



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

**“La psicoterapia virtual durante la contingencia sanitaria por COVID-19:
Práctica como psicóloga clínica en una Asociación Civil en colonias de alta
marginación del Barrio de Cuauhtepac”**

INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL

Que para obtener el título de

Licenciada en Psicología

Presenta

Nancy Espinosa Gonzaga

Directora de informe de práctica profesional:

Mtra. Clara Haydee Solís Ponce

Asesores:

Mtro. Pedro Vargas Ávalos

Dr. Marco Antonio Cardoso

Lic. Joel Sánchez Monterrubio

ESP. José Juan Bautista Butron



Ciudad de México, 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Dedicatoria.

Agradezco principalmente el gran esfuerzo y apoyo incondicional de mi mamá Ofelia Gonzaga y mi papá Calixto Espinosa, porque me motivaron a continuar y no detenerme, porque creyeron en mí, en mi sueño de concluir una carrera universitaria, tienen todo mi cariño, respeto y admiración.

A mi directora de tesis Clara Haydee Solís Ponce quién marcó mi vida profesional, despertando mi pasión por la psicología clínica y a cada uno de mis profesores que abonaron conocimiento para mi desarrollo profesional.

A mi esposo por su apoyo y respaldo, por formar un gran equipo; a mis hijos, por comprender mis tiempos de estudio y trabajo, que sé dará inspiración en su proyecto de vida.

Agradezco a cada uno de mis pacientes porque han confiado en mí y han recomendado mi servicio, sin ustedes este reporte laboral no sería posible.

Nancy Espinosa Gonzaga

Índice

Resumen	2
Capítulo 1. El inicio del pensamiento sistémico	1
Capítulo 2. El Mental Research Institute (MRI)	5
<i>2.1. Fundación del Brief Therapy Center</i>	<i>9</i>
<i>2.2. Brief Therapy Center Latino.</i>	<i>11</i>
Capítulo 3. La atención psicológica primaria	24
Capítulo 4.- La atención virtual.	31
Capítulo 5.- Localidades de asistencia en estado de marginación en el Barrio de Cuauhtepac en la Alcaldía Gustavo A Madero	35
Capítulo 6. - Contingencia Sanitaria por COVID-19	39
Capítulo 7.- Reporte de actividades virtuales como psicóloga clínica en una Asociación Civil	43
Capítulo 8.- Conclusiones.	53
<i>8.1 Propuesta</i>	<i>54</i>
Referencias	56
Anexo	62

Resumen.

El presente informe de práctica profesional tiene el objetivo de describir las actividades virtuales realizadas durante seis meses como psicóloga clínica en una asociación civil. Este trabajo se realizó en comunidades en estado de marginación del barrio de *Cuautepec* en la alcaldía Gustavo A. Madero durante la contingencia sanitaria por COVID-19, en el periodo que comprendió del 1° de abril al 30 de septiembre del 2021

El diseño de investigación documental permitió recopilar información descriptiva de 25 pacientes atendidos en consultas con el modelo *Resolución de Problemas* y 114 personas atendidas en el taller “La comunicación hoy en día”, lo cual dio un total de 139 beneficiarios.

Palabras clave: teleasistencia, terapia breve, MRI, psicología clínica, comunidades marginales, COVID-19, resolución de problemas.

Capítulo 1. El inicio del pensamiento sistémico

El pensamiento sistémico permite identificar que el ambiente está compuesto por partes, las cuales, conforman una estructura que permite que, si una de las partes cambia, el ambiente se modificará. Dicho lo anterior, a continuación, se hará un recorrido teórico-histórico sobre los elementos más relevantes que conforman el pensamiento sistémico y que sirven para enmarcar este informe.

Según Pedro Vargas, en su artículo *Antecedentes de la Terapia Sistémica: Una aproximación a su tradición de investigación científica (2004)*, es a partir del inicio de las Conferencias Macy en el año 1942 y la integración del grupo Cibernético en Nueva York conformado por Arturo Rosenblueth, Norbert Wiener, Julian Bigelow, el fisiólogo Rafael Lorente de Nó, el neuropsiquiatra Warren McCulloch, los antropólogos Gregory Bateson y Margaret Mead, Milton H. Erickson y Lawrence Kubie, que se estableció el concepto de “circularidad”, al cuestionar la importancia de la retroalimentación en las interacciones, el cual rompió con la metodología lineal de la época y después de una pausa tras finalizar la Segunda Guerra Mundial, gracias a las aportaciones de expertos en las ciencias blandas y ciencias duras, las Conferencias Macy continuaron generando conceptos que impactaron en el estudio del comportamiento humano como la “cibernética”, la cual estudia los procesos de retroalimentación y control en el ser humano y las máquinas.

Entendiendo la circularidad, se puede pasar a la explicación del doble vínculo, en la cual, Bateson con su gran conocimiento en antropología identificó pautas de conducta en las dinámicas de relación en los sistemas. Estas, se caracterizan por

patrones de comunicación recurrentes entre personas de un sistema que generaban relaciones paradójicas, es decir, se envían mensajes duales, así lo plantea en su estudio sobre la comunicación con pacientes esquizofrénicos. Posteriormente se unió a su estudio Norbert Wiener quien observó que, ante algún cambio en las dinámicas en el sistema, las interacciones vuelven al estado interactivo original, a lo que llamaron homeostasis, es decir; la retroalimentación en la conducta permite su anticipación y por lo tanto prevalece su permanencia.

Igualmente, Bateson introdujo el estudio de “Los niveles jerárquicos dentro de la comunicación” y la “Clasificación de los mensajes” que dio como resultado “la paradoja”. Según el recorrido histórico que propone Vargas, (2004), en 1953 continuó su investigación del lenguaje con pacientes esquizofrénicos en colaboración con John Weakland, Jay Haley y William Fry, con quienes a excepción de este último realizaron la publicación del artículo *Hacia una Teoría de la Esquizofrenia* en dónde se afirmó por primera vez que la esquizofrenia es el resultado de las relaciones familiares como fenómeno de la comunicación en el sistema. Por lo tanto, la enfermedad mental comenzó a verse como patrones específicos de interacción, siguiendo dos premisas: a) la familia como sistema homeostático y b) la hipótesis del doble vínculo; lo cual promovió la emancipación del psicoanálisis que predominó hasta los años 70.

Siguiendo con el entendimiento de la familia como sistema, es Don Jackson quien la define como un sistema homeostático que funciona a través de reglas de manera repetitiva y estructurada, pues como menciona Ventura, “*Introdujo el supuesto de que la familia puede ser entendida como un sistema gobernado por*

reglas, de donde desprendió la idea, que el comportamiento sintomático de una persona es el resultado de las reglas de interacción del sistema familiar al que pertenece” (2016, p.2)., por lo tanto, era necesario observar la dinámica familiar de manera concreta y específicamente las interacciones unos con otros, generando así una perspectiva de la persona dentro de un sistema y no como un ser aislado.

Para entender cómo funciona el doble vínculo, Vargas logra sintetizar de forma muy precisa los momentos en los que se puede presentar el “doble vínculo”, esta precisión la realiza por supuesto basándose en el trabajo *Hacia una teoría de la esquizofrenia*, realizado por Bateson, Haley, Jackson y Weakland, 1976:

Se presenta doble vínculo cuando:

- a) Dos o más personas participan en una relación intensa que tiene un gran valor para la supervivencia física y/o psicológica de una, varias o todas ellas.
- b) Cuando el mensaje está estructurado de modo que: 1) afirme algo, 2) afirme algo de su propia afirmación, 3) ambas afirmaciones sean mutuamente excluyentes, y 4) dado el tipo de relación que existe entre las personas, sea imposible que alguna de ellas se salga del marco establecido. (Vargas, 2004, pág.13)

Para Bateson no eran temas que le resultaran fundamentales, sin embargo, el grupo que conformó, continuó la investigación y documentación del doble vínculo y a partir de su influencia continuaron trabajando con la perspectiva familiar en el Mental Research Institute (MRI).

En este recorrido histórico, también es importante mencionar que Milton H. Erickson, también fue un integrante del grupo cibernético. Este último influenció a

Jay Haley y John Wekland, con respecto a su enfoque y su estrategia. Su trabajo fue reconocido en cada una de las escuelas de terapia sistémica y el MRI adoptó el proceso de cambio como premisa principal de su trabajo.

Capítulo 2. El Mental Research Institute (MRI)

Ahora, es importante destacar el trabajo realizado para constituir el Mental Research Institute (MRI, por sus siglas en inglés), ya que es una institución fundamental para comprender el modelo de la terapia breve.

El psiquiatra y psicoanalista Don Jackson, se interesó por el estudio de las dinámicas familiares con pacientes esquizofrénicos y como se había mencionado anteriormente, colaboró con el grupo de Bateson, interesado en la teoría del doble vínculo; adoptó estrategias como “la prescripción del síntoma”, la “paradoja terapéutica”, entre otras.

En 1958, Don Jackson, interesado en continuar dichas investigaciones hacia la psicoterapia, fundó el Mental Research Institute, el cual,

Abriría sus puertas de manera oficial el 19 de marzo de 1959, con Don Jackson como director, Jules Riskin como director asociado y Virginia Satir como directora de formación (...) Jay Haley, John Weakland y William Fry se incorporaron al instituto como investigadores asociados, mientras que Gregory Bateson sólo lo hizo como consultor”(Ventura, 2016, p.17).

A pesar de que Bateson fue invitado como líder del proyecto de investigación, no participó; por lo tanto, se generaron dos grupos de trabajo: el MRI y el grupo de Bateson.

Cabe destacar que el MRI tenía objetivos muy específicos, como la exploración de elementos teóricos para la aplicación de tratamientos. El objetivo principal del MRI: El objetivo primordial con el que se erigió el Mental Research Institute, consistió en encontrar elementos teóricos intermedios de las grandes ideas de Bateson y su implementación en el tratamiento de familias, para lo cual el instituto fue dividido en dos grandes vertientes, 1) la investigación sobre familias y 2) la formación en el tratamiento de éstas. (Ventura, 2016, p. 17).

Además, es importante resaltar que el MRI no se consolidó únicamente por el trabajo de Don Jackson, si no que, fue un proceso de colaboración entre diversos personajes importantes, entre los que se encuentra Virginia Satir quien, para 1959 ya había realizado trabajo con familias más que cualquier otro investigador de la época, por lo tanto, resultó de gran interés para Don Jackson.

”El proyecto del MRI consistía en observar el lazo existente entre la interacción familiar y el desarrollo de la salud (o enfermedad) en los miembros de una familia.”(Karam, 2004, párr.6).

Jackson, invitó a Paul Watzlawick en 1960, quién se abocó a estudiar los trabajos de comunicación de Bateson, según narran Wittezaele y García, “Watzlawick emprendió un estudio con familias sobre la base de la comunicación, mientras que al mismo tiempo Jackson le enseñaba de manera directa las técnicas terapéuticas que hasta entonces había desarrollado; así pues, y en vista del gran empeño e interés que mostraba en el MRI, Jackson lo nombró poco tiempo después asociado de investigación (Wittezaele y García,1994)

Respecto a la trayectoria de Paul Watzlawick, después de su inmersión en la comunicación, publicó su libro *Teoría de la comunicación humana* en dónde Watzlawick propone cinco axiomas:

1. No se puede no comunicar. Todo comportamiento es una forma de comunicación (por ejemplo, hablar/estar en silencio). “En una situación interpersonal todo comportamiento influye sobre los demás, les comunica algún mensaje y éstos no pueden dejar de responder a tales mensajes comportándose y comunicando a su vez”.
2. En toda comunicación hay un aspecto de contenido y un aspecto relacional. “En toda comunicación además del significado de las palabras también se transmite información sobre la relación con el receptor de la información”.

