sistemas Familiares*, 7 (3).
- Berg, I.K., y Dolan, Y. (2001). *Tales of solutions: A collection of hope-inspiring stories*. New York: Norton.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. España: Herder
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004) *Historia de la Terapia Familiar. Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós
- Bonino, L. (2005). *Las microviolencias y sus efectos: claves para su detección*. En C. Ruiz-Jarabo y P. Blanco (Coords.), *La violencia contra las mujeres: prevención y detección*. Madrid: Díaz de Santos.
- Bolívar, A. (2001). La investigación biográfico-narrativa en educación. *Revista de educación*. España: La Muralla.
- Bertalanffy, L. V. (1968). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Blanco, M. (2017). Investigación Narrativa y Autoetnografía: Semejanzas y Diferencias. *Investigación Cualitativa*, 2(1) pp. 66-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.23935/2016/01037>
- Bradley, M. y Chahar, P. (2020). Burnout of healthcare providers during COVID-19. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*._ doi:10.3949/ccjm.87a.ccc051
- Cantor-Cruz, F., McDouall-Lombanac, J., Parra, A., Martin-Benito, M., Paternina, N., González-Giraldof, C., Cárdenas, L., M., Castillo, A., Garzón-Lawtonh, M., Ronderos-Bernalf, M., García B., Acevedo-Peña, J., Gómez-Gómez, O. y Yomayusa-González, N. (2021). Cuidado de la salud mental del personal de salud durante COVID-19: recomendaciones basadas en evidencia y consenso de expertos. *Revista Colombiana de Psiquiatria*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.02.007>
- Carlson, N. (2006). *Fisiología de la conducta*. Madrid: Pearson

- Code, B. y O'Hanlon, H.W. (1993). *Guía breve de terapia breve*. España: Paidós
- Castañeda, M. (2019). *El machismo invisible*. México: Debolsillo
- Castillo, S. (2001). El síndrome de "Burn out" o síndrome de agotamiento profesional. *Medicina Legar de Costa Rica*. Vol 17 n. 2 *On-line version* ISSN 2215-5287 *Print version* ISSN 1409-0015
- de Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*, 23(1), 11-17
- de Shazer, S. (1985). *Claves en psicoterapia breve*. España: Gedisa
- de Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia familiar breve*. España: Paidós.
- de Shazer, S. (1994). *En su origen las palabras eran magia*. España: Gedisa.
- de Shazer, S. (1995). *Claves para la solución en Terapia Breve*. España: Paidós
- de Sousa, A., Mohandas, E. y Javed, A. (2020). Psychological interventions during COVID-19: Challenges for low and middle income countries. *Asian Journal of Psychiatry*, volumen 51
- Dullius, W. R., Scortegagna, S. A., & McCleary, L. (2021). Coping strategies in health professionals facing Covid-19: Systematic review. *Psicología: Teoría e Práctica*, 23(1), 1–20. doi:10.5935/1980-6906/ePTPC1913976
- Eguiluz, R. (2004). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1982). La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder.
- Flick, U. (2002). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: ediciones Morata.
- Freidberg, A. (1989). Terapia Breve: Premisas terapéuticas, técnicas terapéuticas, pensamiento sistémico: marco de referencia subyacente a la Terapia Breve. *Psicoterapia y familia*, 2 (1), 30-39.
- Foster, H. (2008). *La posmodernidad*. España: Kairós.
- Furman, B. (2021). Frequently asked questions about solution-focused therapy
- Galvin, B., Hayden, J., Adamis, D. & McNicholas, F. (2020). Caring for the Psychological Well-Being of Healthcare Professionals in the Covid-19 Pandemic Crisis. *Irish Medical Journal*. 113(4), 51-53.
- García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, Ruiz-Frutos C. (2020). Impacto del SARS-CoV-