3. Toda comunicación está basada en la puntuación de la secuencia de hechos. “Tanto el emisor como el receptor de la comunicación estructuran el flujo de la comunicación de diferente forma y, así, interpretan su propio comportamiento como una reacción ante el del otro. Cada uno cree que la conducta del otro es la causa de su propia conducta, cuando lo cierto es que la comunicación humana no puede reducirse a un sencillo juego de causa-efecto, sino que es un proceso cíclico, en el que cada parte contribuye a la continuidad del intercambio.
4. La comunicación humana implica dos modalidades: la digital y la analógica: “la comunicación implica –lo que se dice (palabras habladas)- y también –cómo se dice- (comunicación no verbal: gestos, tono, etc).
5. La comunicación determina que la relación entre los comunicantes sea simétrica o complementaria. Las relaciones simétricas están basadas en la igualdad y los participantes intercambian el mismo tipo de comportamiento. Este tipo de relación es frecuente entre compañeros de trabajo, hermanos, amigos. Las relaciones complementarias están basadas en la diferencia donde los participantes intercambian diferentes tipos de comportamientos complementándose y hay dos posiciones distintas, una superior y otra inferior. Este tipo de relación es frecuente entre padres-hijos, profesores-alumnos, etc. En nuestro trabajo como orientadores nos encontramos con numerosas ocasiones en las que la comunicación entre padres-hijos o profesores-alumnos es simétrica. (Schlanger, 2022, párr.23)

La investigación de Watzlawick con respecto a los postulados de la comunicación fue un parteaguas importante para dar continuidad al trabajo que ya se venía realizando con las familias, pues en un principio se planteó que todo comunicaba y por otra parte, se comprendió que un proceso de comunicación eficiente influye de sobremanera en el contexto en el que se lleva a cabo.

Por otra parte, Don Jackson continuó sus trabajos, que posteriormente se convirtieron en publicaciones, las cuales, también serían un punto de partida. Realizó diversas publicaciones, como su libro “*The etiology of schizophrenia*” por el cual la *Academy of Psychoanalysis* concedió el premio Frieda-Reichman, la primera revista de trabajos clínicos en conjunto con Jay Haley llamada *Family*

Process, colaboró con otras revistas como la *Medical Opinion and Review* y la creación de la editorial *Science and Behavior Books*.

En 1964, Don Jackson recibe el premio *Edward A. Strecker* por las aportaciones a la psiquiatría, "Fue durante esta época que el MRI se consolidó como una de las instituciones más importantes en el estudio de la familia" (Ventura, 2016, pág.18)

Siguiendo con el proceso de consolidación teórica que representó el MRI y el desarrollo histórico contextual, es importante mencionar que en 1968 murió Don Jackson; cada uno de sus colaboradores mencionó un motivo diferente, oscilan entre el suicidio y una sobredosis de medicamento involuntario; a partir de este momento inició una crisis que llevó a cada integrante a dirigir de manera individual o colaborativa sus líneas de investigación. En el texto *La Escuela de Palo Alto, Historia y evolución de las ideas esenciales*, realizado por Jean Jacques Wittezaele y Teresa García, se menciona que en Palo Alto se realiza: supervisión directa de casos a los terapeutas experimentados, simposios; en su clínica recibe a pacientes y algunos colaboradores atienden en consulta privada (1994).

La terapia desde la teoría sistémica ha aportado mucho al desarrollo en general, pues ha dado precedentes para la formación de profesionales y ha permitido el uso de herramientas que suman mucho a los diferentes procesos:

Como bien mencionan Feixas y colaboradores en el texto *El modelo sistémico en la intervención familiar*.

Estos estudios acerca de las pautas de comunicación de las familias de los esquizofrénicos propulsaron un nuevo enfoque de la psicoterapia, el sistémico, estrechamente ligado a la investigación. (...).En efecto, la forma en que se realizaba la psicoterapia (uso de espejo unidireccional, grabación de las sesiones, etc.) permitía la observación y el estudio sistematizado del

proceso terapéutico, antes restringido a la sacrosanta sala de terapia, reacia a cualquier intromisión externa o registro que pudiera desvelar su intimidad. (2016, p.17)

Pero justamente, gracias a los múltiples estudios realizados y el trabajo terapeuta-investigador fue posible modificar, incluso, la forma de realizar la terapia, pues como ya se mencionó, se comenzaron a utilizar herramientas como el uso de micrófonos y el uso del espejo, lo cual, fue una gran aportación para el estudio y los modelos.

En general, la formación en terapia familiar se plantea en base al estudio de las teorías y de la práctica supervisada que, en este caso, se beneficia del apoyo audiovisual o del espejo unidireccional. La posibilidad de que el terapeuta en formación observe los casos directamente, tal como se van desarrollando, y que posteriormente pueda conducir un caso real con supervisión directa supone una gran innovación formativa con excelentes resultados. En este formato, el supervisor, quien es a la vez formador, observa al terapeuta en formación detrás de un espejo o cámara de vídeo, con la posibilidad de llamarlo a consultar o simplemente de enviarle un breve mensaje por el intercomunicador. Quizá más que en ninguna otra escuela terapéutica, los modelos sistémicos han hecho del vídeo y del espejo unidireccional un instrumento indispensable en la terapia y en la formación (Feixas et al., 2016, p.47).

Dicho lo anterior, se pueden entender las bases que permitieron un gran avance para el estudio y praxis de la terapia, así como la modificación a sus procesos y las grandes pautas que modificaron la forma de ver la interacción y la comunicación entre las personas, sobre las que se sientan las bases para el desarrollo de una persona.

2.1. Fundación del Brief Therapy Center

El MRI fue una institución de servicio público sin fines de lucro enfocada en la investigación de la salud mental. Después de una recolección de fondos

adquirieron el edificio del MRI en la calle Middlefield, Palo Alto en el Estado de California. Fue en 1966 cuando Richard Fisch hizo la propuesta de crear el Brief Therapy Center, BTC por sus siglas en inglés, es decir, el Centro de Terapia Breve; dicho centro fue sugerido “para el uso de técnicas breves en pacientes externos para desarrollar tratamientos breves más modernos, y para el entrenamiento de terapeutas en el uso de estos tratamientos breves” (Schlanger 2022).

Según el texto *La verdadera e inédita historia del MRI y el Brief Therapy Center (BTC). Antes y ahora, (2022)*, se narra el inicio de la terapia breve de resolución de problemas. Cabe destacar que el BTC inició en 1967 con las investigaciones de Fisch, Weakland y Watzlawick planteando un método de intervención rápido y efectivo llamado Terapia Breve de Resolución de Problemas, dicho trabajo ha permitido bosquejar grabaciones de trabajo, formación y crecimiento en el campo de la psicoterapia y la terapia familiar en diferentes partes del mundo.

El trabajo desarrollado en el Brief Therapy Center fue adjudicado al MRI catapultando su conocimiento mundial de la mano de Watzlawick, Weakland y Fisch.

Actualmente, Karin Schlanger es directora del BTC del MRI, tomó posesión desde 2008, posterior a la jubilación de Richard Fisch. La misma Schlanger (2022), escribió que el consejo decidió vender el edificio con sede en Palo Alto, California, Estados Unidos en el año 2019, lo cual generó una pausa en los entrenamientos y servicios a los clientes; sin embargo la necesidad de continuar con la formación y

desarrollo del BTC han dado apertura a generar entrenamientos en otras partes del mundo a través del desarrollo de tecnologías online en inglés y español.

2.2. Brief Therapy Center Latino.

Al seguir la línea cronológica de la terapia breve, es importante pensar en el Centro Latino de Terapia Breve (Latino Brief Therapy and Training Center) LBTC por sus siglas en inglés, el cual, se fundó en 1993. Pues según el texto *Problem-solving across cultures our latino experience*, realizado por Anger-Díaz, Schlander, Rincón y Becerra, se menciona que un grupo de terapeutas latinos y activistas formaron un centro con dos metas en la mente:

1. Estudiar la aplicación del modelo de terapia Breve desarrollado en el MRI en diversas poblaciones con el reto de adecuar lo necesario de acuerdo con el contexto, cultura, valores y el lenguaje.
2. Ser una alternativa de atención a poblaciones crecientes de habla hispana en Estados Unidos, específicamente en la zona de Palo Alto; ya que muchas personas se encuentran en estado de migración y el único idioma que dominan es el español. (Díaz, et al, 2004)

Los terapeutas que brindan atención pueden ser expertos o quienes se encuentran en entrenamiento; se asignan casos de manera rotada semanalmente. Las actividades que realizan son: planeación de casos, seguimiento a casos, revisión de grabaciones de casos, discusión de estrategias e intervenciones

adecuadas al caso. Según Díaz-Anger y colaboradores (2004), después de identificar la constante afluencia de personas interesadas en observar cómo se implementa el modelo, desarrollaron un programa de residencia y entrenamiento dirigido a todos los profesionales de la salud interesados en desarrollar conocimiento del modelo Terapia Breve de Resolución de Problemas. El trabajo se ha enfocado principalmente en la población latinoamericana.

Las mismas autoras, mencionan dos principios intrínsecos del trabajo multicultural, basados en las bases antropológicas, cibernéticas, sistémicas y constructivistas:

1. *No-normatividad*: no hay maneras preconcebidas de cómo se deben comportar los clientes; no se maneja la perspectiva dicotómica correcto-incorrecto.
2. *No-Patologización*: No se reclasifican las conductas en entidades o constructos psicopatológicos (2004).

Tal como se ha revisado a lo largo del presente proyecto, se entiende que, según las premisas nacientes de las perspectivas cibernéticas del modelo de resolución de problemas, se considera al individuo o cliente como parte de un sistema familiar el cual cuenta con un marco de creencias y dinámicas que generan la persistencia a los problemas, por lo tanto, se puede hablar de una nueva postura, la cual se entiende como no patológica, es decir, no se atribuye un diagnóstico o enfermedad, así como conceptos de normalidad o anormalidad.

Como resultado de las investigaciones y antecedentes históricos del MRI, actualmente se cuenta con la Terapia Breve Centrada en la Resolución de Problemas (TBCRP), la cual cuenta con dos premisas:

A. Focalizar la interacción en el presente. Se identifica la principal preocupación actual descrita por el paciente, se define detalladamente al igual que sus soluciones intentadas, que a diferencia de otras intervenciones que se focalizan en el pasado, la infancia o el futuro, en la TBCRP se identifica el impacto de dichos hechos en el aquí y el ahora ya que es el momento en el cual se está generando el problema.

B. Intervención deliberada para alterar el sistema. La dinámica actual genera la persistencia del problema, por lo tanto es necesario intervenir en él para cambiar la dirección y romper el patrón de conducta a través de técnicas no convencionales que se describen más adelante.