- 2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94: 23 e202007088
- Gergen, K. (2006) *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia*. España: Paidós
- Gutiérrez, A., Cruz, A., Morales, A., Cribeiro, L., Peña, N., Hidalgo, E., Rodríguez, Y., Peña, Y., Zaldívar, E., Báez, K., y Hidalgo, D. (2020). Protocolo de atención psicológica a distancia para el personal de salud en trabajo directo con pacientes afectados por COVID-19. *Anales d la Academia de Ciencias de Cuba*. 10 (2)
- Hendel, L. (2017). *Violencia de género. Las mentiras del patriarcado*. Argentina: Booket.
- Higashida, B. (2008). *Ciencias de la salud*. México: Mc Graw Hill
- Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. Encuesta de salud mental de 230 miembros del personal médico en un hospital terciario de enfermedades infecciosas por COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*. 2020;38(0):E001. doi: 10.3760/ cma.j.cn121094-20200219-00063
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia COVID-19. *Revista de Perú Médica Experiencia en Salud Pública*. 37(2), 327-334.
- Jara, V. (2012). Desarrollo del pensamiento y teorías cognitivas para enseñar a pensar y producir conocimientos. *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación*, núm. 12, 2012, pp. 53-66
- Juárez-García A. Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS*. 2020; 53(4): 432-439. doi: <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>
- Kameno, Y., Hanada, A., Asai, D., Naito, Y., Kuwabara, H., Enomoto, N. & Yamasue, H. (2020). Individual psychotherapy using psychological first aid for frontline nurses at high risk of psychological distress during the COVID - 19 pandemic. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 75(1), 25-27. <https://doi.org/10.1111/pcn.13170>
- Keeney, B. (1983). *La estética del cambio*. España: Paidós

- Lai, M., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N. Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, S., Wang, Y., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G, Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*.3(3). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lini, C. y Bertrando, P. (2018) posicionamiento y emociones en terapia sistémica. *Terapia familiare*, 117, 9-27
- Lipchik, E. (2002). *Uncovering MRI roots in solution-focused therapy*. Ratkes.
- Lopez, I. (2021). La salud mental del personal sanitario ante la pandemia del COVID-19. *Enfermería investiga. Investigación, vinculación, docencia y gestión*. 6 (1), 47-51
- Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de china. *Revista de Neuropsiquiatria*. 83(1), 51-56.
- Macaya, P. y Aranda, F (2020). Cuidado y autocuidado en el personal de Salud: enfrentando la pandemia COVID-19. *Revista chilena de anestesia*. 49(3), 356-362.
- Martínez, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente? *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 143-152. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4907>
- Mellins, C., Mayer, L, Glasofer, D., Devlin, M., Albano, A., Nash, S., Engle, E., Cullen, C., Ng, W. Y., Allmann, A., Fitelson, E., Vieira, A., Remien, R., Malone, P., Wainberg, M. & Baptista-Neto, L. (2020). Supporting the well-being of health care providers during the COVID-19 pandemic: The CopeColumbia response. *General Hospital Psychiatry*, 67, 62-69. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.08.013>
- Milone, R. (2008). Epistemología e historia de la ciencia. Selección de trabajos de las XVIII jornadas. *Centro de investigaciones de la facultad de Filosofía y Humanidad Universidad Nacional de Córdoba*. Vol 14.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1989). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa

- Muñoz, S., Molina-Valdespino D, Ochoa-Palacios R, Sánchez-Guerrero O, Esquivel-Acevedo JA (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediatr Méx*; 41 (Supl 1):S127-S136.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder
- Navinés R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. (2021). Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Med Clin (Barc)*. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.04.003>*
- O'Hanlon, H.W. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones*. España: Paidós
- O'Hanlon, H.W. (1999). *Desarrollar posibilidades*. España: Paidós
- Papalia, D. y Feldman, R. (2012). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill
- Papp, P. (1988). *El proceso de cambio*. Argentina: Paidós
- Pérez, S.C. y Rodríguez, S.P. (2010). Entrevista a Giorgio Nardone. *Terapia Breve Estratégica: Una realidad inventada que produce efectos concretos*. *Clínica contemporánea*, 1(1), 61-66.
- Pintado, S. (2018). Programa basado en mindfulness para el tratamiento de fatiga por compasión en personal sanitario: una revisión. *Terapia Psicológica*. 36(2), 71-80
- Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, (2018). Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. ; 13(11). doi: 10.1371/journal.pone.0206840. PMID: 30418984; PMCID: PMC6231624.
- Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Archidona: Ediciones Aljive
- Rossi, R., Soggi, V., Pacitti, F., Di Lorenzo G., Di Marco, A., Siracusano, A., y Rossi, A. (2020). Mental health outcomes among frontline and second-line health careworkers during the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Italy. *JAMA Network Open*. 3 (5). doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.10185