Por su parte Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, mencionan dos premisas principales:

la clase de problemas que la gente trae a los psicoterapeutas persisten solamente si son mantenidos por el funcionamiento actual de la conducta del paciente y de otros con quienes él interactúa. Correspondientemente, si tal conducta de mantención del problema es apropiadamente cambiada o eliminada, el problema será resuelto o desaparecerá, sin consideración de su naturaleza, origen o duración (1974, p. 143)

Ahora, es importante precisar que cuando una dificultad persiste se convierte en un problema, generando un ciclo que se alimenta por las soluciones intentadas, es decir la homeostasis. Como bien mencionan Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin (1974), al intervenir desde la resolución de problemas se requiere interrumpir

dichas pautas de comportamiento al establecer objetivos pequeños que motiven a cambios de conducta; de esta manera se comienzan a visibilizar hasta el más mínimo cambio.

Es importante identificar la queja del “Cliente”, esta delimitación permite que la terapia sea breve, ya que se focaliza un objetivo. El escuchar, permite identificar lo que es importante, cómo percibe y vive el cliente su queja; al escuchar y mantener la atención en la descripción se recaban herramientas que permiten realizar la terapia a la medida de cada cliente.

Se trabaja con lo que el cliente determina como un problema en su vida, bajo su propio constructo de la realidad eligiendo qué problemática es más seria y requiere atención prioritaria; en cuánto existe mejoría, se manifiesta un resultado satisfactorio de tal manera que el inicio y fin lo determina el cliente. Al considerar estas premisas se respeta e incluye su etnia, valores, creencias y expectativas; ya que, dentro de las diferentes realidades, existen diferencias socioeconómicas, educacionales, estatus migratorio, manteniendo la creencia de que el cliente es el experto en su vida. Por lo tanto, se admite la ignorancia y desconocimiento con respecto al cliente y se tiene apertura a ser educado por él; lo cual se convierte en una eficaz herramienta para el trabajo terapéutico multicultural, que fortalece la efectividad del método (Díaz et al, 2004, p.13).

En el artículo *Terapia Breve de Resolución de Problemas* publicado en la revista *Family Process*, del cual ya se ha hablado anteriormente, se muestra un esquema de seis etapas, las cuales muestran los autores como

1. Introducción a nuestra modalidad de tratamiento,

2. Interrogatorio y definición del problema,
3. Estimación de los comportamientos que mantienen el problema,
4. Establecimiento de las metas de tratamiento,
5. Selección e implementación de intervenciones conductuales y
6. Terminación” (Weakland et al., 1974, 146)

Dichas fases se explicarán y sintetizarán a continuación con el objetivo de que se comprenda el proceso y sin perder la idea central de lo que escribieron los autores:

FASE 1: Llamada inicial. En el primer contacto se identifican los servicios disponibles, modalidad de atención, costos y características generales de la necesidad. Una vez en las instalaciones, se recaban sus datos demográficos a través de un formulario; al pasar a la sala de tratamiento el terapeuta se presenta y menciona las características del espacio, sus beneficios en el proceso terapéutico; se solicita su consentimiento por escrito para realizar la grabación de las sesiones y finalmente se informa que el trabajo de terapia breve consta de 10 sesiones.

FASE 2: Definición del problema. Para comenzar se indaga el medio de derivación y tratamientos previos. Siguiendo la metodología, es necesario obtener la radiografía del problema, es decir, una declaración clara y explícita de la queja del cliente preguntando ¿qué problema lo ha llevado a vernos? Si el cliente menciona más de un problema, se pide que elija el más importante a manera de delimitación; cuándo acude una pareja o familia se solicita que cada uno mencione el problema principal que los ha llevado a terapia. De esta manera se parte del momento, o contexto en dónde se encuentra el problema, las cuales se deben

significar de manera clara en acciones o comportamientos concretos. Las preguntas que permiten la exploración son: ¿Qué pasa?, ¿Cuándo pasa?, ¿Quién está presente?, ¿Qué acciones o intervenciones realizan cada una de las personas implicadas?, entre otras. Ante personas con referencias vagas, es necesario implementar preguntas hasta formular un cuadro concreto conductual del problema.

FASE 3: Estimación de comportamiento que mantiene el problema. Retomando la premisa del modelo “el problema persiste al mantener las mismas interacciones”, cada implicado reacciona afrontando el problema, sin embargo, paradójicamente se mantiene o aumenta convirtiéndose en intentos fallidos o soluciones intentadas.

La percepción social o estándares sociales pueden dificultar la percepción lógica de los comportamientos debido a sus exigencias en las que el terapeuta puede verse expuesto; por lo tanto, es necesario indagar la funcionalidad de las conductas.

El interrogatorio debe ser asertivo a manera de generar alianza terapéutica que permita obtener la colaboración del/la o los/las clientes al describir la información necesaria para comprender la dinámica del problema, permitiendo identificar la conducta principal a intervenir de manera breve.

FASE 4: Diseño de metas del tratamiento. La meta u objetivo terapéutico debe ser claramente establecida en conductas observables, concretas, reales y alcanzables; esto evita que se presente incertidumbre o negación. Se busca un avance paulatino promoviendo cambios mínimos al realizar preguntas de avance

rápido: ¿Cuál es el más mínimo cambio en su comportamiento que le indicará que está dando un paso definitivo para resolver su problema?

Cuando se tienen clientes con objetivos vagos, grandiosos o utópicos se utiliza su diálogo para sugerir cambios de la misma dimensión a manera de que vuelva a la realidad y proponer los primeros pasos al cambio; sí a pesar de esto su diálogo persiste es importante no discutir, no juzgar; sino escuchar al equipo terapéutico que se encuentra detrás del espejo y establecer el objetivo en la segunda sesión.

FASE 5: Selección e implementación de las Intervenciones. Para la promoción del cambio a través de conductas específicas encaminadas a lograr el objetivo del paciente es necesario intervenir con alguna de las siguientes técnicas:

1. *Insight y cambio:* El insight por sí mismo puede resultar contraproducente, ya que no todos los clientes lo practican o lo esperan durante el proceso; por lo tanto dentro de la metodología se redefinen las interpretaciones de los comportamientos que promuevan ajustes y armonía. Para su implementación no es necesaria la cooperación activa del cliente o de la familia.
2. *Idiosincrasia y motivación:* Para adecuar la intervención al paciente, es importante considerar su demografía, ya que son indicadores de su comportamiento y cómo son definidos; para que no sean un problema que límite el proceso deben verse como opciones potenciales para intervenciones útiles del terapeuta. Cuando el cliente desafía al terapeuta es probable que se deba a tratamientos anteriores no exitosos y repetidos

fracasos, por lo tanto el terapeuta refuerza su creencia al reafirmar la probabilidad de que no puede resolver su problema; obteniendo nuevamente su desafío proponiendo mejoría.

3. *Cambio dirigido al comportamiento*: Al identificar las conductas que hacen persistir el problema, es necesario cambiar las conductas encaminadas a lograr las metas del tratamiento, tomando en cuenta que los clientes han recibido recomendaciones “lógicas” y consejos de diferentes personas que han mantenido el problema, por lo tanto se necesita implementar acciones ilógicas y equivocadas a través de indicaciones conductuales encuadradas de una forma implícita, indirecta y aparentemente insignificante a manera de sugerencia; sí el cliente se muestra renuente se hace mención que es muy pronto para que logre implementarlo, lo cual le dará seguridad; o bien se puede sugerir a implementarlo todos los días y compartir los resultados, observaciones o reflexiones en la próxima cita, las tareas son una herramienta útil que permite promover cambios positivos en la vida real.
4. *Instrucciones paradójicas*. La paradoja implica prescribir conductas en oposición a la meta, aparentemente se alienta el síntoma o comportamiento indeseable para disminuirlo o tenerlo bajo control, llamado prescripción del síntoma. El terapeuta debe mantener una postura como experto, presentar o enmarcar la prescripción adecuadamente para que sea aceptada negándose a dar explicaciones para que lo irracional sea racional, considerando que se solicitan acciones que los clientes ya realizan. La paradoja se puede implementar en diferentes situaciones, mismas en las

que el terapeuta cambia su posición a “uno abajo”, esta posición permite tener un cliente colaborativo, a diferencia del uso de la confrontación.

5. *Utilización de la influencia interpersonal.* Recordando que el problema se considera el resultado de las interacciones en un sistema, los implicados que intervienen en él son posibles herramientas de cambio; es útil intervenir en cualquier punto del sistema o sistemas en dónde se está presentando la queja (familia, pareja o trabajo), ya que de acuerdo a la situación una persona puede ser más colaborativa y abierta al cambio, así como el terapeuta o el grupo terapéutico detrás del espejo fungen como integrantes que pueden promover una intervención útil al compartir observaciones o sugerencias a través del citófono y que el terapeuta les hará mención. Cuando el paciente no está de acuerdo con la intervención uno o dos observadores puede ingresar y hacer alianza con el cliente al mencionar una versión diferente de la intervención, pero con la misma premisa o dos versiones que estén de acuerdo con cada uno. Estas técnicas de interacción maximizan el poder de influencia del terapeuta que sustenta como una conducta inherente, usada de manera apropiada, efectiva,

FASE 6. Finalización. Se realiza una breve revisión del proceso a lo largo de las sesiones trabajadas (pueden ser 10 o menos sesiones), connotando positivamente los logros obtenidos y reconociendo su trabajo al darle el crédito. La sugestión positiva se implementa para extender la influencia terapéutica y seguir manteniendo mejoría; en casos en dónde los clientes mantienen una postura negativa se utiliza esta técnica a la inversa expresado escepticismo al cambio prolongado.

Posteriormente, se puede hablar de la evaluación y resultados, en este proceso el uso de indicadores es algo común y necesario; sin embargo, el evaluar conductas puede ir cargado de aspectos subjetivos del evaluador; por lo tanto, el método identificado es realizar las siguientes preguntas:

- A. ¿El comportamiento ha cambiado según lo planeado?
- B. ¿Se ha aliviado la queja?
- C. ¿Qué otras mejoras han identificado?
- D. ¿Han aparecido nuevos problemas?

Las respuestas obtenidas dividirán a los clientes en dos grupos: quienes resolvieron con éxito su queja y quienes fracasaron. Algunas observaciones del presente modelo de intervención que puede influir en el fracaso son: los resultados son vagos y con falta de exploración, no se alcanzó la resolución completa del problema, la meta u objetivos no fueron planteados de forma clara y alcanzable, se pierde el objetivo a alcanzar a lo largo de las sesiones las cuales requieren estudio.

Por otra parte, los casos de éxito se dividen en 3 grupos: los que presentan un alivio total de la queja, los que muestran un alivio considerable pero no completo y quienes lograron poco o cambio nulo. Finalmente se considera un tercer grupo para quienes empeoraron su situación después del tratamiento.

Sin embargo, con el pasar de los años se han propuesto otros modelos. Otra categoría de intervención es la que está dirigida a la estructura de las soluciones intentadas que proponen Wittezaele y García (1994). Igual que en el caso anterior,

se explicará de forma muy breve el esquema propuesto sin perder las ideas centrales de los autores son las siguientes:

1. *Forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente.* Se invierte la solución aplicada solicitando el fracaso a los intentos implementados para resolver el problema; por ejemplo: insomnio, tics, dolor de cabeza, rendimiento sexual o tartamudeo.
2. *Técnica de persuasión.* Se solicita al paciente que provoque el síntoma deliberadamente, sin luchar contra él y sólo lo observe para obtener información precisa del problema para que se convierta en un experto que le permita evocar el síntoma.
3. *Dominar un acontecimiento temido aplazándolo.* Dado que el paciente busca dominar el síntoma, lo lleva a nunca enfrentarse a una tarea; por lo tanto se plantea al cliente a la tarea en una situación controlada impidiendo que termine con éxito. Se “vende” la tarea solicitando evitar el éxito a toda costa, inmunizando el impacto del fracaso.
4. *Llegar a un acuerdo mediante la coacción.* Se logra adoptando una postura inferior llamada “sabotaje benévolo”; consiste en eliminar la postura dominante, se mostrarán desamparados y desconcertados al realizar acciones correctivas, con el objetivo de desaparecer conductas provocadoras por otra persona. Está técnica es eficiente en el trabajo con padres de adolescentes con problemas de conducta.

5. *Conseguir sumisión a través de la libre aceptación.* Debido a la presencia de comunicación paradójica o deficiente, esta intervención busca hacer peticiones directas y benevolentes.
6. *Confirmar sospechas de un acusador mediante la autodefensa.* Se solicita observar la conducta problemática sin hacer alguna referencia de ello, rompiendo la pauta de conducta esperada que alimenta el problema.

Wittezaele y García (1994), también señalan algunas intervenciones generales de tipo estratégico que pueden emplearse cuándo las intervenciones específicas no han logrado el resultado esperado, estas son:

1. *No apresurarse.* Se plantea en tres supuestos diferentes, el primero cuando una solución intentada aplicada es esforzarse mucho en resolver el problema, ya que si reduce su esfuerzo el síntoma va a desaparecer; segundo cuándo los clientes buscan una receta curativa, se solicita ir despacio y tercero se enfatiza el ritmo del avance lento para lograr cambios sólidos, previniendo recaídas y tomando en cuenta cada pequeño cambio y no sólo lo significativo.
2. *Peligros de una mejoría.* Se implementa cuándo un cliente no implementa una tarea sugerida, al evaluar las desventajas de lograr su objetivo.
3. *Cambio de dirección.* Cuando no se logra el cambio esperado, se sugiere un cambio de dirección argumentando que es el camino equivocado o informar que ha consultado con un experto y le ha sugerido tal movimiento.

4. *Cómo empeorar el problema.* Se implementa cuándo no hay cambios continuos, sugiriendo que al no identificar cómo resolver el problema, se ha identificado cómo se puede empeorar, mencionando las acciones que mantienen el problema expuesto.

El modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas trabaja con diferentes técnicas o estrategias en el sistema familiar o con algunos integrantes evocando el cambio rápido del problema al recoger información en términos de conductas sobre el síntoma y las soluciones que el paciente y los involucrados han implementado para resolverlo.

Tal como se menciona en el Brief Therapy Center (2022), la eficacia del modelo ha desencadenado un interés en los profesionales de la salud mental. Actualmente el Brief Therapy Center (BTC) cuenta con colaboradores en diferentes partes del mundo: México, Paraguay, Shanghai, China, y con planes de abrir puertas en España próximamente,

El BTC comenzó sus actividades en 2019 en Ciudad de México bajo la dirección de Clara Solís y Pedro Vargas con la finalidad de replicar el esquema de formación de terapeutas que nació en el BTC de Palo Alto California (C. Solís, comunicación personal, 2023).

Capítulo 3. La atención psicológica primaria

La Constitución de la Organización Mundial de la salud (OMS) se dio el 22 de julio de 1946 en Nueva York y se publicó en 1949. En dicha publicación se define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2013, p.1).

Siguiendo con la OMS, dicha organización describe la salud mental como un “estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Organización Panamericana de la Salud, 2013, p.2). Por lo tanto, como menciona la Secretaría de Salud en el “Programa de Acción Específico. Salud Mental 2013-2018”: “no hay salud, sin salud mental” (OMS, 2013, p.11)

Respecto a l Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, se

Reitera la importancia de incorporar la misma en los servicios del primer nivel. Se invita a los países a reorganizar la estructura asistencial para que los pacientes se atiendan principalmente en centros de salud. Con ello se busca la integración y continuidad asistencial entre los diferentes niveles del sistema sanitario. La propuesta existe desde 1978 en la Declaración de Alma Ata; sin embargo, diferentes obstáculos han entorpecido esta integración., [Entre los obstáculos que se han encontrado para que se pueda desarrollar la propuesta, se puede entender en siete puntos que comentan los mismos autores] a) la atención enfocada en los síntomas somáticos, con consultas breves que dificultan la detección y tratamiento de trastornos mentales; b) problemas administrativos para realizar procesos de referencia y contra referencia; c) trabajo poco colaborativo entre el personal de primer nivel y los especialistas en Salud Mental; d) sobrecarga de trabajo y de procesos administrativos; e) desconfianza en el trato del personal de salud; f) estigmas sociales hacia los trastornos y condiciones de salud mental y g) sistemas de seguridad social limitados”(Berenzon et al., 2018,p.185).

Es importante reconocer que la atención psicológica se puede dar en varios niveles y que, estos a su vez, requieren de un nivel de profundización distinto, por su parte, “la atención psicológica primaria es una estrategia para abordar los problemas de salud mental. (...) Entre las acciones propuestas se encuentran la formación de recursos humanos, definición de políticas públicas, capacitación del personal de salud, entre otros” (Vargas y Villamil, 2016, p.1).

Cabe destacar que muchos de los síntomas que se presentan son inicialmente atendidos por el personal médico general, quienes refieren al servicio especializado al respecto:

El eje de la atención de la Salud Mental en México sigue siendo el tercer nivel, específicamente los hospitales psiquiátricos. En ellos recae la atención ambulatoria y de internamiento. El rol de la atención primaria es aún pequeño: en 2008, solamente 30% de los centros de salud (CS) del país tenían algún protocolo de evaluación o tratamiento para trastornos como depresión o consumo de drogas y un porcentaje similar realizaba al mes por lo menos una referencia a un especialista en Salud Mental

La Ciudad de México, cuenta con una ley específica de Salud Mental. Los Servicios de Salud Pública (centros de salud), dirigidos a la población no asegurada y de escasos recursos económicos, cuentan con un Programa de Salud Mental basado en un modelo escalonado de atención que abarca desde la promoción de la salud hasta el seguimiento de los pacientes. A pesar de los esfuerzos de quienes prestan estos servicios, la ausencia de una política integrada y definida así como de un presupuesto insuficiente, han impedido que el programa obtenga los resultados esperados (Berenzon et al., 2018,p.185)

Un reto para la atención primaria de la Salud Mental está relacionada con la incapacidad de atención a los trastornos mentales y las pocas instituciones de servicios especializados. La propuesta para atender dichas incapacidades es implementar “intervenciones esenciales para los trastornos mentales de niños y

adultos, neurológicos, uso de sustancias, suicidio y autolesiones, parten de la premisa de que la mayor parte de estos padecimientos pueden prevenirse, identificarse y atenderse eficazmente (Donmarco et al., 2018, p.11).

En México, aún hay mucho por hacer respecto a la salud mental, ya que se destinan muy pocos recursos a este rubro, lo cual, indudablemente puede representar un problema para la sociedad mexicana. Durante el periodo del doctor Madrigal en el 2018 al frente de la Secretaría de Atención Psiquiátrica, se mencionó que:

en México sólo 2% del presupuesto de salud se invierte en salud mental 88% se asigna a los servicios de tercer nivel, es decir los hospitales psiquiátricos... [Al respecto], la Organización Mundial de la Salud propone capacitar al personal sin necesidad de que sean especialistas en psiquiatría, para otorgarles habilidades y conocimientos que les permitan brindar esta atención (Valdez, s.f., párr. 2,5).

En la Ley General de Salud, se indica que la atención primaria a la salud mental es el eje principal para la atención comunitaria. Además, en su artículo 74 menciona que “la atención de la salud mental y adicciones se deberá de disponer de establecimientos ambulatorios de atención primaria y servicios de psiquiatría en hospitales generales, hospitales regionales de alta especialidad e institutos nacionales de salud. Asimismo para eliminar el modelo psiquiátrico asilar, no se deben construir más hospitales especializados en psiquiatría; y los actuales hospitales psiquiátricos deberán progresivamente convertirse en centros ambulatorios o en hospitales generales dentro de la red integrada de servicios de salud” (2024, p.32), Evidentemente, se busca enfatizar la prioridad de crecimiento en la atención de la salud mental en servicios de primer nivel.

Otro punto importante es que, durante muchos años, la salud mental fue estigmatizada y no se tenían los suficientes recursos para atenderla, incluso, Díaz Facio, en su texto *La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas* (2010), narra que en la edad media los padecimientos que alteraban la conducta humana eran atribuidos a castigos de los dioses o según la iglesia católica era la acción de algún demonio; en general se les atribuía alguna explicación mística, que en el siglo XXI evolucionó gracias al descubrimiento del microscopio, el cuál amplió el estudio de las enfermedades generando un vínculo mayor entre la biología y la medicina permitiendo el estudio de los procesos bioquímicos; fue hasta los años sesentas que comenzaron a usarse los conceptos de salud y enfermedad dentro de la psicología y no sólo dentro del discurso médico; fue así como se consolidó el nombre de Psicología de la Salud hacia dos enfoques: el clínico y el social.

En el mismo texto, se hace mención de lo que implica la Psicología de la salud, la cual

es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención en salud. Le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la presentación de los servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención de los pacientes enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben”(Morales, 1999, p.88 citado en Díaz, 2010, p.60)

Al respecto, se mencionan cuatro aspectos fundamentales para la implementación de las distintas perspectivas de trabajo de la Psicología de la Salud, las cuales, según Díaz, se pueden englobar de la siguiente forma:

1. El interés de este campo de investigación es intervenir sobre los aspectos psíquicos que inciden en el proceso salud-enfermedad, se asume multicausado.
2. Se ocupa de la atención psicológica de los pacientes enfermos o con secuelas de alguna enfermedad, con base en la premisa de que los factores psíquicos tienen incidencia en el origen y la evolución de la enfermedad, y en la forma como el sujeto enfrenta la experiencia de estar enfermo.
3. La Salud Positiva es una rama de la psicología que plantea que los factores psíquicos y sociales son determinantes para el mantenimiento de la salud y propone una mirada, que desde el estudio psicológico, apoye los procesos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
4. El estudio de los vínculos entre los sujetos que hacen parte de las acciones en salud; [es decir] la subjetividad de los profesionales que desempeñan esta área. (Díaz, 2010, p.61)

Además, no se puede perder de vista que, la atención psicológica de la salud se puede dividir en dos grandes áreas. Como menciona Morales, (1999), Por un lado, la atención primaria, enfocada en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades (interviene en cada momento del ciclo vital de la salud de los niños, los adolescentes, adultos, adultos mayores con el desarrollo de estudios y diseño de intervenciones con el objetivo de generar reflexión y educación desde la participación y autogestión de las comunidades en sus procesos de salud) y por otra parte la atención secundaria en los hospitales y centros de rehabilitación, (los profesionales de la salud mental deberán estar integrados a un equipo multidisciplinario realizando interconsultas y asistencia a los pacientes

enfermos y sus familias en instituciones hospitalarias, así como el trabajo de investigación, educación y reflexión de estudiantes) (citado en Díaz, 2010, p.61).