- Rubiano, Y. y Ruíz, A. (2010). *La narrativa biográfica. Opción metodológica para investigar la relación enfermera-personas viviendo con VIH/SIDA*. Universidad Nacional de Colombia.
- Sanchez, J. (2020). *Salud psicológica en tiempos de pandemia*. Conferencias virtuales. La ciudad y la Pandemia. <https://www.youtube.com/watch?v=FEYgxqbbESg>
- Sánchez-González, M. (2021). Historia y futuro de las pandemias. *Revista médica clínica Las Condes*. 32(1), 7-13
- Samaniego, A., Urzúa, A., Buenahora, M., y Vera-Villarroel, P. (2020). Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: efectos COVID. 19. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* 54 (1), 1-19.
- Segal, L. (1986). *Soñar la realidad*. España: Paidós
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio*. Barcelona: Gedisa
- Sociedad Española de Psiquiatría. (2020). *Cuidando la salud mental del personal sanitario*
- Spearkes, A y Devís, J. (2008) *Investigación narrativa y sus formas de análisis: una visión desde la educación física y el deporte*.
- Stake, R. (1998). *Investigación con estudio de casos*. España: Morata
- Sternberg, R. (2011). *Psicología cognoscitiva*. México: Cengage Learning ediciones
- Torres, E. (2018) El declive del enfoque narrativo en la sociología histórica: hacia la restauración de un proyecto intelectual Sociológica. México: UAM, *Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades*. 33 (93),
- Torres-Muñoz, V., Farias-Cortés, J., Reyes-Vallejo, L. y Guillén Díaz, C. (2020). Riesgos y daños en la salud mental del persona sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. *Revista mexicana de Urología*. 80 (3). Pp. 1-10
- Urzúa, A., Vera-Villarroel, P., Caqueo-Úrizar, A. & Polanco-Carrasco, R. (2020). Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia psicológica*. 38(1), 103-118.

- Villaroel, P. (2020). Psicología y COVID-19: un análisis desde los procesos psicológicos básicos. *Panamerican Journal of Neuropsychology*. 14(1), 10-18.
- Vinueza, A., Aldaz, N., Mera, M., Pino, D., Tapia, E., y Vinueza M. (2020). Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*. 29(4), 1132-6255
- Watzlawick, P., Weakland, H.J. y Fisch, R. (1974). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder
- White, M. (2016). *Mapas de la práctica narrativa*. Chile: Pranas

ANEXOS

Anexo #1

Nombre:		Edad:	
Estado civil		Escolaridad:	
		Ocupación:	
Lugar donde labora:			
Jornada laboral:			
Alguna enfermedad:			

Fecha: __, __, 202__
Hora: __:__ - __:__

Preguntas guía

Tabla de composición familiar:

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Enfermedad Si/No ¿Cuál?	Comparten domicilio

Preguntas guía para fomentar la narración:

Tema 1: trabajo y Pandemia. Pregunta de investigación:

3. ¿Cómo ha sido la experiencia del personal de salud ante esta nueva epidemia respecto a su cotidianidad en el trabajo y cómo ha enfrentado el personal de salud las dificultades que su trabajo impone?

“Platícame cómo era un día laboral común antes de que comenzará la pandemia”

De mini recorrido

- ¿a qué hora te levantabas?
- ¿cuáles eran tus actividades previas al trabajo?
- ¿cómo era tu trayecto al trabajo?
- ¿qué era lo primero que hacías al llegar a tu trabajo?
- ¿cómo eran tus actividades?
- ¿cuál era tu horario de trabajo?
- ¿cómo era el contacto con tus pacientes?
- ¿de qué conversaban?
- ¿con qué personal de salud solías interactuar?
- ¿qué tan cercano eras con tus compañeros?
- ¿cómo era tu relación con tus jefes/superiores?
- ¿qué era lo que más te preocupaba de tu trabajo?
- ¿qué pensabas sobre tu trabajo?
- ¿qué te gustaba más / menos de tu trabajo?
- ¿cómo era “terminar una jornada laboral” ?

Preguntas de contraste:

“Platícame cómo es un día en tu trabajo a partir de la pandemia”

- ¿qué es lo que más ha cambiado?
- ¿qué medidas de salud han implementado en tu trabajo?
- ¿qué medidas has tomado tú en tu consultorio?
- ¿qué tipo de uniforme utilizas?
- ¿cómo es haber cambiado de uniforme?
- ¿cómo es ahora el contacto con los pacientes?

- ¿cómo ha cambiado la forma de dar consulta?
- ¿de qué conversan?
- ¿qué tan cercano eres con tus compañeros?
- ¿cómo es tu relación con tus jefes/superiores?
- ¿qué es lo que más te preocupa de tu trabajo?
- ¿qué piensas sobre tu trabajo?
- ¿qué te gusta más / menos de tu trabajo?
- ¿cómo describes el ambiente en tu trabajo?
- ¿cómo es “terminar una jornada laboral”?

Tema 2: relaciones y Pandemia

4. ¿Cuáles son los cambios que han experimentado respecto a las relaciones con sus familiares y amistades a partir de la pandemia?