Ahora, para ser más específicos, es necesario comprender de qué se encarga la atención psicológica primaria de la salud, la cual, abarca las siguientes problemáticas:

- Salud reproductiva: alrededor de la cual son frecuentes problemáticas como los embarazos no planificados y los embarazos en adolescentes, los abortos inducidos y de alto riesgo, la violencia física y psicológica, entre otros.
- Salud de los niños: con problemas como los inadecuados patrones de crianza infantil, maltrato y abuso físico y sexual, dificultades de aprendizaje, entre otros.
- Salud de los adolescentes: con dificultades como el consumo de sustancias psicoactivas, el aumento de la accidentalidad, las dificultades de adaptación en el entorno familiar y escolar, entre otras.
- Salud de los adultos: entre otros temas, el psicólogo puede atender asuntos como la pérdida y ajuste a las nuevas situaciones vitales, los "estilos de vida" no saludables y las enfermedades agudas o crónicas que hacen su aparición en esta edad.
- Salud de los adultos mayores: con múltiples problemáticas donde incide lo psicológico como son las pérdidas múltiples propias de esta edad, el aumento de las limitaciones que imponen las enfermedades crónicas, el aislamiento social y la disminución de la propia estimación (Díaz, 2010, p. 63).

Ante dichas problemáticas de los servicios públicos, las organizaciones de la sociedad civil también forman parte de las iniciativas para atender la salud mental a través de programas de intervención a poblaciones en estado de marginación con poco o nulo acceso a los servicios de salud mental, que les permite obtener un servicio eficaz, inmediato, gratuito o a bajo costo. Lo cual, puede representar

un eslabón fuerte que contribuye al desarrollo social ante la carencia de recursos asignados desde el sistema de salud público.

Capítulo 4.- La atención virtual.

En 2013 se comenzaron a instaurar los servicios de telemedicina, con médicos de diversas especialidades en instituciones de gobierno, así lo señaló la Secretaría de Salud en 2015. Entre las dependencias que aplicaron estos servicios podemos encontrar al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Petróleos Mexicanos (PEMEX).

Lo anterior fue un precedente para la atención a la salud durante las restricciones sociales derivadas del confinamiento por la contingencia sanitaria de COVID-19 decretada del 23 de marzo del 2020 al 9 de mayo del 2023, según la Secretaría de Salud de México (2023).

Durante este periodo, los servicios no primarios fueron suspendidos, sin embargo la necesidad de atención emocional se dio a la alta por el impacto ante cambios en las dinámicas personales, familiares, laborales y sociales; por consiguiente se comenzó a utilizar los recursos virtuales como medios de contacto que permitieron retomar interacciones en dichos ámbitos y por lo tanto servicios de atención a la salud como telemedicina, tele asistencia o terapia virtual, las cuales han dado acceso a servicios de psicoterapia a poblaciones que por condiciones de salud, físicas o económicas no contaban con los servicios.

En la Universidad Nacional Autónoma de México se define la atención emocional a distancia como “Telepsicología” y se define como

La prestación de servicios psicológicos mediante tecnologías de telecomunicación, que incluyen la preparación, transmisión, comunicación o el procesamiento de información por medios electrónicos,

electromagnético electromecánicos, electro – ópticos, etc. (...) De igual manera la comunicación puede ser también sólo escrita a través de medios digitales como chats o correos electrónicos, en vivo para atención de psicoterapia o asincrónico como conferencias o material informativo (UNAM. 2020, pág.2).

Dicha práctica presenta algunos lineamientos en donde se indica que los psicólogos deben contar con formación académica y preparación o capacitación técnica para el uso de tecnologías, así como saber adaptarse y seguir el procedimiento que la misma UNAM sugiere en el texto ya mencionado *Directrices para el Ejercicio, a distancia, de la psicología*, dicho procedimiento se puede entender como:

Consentimiento informado, confidencialidad de la información, seguridad y transmisión de datos de la información, eliminación de datos e información, adaptación para la aplicación efectiva de pruebas o evaluaciones psicológicas y práctica profesional interjurisdiccional (UNAM, 2020).

La Telepsicología ha sido una modalidad muy utilizada, especialmente a raíz de la pandemia por Covid 19, como ya se mencionó. La llegada de la telepsicología ha permitido que el servicio pueda llegar a múltiples lugares y por supuesto, durante el confinamiento derivado de la pandemia, fue una herramienta de gran utilidad, por lo tanto, se pueden encontrar diversas ventajas de dicha modalidad. De forma muy general, Carina Oviedo (2020), señala alguna de las bondades de esta modalidad de servicio, menciona que son amplias y permiten las siguientes flexibilidades para el paciente:

1. Personas con dificultades de movilidad en su localidad
2. En la comunidad no se cuenta con servicios de atención emocional.
3. Las condiciones físicas o emocionales limitan la movilidad del paciente.

4. La persona desea recibir atención desde el anonimato.
5. Por condiciones laborales, personales o familiares le impide disponer de tiempo para desplazarse.
6. Las condiciones de atención inmediatas demandan atención al momento como condiciones de crisis.
7. Es actualmente una opción de atención que las personas pueden elegir esta modalidad de forma libre.

Cabe mencionar que existen problemáticas que no son viables para la atención virtual. Incluso, la misma Oviedo (2020), señala las siguientes:

- 1- Ánimo deprimido.
- 2- Altos niveles de ansiedad y poco control o regulación emocional.
- 3- Ideación suicida
- 4- Violencia intrafamiliar
- 5- Pérdida de la realidad, alucinaciones.
- 6- Atención a menores de edad en donde no hay contacto con algún responsable legal.

Por lo tanto, la autora comenta que resulta imperante considerar en esta práctica la toma de decisiones éticas, responsables y eficaces, lo cual sigue representando un reto en niveles tecnológicos, jurídicos, deontológicos y clínicos.

Ante el descubrimiento o reforzamiento de esta potencial herramienta para la atención a la salud mental, diversas universidades como la Universidad del Estado de México o la Universidad del Valle de México comienzan a desarrollar investigación, guías o manuales con evidencia de su eficacia y regulación; por su parte la Universidad Autónoma de México cuenta con el Programa de Atención Psicológica a Distancia de la UNAM para la comunidad universitaria.

La tecnología toma un papel determinante para implementar la teleasistencia, ya que se utilizan plataformas de conexión virtual, como ZOOM, Google Meet, Whats App, VSEE, Microsoft Teams, entre otras, para establecer contacto con el consultante a través de una pantalla que permita el contacto por medio de cámaras, audio y voz a través de un micrófono y bocinas en dispositivos electrónicos como equipos de cómputo, tabletas digitales o celulares con acceso a red de internet doméstica o móvil.

Actualmente la atención virtual resulta un tema nuevo, el cual se debe explorar, documentar, fortalecer y regular para potencializar los servicios de atención emocional virtual a nivel global en dónde la demografía, economía, o condiciones sociales, entre otras no sean una limitante para tener acceso a diversos servicios de salud.

Capítulo 5.- Localidades de asistencia en estado de marginación en el Barrio de Cuautepec en la Alcaldía Gustavo A Madero

La República Mexicana está conformada por 32 entidades federativas; la Ciudad de México es una de ellas y según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) cuenta con 9,209,944 habitantes, de los cuales 4,805,017 son mujeres y 4,404,927 son hombres. Además, su territorio se divide en 16 alcaldías: Álvaro Obregón, Azcapotzalco, Benito Juárez, Coyoacán, Cuajimalpa de Morelos, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Iztapalapa, Magdalena Contreras, Miguel Hidalgo, Milpa Alta, Tláhuac, Tlalpan, Venustiano Carranza y Xochimilco (2020).

En este caso específico, se trabajó en la alcaldía Gustavo A. Madero (GAM), la cual, según la plataforma Data México, cuenta con 1,173,351 pobladores, de los cuales 609,477 son mujeres y 563,874 son hombres; los rangos de edad predominantes son 20 a 24 años (91,577 habitantes), 25 a 29 años (91,448 habitantes) y 30 a 34 años (87,626 habitantes). Los niveles educativos que predominan en la población son: licenciatura 242 mil personas (25.8%), preparatoria o bachillerato general 234 mil personas (24.9%) y secundaria 217 mil personas (23.1%) (Secretaría de Economía, 2023).

Cabe destacar que, en la alcaldía GAM se encuentran distribuidos 393 consultorios según sus especialidades de atención a la salud. A continuación, se coloca una lista de los consultorios con los que cuenta la alcaldía (Secretaría de economía, 2023) y su porcentaje:

1. Medicina General 35.9%
2. Otros Consultorios 16%
3. Psicología o Salud Mental 9.92%
4. Odontología 8.4%
5. Urgencias 4.58%
6. Oncología y displasias 4.58%
7. Psiquiatría 2.8%
8. Pediatría 2.29%
9. Ginecobstetricia 2.8%
10. Cirugía 1.78%
11. Oftalmología 1.78%
12. Traumatología y ortopedia 1.78%
13. Otorrinolaringología 1.27%
14. Dermatología 1.02%
15. Gastroenterología 1.02%
16. Neurología 0.75%
17. Urología 0.75%
18. Medicina interna 1.02%
19. Cardiología 1.02%
20. Medicina preventiva 0.51%

Distribuidas en

1. Centro de Integración Juvenil (CIJ)
2. Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
3. Hospital Universitario Nacional (HUN)
4. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
5. Instituto Mexicano del Seguro Social - Bienestar (IMSS-Bienestar)
6. Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
7. Petróleos Mexicanos (PEMEX)
8. Sindicato Mexicano de Electricistas (SME)
9. Servicios Médicos Municipales (SMM)
10. Sector de Médicos Privados (SMP)
11. Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)

Cabe destacar que la alcaldía Gustavo A. Madero, presenta problemas latentes de pobreza y desigualdad social, “En el 2020, el 30.1% de la población de esta alcaldía se encontraba en situación de pobreza moderada y el 3.69% en situación de pobreza extrema. La población vulnerable por carencias sociales alcanzó un 22.1%, mientras que la población vulnerable por ingresos fue de 12.5%. Las principales carencias sociales de la alcaldía Gustavo A. Madero en 2020 fueron carencias por acceso a la seguridad social, carencia por acceso a los servicios de salud y carencia por acceso a la alimentación” (Secretaría de economía, 2023).

Dicha alcaldía cuenta con 178 colonias, entre ellas 9 pueblos y 6 barrios originarios, incluido el Barrio de Cuauhtepac conformado por las zonas territoriales 8, 9 y 10. Este, cuenta con un historial cultural enriquecedor como la inspiración

para compositores, locación para películas del cine mexicano de la época de oro, así como grandes zonas de reserva natural en la Sierra de Guadalupey el Cerro del Chiquihuite, entre otras.

La zona del Barrio de Cuauhtepac "es considerada una zona de difícil acceso pues carece de infraestructura urbana y los niveles de marginación son altos. Tan solo hace unos años era uno de los puntos de la ciudad con mayor número de delitos de alto impacto relacionados al tráfico de drogas y secuestro (Sierra, 2014)" (Citado en Mazariegos y Tec-López, 2023, p.371)

Además, a pesar de contar con índices de sobrepoblación, adicciones, deserción escolar, salarios mínimos, entre otros problemas, no se cuenta con centros específicos de sensibilización y atención a la salud mental.

Capítulo 6. - Contingencia Sanitaria por COVID-19

El Gobierno de México, declaró el inicio de confinamiento por pandemia el 23 de marzo del 2019 cuando inició la jornada de sana distancia por el brote de SARS COV-2 (COVID-19) como una enfermedad pandémica; dicha enfermedad forma parte de la familia del virus “coronavirus que se transmite a través de:

- Inhalar aire que contagia gotitas de saliva que emiten las personas enfermas al toser, estornudar o hablar.
- Al estar cerca de personas infectadas, las partículas de saliva emitidas al toser, estornudar o hablar, pueden entrar en contacto con la mucosa de ojos, nariz o boca.
- Después de tocar superficies contaminadas y posteriormente tocar los ojos, nariz o boca (Gobierno de México, s.f.).