“Platícame cómo era la convivencia con tu familia / amigos antes de que comencará la Pandemia”

Familia:

- ¿cuánto tiempo pasabas con cada integrante?
- ¿qué solían hacer?
- ¿con quién eras más / menos cercano?
- ¿de qué solían conversar?
- ¿qué era lo que más te gustaba de esa convivencia?
- ¿a dónde salían?
- ¿qué días a la semana solías verlos?

Amistades

- ¿quiénes son tus mejores amigos?
- ¿cuánto tiempo pasabas con cada uno?
- ¿qué solían hacer?

- ¿con quién eras más / menos cercano?
- ¿de qué solían conversar?
- ¿qué era lo que más te gustaba de esa convivencia?
- ¿a dónde salían?
- ¿qué días a la semana solías verlos?

“Platícame como es ahora la relación con tu familia “

- ¿qué es lo que más ha cambiado?
- ¿qué piensan sobre tu trabajo en este momento?
- ¿cómo fue pensar en que tu podrías contagiarte debido al trabajo que desempeñas?
- ¿qué pensamientos/ emociones crees que estén presentes en ellos?
- ¿quiénes se preocupan más?
- ¿qué cambios han surgido en cuanto al tiempo que pasan juntos?
- ¿qué medidas has tomado para evitar un posible contagio?

“Platícame como es ahora la relación con tus amigos “

- ¿qué es lo que más ha cambiado?
- ¿qué piensan sobre tu trabajo en este momento?
- ¿cómo fue pensar en que tu podrías contagiarte debido al trabajo que desempeñas?
- ¿qué pensamientos/ emociones crees que estén presentes en ellos?
- ¿quiénes se preocupan más?
- ¿qué cambios han surgido en cuanto al tiempo que pasan juntos?
- ¿qué medidas has tomado para evitar un posible contagio?

Preguntas de experiencia

- ¿Qué ha sido lo más difícil de esta “nueva normalidad”?
- ¿qué haces para afrontar las dificultades?
- ¿qué es para ti ser médico?
- ¿cómo crees que las personas te perciben?

- ¿crees que corres mayor riesgo de contagiarte de COVID 19 por el tipo de trabajo que desempeñas?
- ¿qué podría ser aquello que no saben las personas o la gente común respecto al trabajo que haces?
- ¿qué te gustaría que supieran?
- ¿quisieras agregar algo más a esta entrevista?

Anexo #2

Reducción y codificación

Macro categorías	Micro categorías	Codificación	Definición
Labor Clínica Médica LCM	Rutinas	RUT	Actividades diarias en el lugar de trabajo o relacionadas a estas como el camino al trabajo o a la salida del mismo
	Protocolos de atención	PAT	Acciones para ofrecer el servicio de atención, modificaciones de los espacios de los consultorios, duración, cantidad de consultas, o formar de atender para prevenir el contagio
	Atención a Pacientes	APA	Tipo de interacción con los diferentes consultantes por edades (niños, adultos o adultos mayores), motivo de consulta y cantidad de pacientes
	Relaciones con el personal	REP	Trato con el demás personal de salud, incluyendo jefes, compañeros del personal de salud y personal administrativo; lugares de interacción, frecuencia y tiempo
	Emociones en el trabajo	EMT	Reacciones psicofisiológicas presentes ante un determinado objeto, lugar, persona o situación
Relaciones familiares RFA	Convivencia con Familiares	CVF	Referido a reuniones (frecuencia) y la duración de estas, actividades en común, temas de conversación, espacios compartidos, nivel de cercanía física y afectiva y expectativas de los diferentes miembros de la familia
	Formas de comunicación con la familia	FCF	Utilización de redes sociales (whatsapp, Facebook, Messenger) y medidas para comunicarse
	Emociones en las relaciones familiares	EMF	Reacciones psicofisiológicas presentes ante un determinado objeto, lugar, persona o situación
	Convivencia con amigos	CVA	Referido a reuniones (frecuencia y duración), actividades en común, temas de conversación, espacios compartidos, nivel

Relaciones sociales RSO			de cercanía física y afectiva, expectativas de amistades dentro de sus trabajos y fuera y tipo de interacción según si son médicos o no.
	Formas de comunicación con amigos	FCA	Utilización de redes sociales (whatsapp, Facebook, Messenger) y medidas para comunicarse
	Emociones en las relaciones sociales	EMS	Reacciones psicofisiológicas presentes ante un determinado objeto, lugar, persona o situación
	Representación de sí mismos	RDS	Creencias, expectativas, emociones o pensamientos sobre su concepto de ser médico
	Efectos del confinamiento por la pandemia en la salud	ECS	Observados en cambios fisiológicos, niveles de agotamiento u otras dificultades y prácticas de afrontamiento