Incluso, en la página inmediatamente mencionada se enlistan los síntomas que puede presentar una persona que padece COVID 19, los cuales son: tos, dolor de cabeza, fiebre; pueden acompañarse de dolor muscular y de articulaciones, dolor de garganta, escalofríos, escurrimiento nasal, pérdida del olfato o del gusto y en los casos más graves dificultades para respirar y dolor en el pecho (Gobierno de México, s.f.).

Según datos del Concejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (2023) en el último reporte sobre COVID-19 realizado el 25 de junio de 2023, se han registrado 7,633, 355 casos positivos en México y 334, 336 defunciones; de los cuáles el 61.53% de los casos han afectado a hombres y el 38.47% a mujeres con mayor incidencia de mortalidad en edades 65-69 años.

Según una cronología realizada por El Economista:

El 30 de marzo el Consejo de Salubridad General decretó emergencia sanitaria por el Virus SARS-CoV-2, cerró buena parte de los servicios de los gobiernos de todos los niveles y gran parte de la población en general se mantuvo en aislamiento. (...) El 24 de diciembre del 2020 inició la aplicación de las primeras para el personal de salud (...) y el 15 de febrero del mismo año arranca la aplicación de vacunas para adultos mayores. (2021, párr. 7).

Posteriormente comenzó la aplicación a la población en general. Cabe mencionar que se dieron cinco olas diferentes de contagio desde que comenzó la pandemia.

Ante los eventos de emergencia sanitaria en donde la salud y la vida de la población está en riesgo se genera un impacto múltiple para el funcionamiento de los individuos y su entorno social; el 25% de la población general experimentó fallas cognitivas, deterioro en la concentración, memoria, lenguaje y funciones cognitivas, ansiedad, depresión y desregulación emocional conductual con orígenes neurodegenerativos (Secretaría de Salud, 2023, párr. 6).

Por otra parte, en los *Lineamientos de respuesta y de acción en salud mental y de adicciones para el apoyo psicosocial durante la pandemia por COVID-19 en México* realizado por la Secretaría de Salud, indica que

“En las crisis epidemiológicas se incrementa el riesgo de problemas de la salud mental a causa de las medidas de aislamiento, restricción de movilidad y disminución en el contacto físico. Las personas que pasan tiempo en aislamiento pueden mostrarsíntomas de depresión grave y síntomas relacionados con el estrés postraumático hasta tres años después. La separación de los seres queridos, la pérdida de la libertad, la

incertidumbre sobre el estado de la enfermedad y el aburrimiento; pueden causar efectos psicológicos adversos, conductas de evitación, confusión, frustración o enojoincluidos los síntomas de estrés postraumático que podrían escalar hasta el suicidio (2020, pág.2).

En el contexto mexicano, por supuesto que se presentaron los síntomas anteriormente mencionados en gran parte de la población y ante las restricciones sanitarias generadas por la pandemia, la telepsicología fue una gran herramienta, no sólo para los pacientes, también para los profesionales de la salud.

En el mismo texto, realizado por la Secretaría de Salud (2020), se mencionan las posibles manifestaciones psicológicas y psicosociales que se pueden presentar en la población cuando ocurre una pandemia y se enunciarán a continuación:

- Las tres “F” por las siglas en inglés: Huida (Flight), Lucha (Fight) y Parálisis (Freeze), como posibles respuestas ante una amenaza.
- Las capacidades básicas cognitivas se ven disminuidas: procesamiento de la información, memoria, razonamiento relacionadas a la supervivencia.
- Se experimenta ansiedad, tensión, inseguridad y vigilancia obsesiva de los síntomas de la enfermedad.
- La percepción de riesgo activa la respuesta emocional como el enojo, la irritabilidad y la indignación.
- Miedos, sentimientos de abandono y vulnerabilidad.
- Necesidad de supervivencia.
- Liderazgos espontáneos (positivos y negativos).
- Aparición esporádica de conductas heroicas, mezquinas, violentas, pasivas, solidarias o egoístas.

- Ansiedad, depresión, duelos, estrés agudo, crisis emocionales y de pánico irracionales, colectivas, trastornos psíquicos y trastornos somáticos.
- Miedo a nuevas pandemias.
- Conductas agresivas y de protesta contra las autoridades e instituciones.
- Incremento en los casos de violencia intrafamiliar hacia grupos vulnerables.

Por lo tanto, la atención a la salud mental durante la contingencia sanitaria se convirtió en un servicio público y privado elemental para la población mexicana.

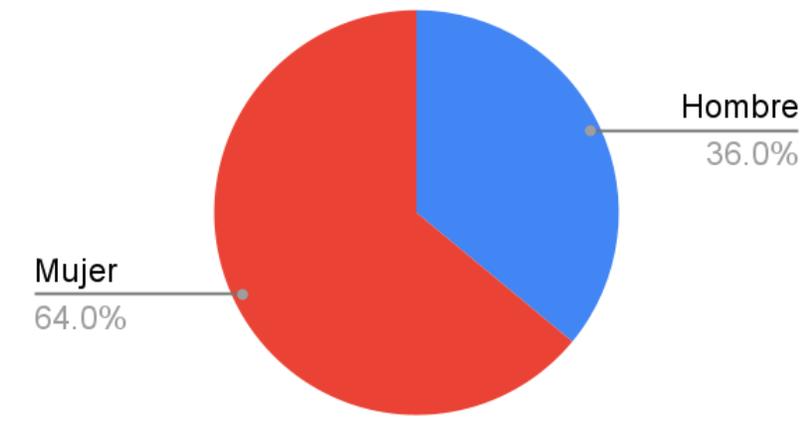
Capítulo 7.- Reporte de actividades virtuales como psicóloga clínica en una Asociación Civil

Durante el periodo de 6 meses que comprende del 1° de abril al 30 de septiembre del 2021, se logró brindar atención psicológica a 25 pacientes en estado de marginación y vulnerabilidad del barrio de Cuauhtepac en la Alcaldía Gustavo A. Madero, durante la contingencia sanitaria por COVID-19, a través de video llamadas por Whats App. Para esto, se utilizó un celular marca Honor X9 con cámara de 32 mega píxeles y audífonos entrada Jack 3.5mm de la misma marca. En cada contacto se brindó información sobre la atención psicológica: días, horarios, modalidad online (llamada normal, llamada o video llamada por WhatsApp) y las características del modelo Resolución de Problemas, se tomaron los datos personales de las personas interesadas al agendar una cita para la ficha de solicitud de servicio, tal como se propone en el esquema del modelo Resolución de Problemas (Ver Anexo 1) que forma parte del expediente de cada paciente acompañado de fichas de seguimiento de cada sesión (ver anexo 2).

El desempeño como psicóloga clínica en una Asociación Civil durante la contingencia sanitaria por COVID – 19 en modalidad virtual arrojó los siguientes resultados estadísticos:

De las 25 personas atendidas predominó la atención a mujeres con el 64% de asistencia y el 36% corresponde a la cantidad de hombres atendidos, como se muestra en la Gráfica 1.

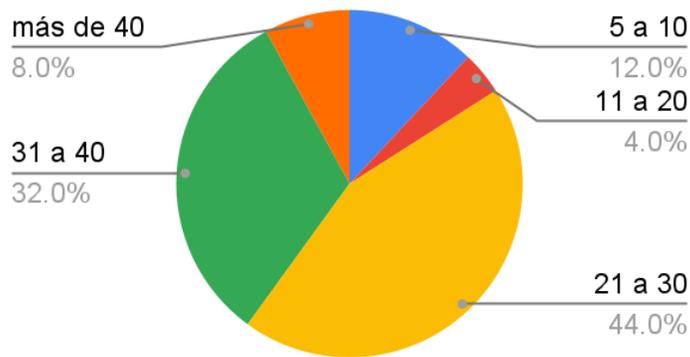
Gráfica 1. Pacientes atendidos por género



La asistencia al servicio de salud mental es frecuentada principalmente por mujeres, de igual manera lo indica el programade “Atención Psicológica Breve para el público en general de la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Zaragoza” en donde”se observó que las mujeres entre 30 y 64 años son las que más solicitan el servicio, así mismo se identificó que son las mujeres adolescentes las que necesitan de más sesiones para que se presente un cambio al problema o motivo de consulta (Solís y Vargas, 2015, pág.1).

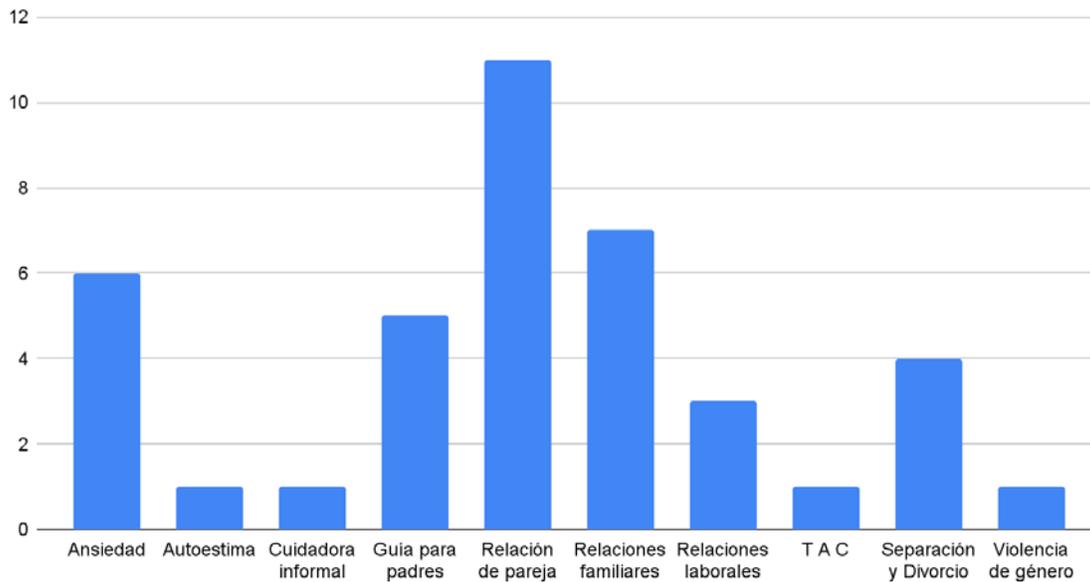
El rango de edad que acudió a recibir atención psicológica en la Asociación Civil fue con mayor frecuencia de 21 a 30 años de edad, seguida de 21 a 40 años y con menor recurrencia de 11 a 20 años, tal como se muestra en la Gráfica 2.

Gráfica 2 Pacientes atendidos por rango de edad.



Se identificaron 40 motivos de consulta diferentes que se pueden organizar en 10 categorías, ya que en algunos casos después de concluir un objetivo se continuó con temas subsecuentes de atención. Predominó la atención para “relaciones de pareja”, “relaciones familiares” y “ansiedad”, tal como se muestra en la Gráfica 3.

Gráfica 3. Motivos de consulta



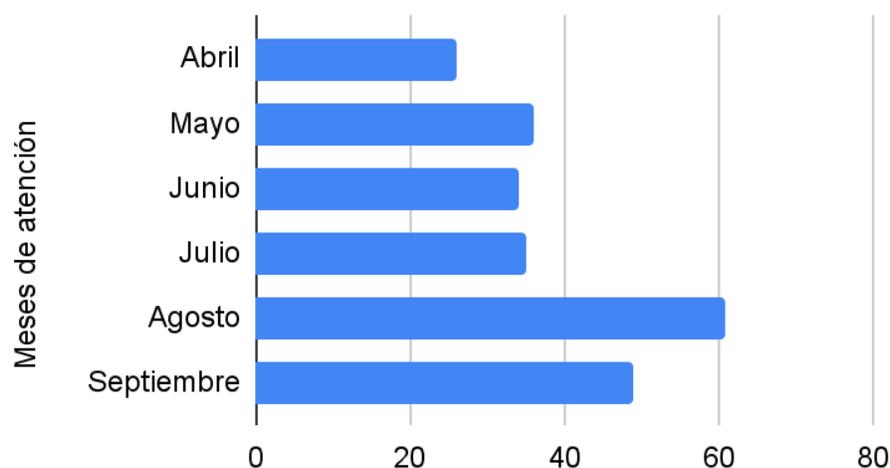
Dentro de los motivos de consulta se generalizaron algunas categorías como: “guía para padres” en donde los tutores acudieron por asesoría para el manejo de problemáticas escolares o manejo ante cambios de conducta derivadas del aislamiento y educación en casa.

Respecto a las relaciones de pareja los consultantes expresaron dificultades en la dinámica de sus relaciones de noviazgo, pareja o matrimonio, algunas culminaron en separación, las cuales se trabajaron en un segundo objetivo terapéutico, en dichos casos, se concluyó un objetivo y se comenzó el otro, tal como se propone en el modelo de Terapia Breve de Resolución de Conflictos. Al respecto, también se categorizaron las separaciones con quienes acudieron por haber realizado un proceso de divorcio en los cuales las relaciones a distancia o sobre exposición a la pareja fueron un factor determinante. Referente a las relaciones laborales, se trató de comprender aquellas dinámicas en las que se presentaron respuestas de estrés laboral, relaciones laborales conflictivas, problemas de comunicación y la necesidad de adaptación a las nuevas condiciones del trabajo virtual en un espacio privado como el hogar.

Las temáticas con un sólo consultante fueron: trastorno de conducta alimentaria, cuidadora informal, autoestima y violencia de género. Respecto a la ansiedad, se agruparon a las personas que contaban con dicho diagnóstico, tratamiento farmacológico o bien describieron los síntomas establecidos en el DSM-V.

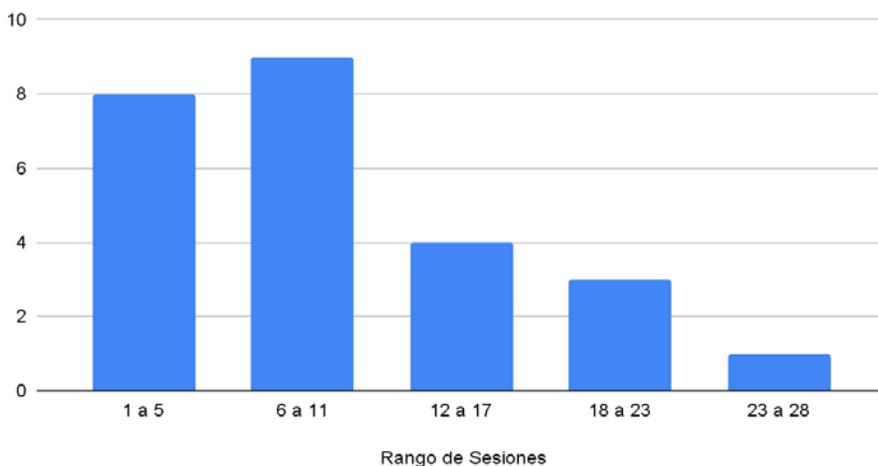
El periodo de atención corresponde a los meses de abril a septiembre del año 2021, en el cual la asistencia de pacientes fue variable. Agosto fue el mes con mayor presencia en contraste con el mes de mayo, el cual presentó la menor cantidad de consultas, como se puede ver en la Gráfica 4:

Gráfica 4. Pacientes atendidos por meses en el año 2021



Los consultantes se presentaron en sesiones semanales o quincenales, esto de acuerdo con diferentes factores, entre los que destacan: disponibilidad de tiempo, posibilidad económica o imprevistos, de los cuales se identificó que en promedio acudieron principalmente de 6 a 11 sesiones (ver gráfica 5).

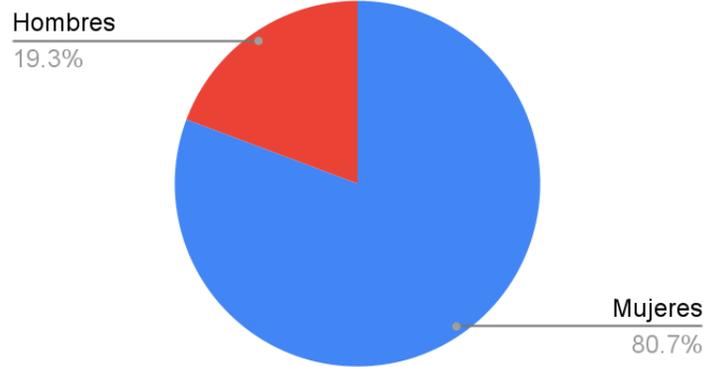
Gráfica 5. Rango de sesiones asistidas



Una segunda actividad desempeñada en este periodo de tiempo, fue desarrollar e impartir el taller “La comunicación hoy en día” a través de la plataforma virtual Google Meet. Se utilizaron como materiales: una Laptop SAMSUNG, rota folio y plumones; su difusión fue a través de carteles digitales que se enviaron a grupos de beneficiarios de este y otros servicios de la Asociación Civil, se logró implementar un taller al mes.

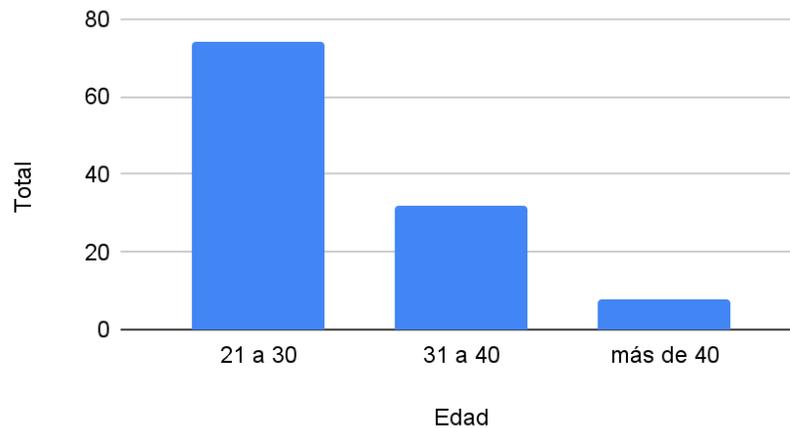
En dicho taller se describieron los axiomas de la comunicación humana como herramienta para mejorar las interacciones, mismos axiomas de los que se habló anteriormente. Este taller logró impactar a 114 personas, de las cuales el 80.7% corresponde a mujeres y el 19.3 % a hombres (ver gráfica 6).

Gráfica 6. Asistentes al taller por género



El rango de edad que fue recurrente de los asistentes fue de 21 a 30 años, seguido de 31 a 40 años y teniendo menor asistencia de personas mayores de 40 años como se muestra en la siguiente gráfica número 7.

Gráfica 7. Asistentes al taller por rango de edad.



Para su desarrollo, se tomó como sustento teórico los axiomas de la comunicación humana de *La Teoría de la Comunicación Humana* de Watzlawick, mismos que se enuncian en los primeros capítulos de este informe. El taller fue considerado para una población adulta (personas mayores de edad) que contarán con acceso a

alguna red, un celular o equipo de cómputo; para su implementación se desarrolló la siguiente carta descriptiva:

Taller: La comunicación hoy en día.					
Tema	Teoría de la comunicación Humana				
Objetivo general:	Brindar información clave sobre la comunicación humana que permita mejorar las interacciones				
Tiempo:	90 minutos				
CARTA DESCRIPTIVA					
Actividad	Tema	Estrategias de aprendizaje		Recursos	Tiempo
		Facilitador (a)	Participante		
Bienvenida.	Registro.	Dar la bienvenida y solicitar a los participantes anotar su nombre y edad en el chat para su pase de lista, así como mantener sus micrófonos apagados y en caso de participar solicitarlo a través del ícono "levantar la mano".	Los participantes seguirán las indicaciones, apagan sus micrófonos y anotarán su nombre y edad en el chat para su pase de lista.	*Red a internet o equipo de cómputo con micrófono y bocinas.	5 minutos.
Integración.	"Teléfono descompuesto"	* Bienvenida y presentación del taller. *Dinámica "Háblalo ": en donde el facilitador solicitará que cada uno de los participantes elija una persona al azar y todos al mismo tiempo inician una conversación por 2 minutos, mencionarán aspectos personales, como nombre, de dónde son, gustos etc. y al finalizar el tiempo solicitará a tres personas compartir su experiencia y se llevará a la reflexión qué fue lo que impidió una conversación, y qué ayudó a comprender algunas cosas.	Los participantes seguirán las indicaciones y elegirán a una persona del chat para entablar una conversación, mencionarán su nombre, en dónde viven y sus gustos; cuándo la moderadora indique podrán participar 3 personas que hayan elegido el ícono "levantar la mano" y compartirán su experiencia, Posteriormente participarán personas en la reflexión y será anotado por la moderadora en el pizarrón o rota folio.	*Rota folios. *Plumones.	10 minutos.

Descripción de conceptos.	Axioma 1: "No se puede comunicar"	*Con apoyo del rotafolio se describe el concepto de comunicación e integrantes: emisor, mensaje y receptor, así como los diferentes tipos de comunicación: Verbal: palabras o sonidos y No verbal o análoga: gestos, posturas, símbolos	*El participante brinda escucha activa	*Rota folios. *Plumones.	10 minutos
Descripción de conceptos.	Axioma 2: "En toda comunicación hay un aspecto de contenido y un aspecto relacional"	*Con apoyo de rota folios se presenta el segundo axioma y se describen sus características dando ejemplos del día a día. *Promueve la participación de experiencias de los asistentes.	*Brinda escucha activa, comparte impresiones, reflexiones o dudas respecto al tema *Participa levantando la mano.	*Rota folios. *Plumones.	10 minutos.
Descripción de conceptos.	Axioma 3: "Toda comunicación está basada en la puntuación de la secuencia de hechos"	*Con apoyo de rota folios se presenta el tercer axioma de la comunicación, describiendo la circularidad de la comunicación con el ejemplo del perro, la piedra y la patada"	*Brinda escucha activa, comparte impresiones, reflexiones o dudas respecto al tema *Participa levantando la mano.	*Rota folios. *Plumones.	10 minutos.
Dinámica	Comunicación no verbal	*Se solicitará a 4 participantes para realizar pantomima sobre el título de una película que se enviará en el chat de forma privada; se solicitará al resto de los participantes adivinar la película que una persona del grupo contrario va a describir sólo con mímica. Al finalizar las participaciones se hará reflexión sobre la importancia de la comunicación no verbal.	*Los 4 participantes que deseen colaborar en la dinámica deberán elegir la opción "levantar la mano" para ser identificados, revisarán su chat privado para realizar por turnos la pantomima; el resto de los participantes adivinarán el nombre de la película que se esté representando.	*4 papelitos con el nombre de una película	15 minutos.
Descripción de conceptos.	Axioma 4: La comunicación humana implica dos modalidades: la digital y la analógica	*Con apoyo del rotafolio se describe el tercer axioma de la comunicación. La comunicación existe con lo que se dice y lo que se enfatiza con el lenguaje corporal.	*Escuchar de forma activa y compartir impresiones de la dinámica anterior o experiencias personales del día a día.	*Rota folios. *Plumones.	10 minutos.

Descripción de conceptos.	Axioma 5: "La comunicación determina que la relación entre los comunicantes sea simétrica o complementaria"	*Con apoyo de rota folios se presenta el quinto axioma de la comunicación en dónde se describe que el nivel de relación (entre pares o una jerarquía) se denota en la comunicación y determina la interacción.	*Brinda escucha activa, comparte impresiones, reflexiones o dudas respecto al tema *Participa levantando la mano.	*Rota folios. *Plumones.	10 minutos.
Cierre	Conclusiones	*Solicitará a los participantes compartir lo más relevante del taller y se anotará en el rotafolio a manera de conclusiones	*Compartir puntos relevantes, aprendidas o de impacto durante el taller.	*Rotafolios. *Plumones.	10 minutos.

Enunciado lo anterior, se puede comprender que el trabajo como psicóloga clínica desarrollado durante el confinamiento derivado de la contingencia sanitaria por Covid 19, fue todo un reto, el cual, fue posible enfrentar con las herramientas adecuadas y buenos resultados gracias a la formación profesional recibida en la Universidad.

Capítulo 8.- Conclusiones.

En seis meses de labor virtual durante la contingencia sanitaria por SAR COV-2(COVID-19) en una asociación civil se logró brindar Terapia Breve de Resolución de Problemas a 25 personas de escasos recursos del Barrio de Cuauhtepac de la Alcaldía Gustavo A Madero.

Igualmente, se logró llegar a 114 beneficiarios en los 6 talleres desarrollados e implementados sobre la Comunicación Humana. Estos procesos se dieron, en gran medida gracias a los conocimientos y competencias obtenidas durante la licenciatura en Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y a su plan de estudios que es integral y facilita obtener horas prácticas a la par que se cubren los créditos. Por ejemplo, para adquirir habilidades y destrezas prácticas es importante la supervisión que se recibe en las Clínicas Universitarias de Atención a la Salud (CUAS) durante la práctica supervisada porque es una actividad que genera un acercamiento a la práctica clínica; esto facilita la integración al campo laboral.

El trabajar con pacientes de diferentes edades, géneros, problemáticas y profesiones, permitió desarrollar habilidades de comunicación acorde a sus contextos y necesidades, así como los conocimientos, técnicas y estrategias aprendidas en la formación académica. Esto aplicado durante la contingencia sanitaria por COVID-19 generó la necesidad de adaptarse y descubrir a los medios digitales y servicios virtuales como alternativas funcionales para la atención de la salud mental.

Algunos retos durante el servicio como psicóloga clínica en medios digitales fue tener dificultades técnicas, ya que en dos ocasiones se fue la conexión, al inicio los consultantes o participantes no tenían activadas sus cámaras, audio o sonido por lo que se reducía el tiempo debido a las pausas durante las sesiones para poder resolver los inconvenientes.

Respecto a la implementación del modelo, algunos pacientes tenían mucha necesidad de escucha por lo que regresaban a su narrativa sobre experiencias vividas, por lo tanto, fue necesario regresar al presente e identificar cómo se generaba la dinámica para resolver el problema actual.

Cabe destacar que solamente se presentó un caso sobre violencia de género, al respecto, la paciente solicitó psicoeducación sobre la *Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, por lo que en esta situación particular, no fue necesario implementar el Modelo de Resolución de Problemas.

Finalmente, las habilidades y conocimientos adquiridos durante la formación universitaria aplicados en una asociación civil en un formato diferente al tradicional, es decir, el modelo virtual del cual no se tenía conocimiento o mayor experiencia, resultó ser una experiencia positiva, en pocas palabras: fue un éxito.

8.1 Propuesta.

Lo que puedo proponer al Comité de mejora continua que trabaja en el Plan de Estudios de la carrera de Psicología es que se mantengan las prácticas supervisadas en las clínicas universitarias porque son una experiencia formativa

de gran valor personal y profesional para las psicólogas y psicólogos que egresan de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Referencias

- Berenzon, S., Saavedra, N., y Galvan., J. (2018). Contextos y desafíos para la atención de la salud mental en el primer nivel. Una aproximación socioecológica: *Salud Pública de México*, 60, pp.184-191.
<https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8673/11454>
- Brief Therapy Center. (2022). Sobreel Brief Therapy Center.
<https://www.brieftherapycenter.org/es/sobre-nosotros/>
- Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnología. (2023). Covid-19 México.
<https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- Díaz-Anger, B., Schlanger, K., Rincon, C., y Becerra, A. (2004). Problem-solving across cultures: our latino experience: *Journal of Systemic Therapies*, 23, 4, pp- 11-27.
- Díaz, F. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas: *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2, 1, pp. 57-71.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/10231/9459>
- Donmarco, J., Pérez, R., Reyes, H., Lazcano, E., Alpuche, A., Shamah, T., Barquera, S., Gutiérrez, L., García, C., Medina, M., Meneses A., Mohar, A., Doubova, S., Rodríguez, E., González, E., Ponce de León, S., De la Garza, T., y Muñoz, O. (2018). Salud Pública y atención primaria. Base del acceso efectivo a la salud de los mexicanos. Instituto de Salud Pública.
https://www.insp.mx/resources/images/stories/2018/Docs/180919_Salud_atencion_primaria_11septiembre.pdf

El Economista. (2021). Cronología de la pandemia en México. <https://www.economista.com.mx/politica/Cronologia-de-la-pandemia-en-Mexico-20210301-0045.html>

Feixas, I. V., Muñoz, C. D., Compañ, F. y Montesano, D.C. (2016). El modelo sistémico en la intervención familiar. Universidad de Barcelona.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Ciudad de México. <https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/poblacion/>

Karam, T. (2004, agosto-septiembre). La Idea de Comunicación en la Terapia Familiar Sistémica de Virginia Satir: *Razón y palabra*, 40 <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n40/tkaram.html>

Ley General de Salud. (2024). <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

Mazoriegos, H.H, y Tec-López, R, (2023), “Transfronterizas. Prácticas religiosas de migrantes hondureñas/ os de la disidencia sexual y de género en México. Un acercamiento a las Tiresias” en Santiago, M., et. Al. (2023). Bienestar social y disputas por lo público y lo común en América Latina y el Caribe. Identidades y Territorios, CLACSO. <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/249302/1/Identidades-y-territorio.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1949). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. <https://www3.paho.org/gut/dmdocuments/Constituci%C3%B3n%20de%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2013). Salud mental. Guía del promotor comunitario. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31342/salud-mental-guia-promotor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Oviedo, C. (2020). Criterios de inclusión y exclusión para la atención virtual en la salud mental. Red Centroamericana de Informática en Salud <https://recainsa.org/criterios-de.inclusion-y-exclusion-para-la-atencion-virtual-en-salud-mental/>

Secretaría de Economía. (2023). Gustavo A. Madero. Municipio de Ciudad de México. Data México. <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/gustavo-a-madero#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20total%20de%20Gustavo,%25%20mujeres%20y%2048.1%25%20hombres.>

Secretaría de Gobierno. (s.f.). COVID-19. Gobierno de México. <https://coronavirus.gob.mx/covid-19/>

Secretaría de Salud. (2013). Programa de Acción Específico. Salud Mental 2013-2018. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf

Secretaría de Salud. (2015). Avanza el uso de la Telesalud o Telemedicina en México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/avanza-el-uso-de-la-telesalud-o-telemedicina-en-mexico>

Secretaría de Salud. (2020). Lineamientos de respuesta y de acción en salud mental y de adicciones para el apoyo psicosocial durante la pandemia por COVID-19 en

México. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Lineamientos_Salud_Mental_COVID-19.pdf

Secretaría de Salud. (2023). México pone fin a la emergencia sanitaria por COVID-19: Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/prensa/mexico-pone-fin-a-la-emergencia-sanitaria-por-covid-19-secretaria-de-salud>

Secretaría de Salud. (2023). Pandemia de COVID-19 impactó salud mental de la población y del personal médico. <https://www.gob.mx/salud/prensa/037-pandemia-de-covid-19-impacto-salud-mental-de-la-poblacion-y-del-personal-medico?idiom=es>

Schlanger, K. (2022). Aportaciones del Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del MRI a la orientación escolar: El papel del orientador en el sistema escolar. Brief Therapy Center. <https://www.brieftherapycenter.org/es/aportaciones-del-modelo-de-terapia-breve-de-resolucion-de-problemas-del-mri-a-la-orientacion-escolar/>

Schlanger, K. (2022). La verdadera e inédita historia del MRI y el BriefTherapy Center (BTC). Antes y ahora. BriefTherapy Center. <https://www.brieftherapycenter.org/es/la-verdadera-e-inedita-historia-del-mri-y-el-brief-therapy-center-btc-antes-y-ahora/>

Solís, C., y Vargas, P. (2015). El servicio de Psicología Clínica en el marco de la atención universitaria: Revista Electrónica de Psicología de la Fes Zaragoza-UNAM, 5, 9, pp. 63-76.

<https://www.researchgate.net/publication/308920074> El servicio de Psicología Clínica en el marco de la atención universitaria

Universidad Nacional Autónoma de México. (2020). Directrices para el Ejercicio, a Distancia, de la Psicología.

<http://www.healthnet.unam.mx/afeipal/lecturas/Telepsicologiadirectrices.pdf>

Valdez, R. (s.f.). Calidad y derechos: atención a la salud mental con derechos humanos.

Bajo lupa. <https://documenta.org.mx/blog-documenta/2018/06/20/calidad-y-derechos-atencion-a-la-salud-mental-con-derechos-humanos/>

Vargas, P. (2004). Antecedentes de la Terapia Sistémica: Una aproximación a su tradición de investigación científica. En Eguiluz, L. (Ed.) (2004). La Terapia Familiar. Su uso hoy en día. (pp. 1-27). Editorial Pax.

Vargas, B.; Villamil, V. (2016). La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Mental*. 2016; 39, 1, pp.3-9.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58243960002>

Ventura, D. (2016, diciembre). Retomando a Don D. Jackson, pionero de la terapia familiar sistémica: Una aproximación a su trayectoria profesional: *Redes. Revista de psicoterapia Relacional e intervenciones sociales*, 34, 9-22.
<https://redesdigital.com/index.php/redes/article/view/160>

Weakland J. H., Fisch, R., Watzlawick, P., y Bodin, A. (1974). Terapia breve: Centrada en la resolución de problemas. *FamilyProcess*, 13, 141-168.

Wittezaele, J. J., y García, T. (1994). La escuela de Palo Alto: Historia y evolución de las ideas esenciales. Editorial Herder.

Anexo

Anexo 1

FICHA DE REGISTRO				
Nombre:				Fecha:
Género:	Hombre	Mujer	Edad:	Ocupación:
Describe el motivo de consulta:				
Familiograma:				
Descripción de caso:				Sesión nº:
Objetivo terapéutico:				
Tarea:				
Próxima cita:				

Anexo 2

FICHA DE SEGUIMIENTO	
Nombre:	No de sesión:
Descripción de caso:	
Avances obtenidos:	
Tarea:	
Próxima cita:	