



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ENEP. ZARAGOZA

INTERVENCION PSICOTERAPEUTICA  
DE DOCE CASOS ATENDIDOS DURANTE  
EL DESARROLLO DEL SERVICIO SOCIAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

LILIA ADRIANA HERNANDEZ MEDEL



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.

# I N D I C E

	PAG.
I. PROLOGO	1
II. INTRODUCCION	2
III. METAS CURRICULARES Y OBJETIVOS	4
a) Metas Curriculares de la Carrera de Psicología.	
b) Objetivos del Servicio Social	
c) Objetivos de la Clínica	
d) Objetivos del pasante	
IV. MARCO CONCEPTUAL	8
a) Psicología Clínica	
b) Terapia Racional Emotiva	
c) Asertividad	
d) Relajación Muscular	
e) Conflicto Conyugal	
V. CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION DONDE SE PRESTO EL SERVICIO SOCIAL	52
VI. CARACTERISTICAS REGIONALES DE LA POBLA- CION ATENDIDA DURANTE EL SERVICIO SO- CIAL.	56
VII. CARACTERISTICAS PARTICULARES DE LA PO- BLACION ATENDIDA DURANTE EL SERVICIO - SOCIAL	66
a) Población Atendida	
b) Funciones Desarrolladas	
VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS	77
a) Agresividad	
b) Familiares	
c) Sexuales	
d) Somáticos	
e) Conyugales	

## IX. ANALISIS

- a) Significado del Servicio Social
- b) Institución donde se llevo a cabo el Servicio Social
- c) Población atendida
- d) Problemática con mayor frecuencia entre la población atendida
- e) Objetivos
- f) Funciones Desarrolladas
- g) Resultados
- h) Limitaciones

## X. CONCLUSIONES

98

## XI. PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

101

## XII. ANEXOS

102

## XIII. BIBLIOGRAFIA

150

## PROLOGO

## P R O L O G O

El presente trabajo tiene como finalidad el comunicar las labores realizadas durante el desarrollo del Servicio Social de la Carrera de Psicología, las cuales se llevaron a cabo en el área Clínica.

La elección de ésta plaza, se basó en los deseos de desempeñar actividades relacionadas con dicha área, en virtud de tener inclinaciones por ella, pues es mediante la intervención del Psicólogo Clínico que se pueden solucionar ciertas enfermedades psíquicas que sufren los individuos de una sociedad.

Por otro lado, deseo manifestar un sincero reconocimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México ya que al proporcionarnos a miles de jóvenes la oportunidad de estudiar, logra brindar un mayor desarrollo personal a quienes en ella nos instruimos y al mismo tiempo contribuye al progreso Nacional.

El reconocimiento se hace extensivo a todos y cada uno de los profesores que al aportar sus conocimientos, dirigieron la formación profesional de la presente autora.

También quiero expresar mi especial gratitud a los Profesores Gerardo Villalvazo Gutiérrez, Javier Godines Alonso y Juan Miguel Rivera Cervantes, por su guía y consejos al escribirse éste estudio.

Asimismo, se otorga un sincero agradecimiento a todos aquellos que brindaron asesoría y apoyo para la consecución del presente trabajo.

## I N T R O D U C C I O N

## I N T R O D U C C I O N

Mediante la elaboración del presente informe se podrá evaluar el significado que tiene la realización del Servicio Social, para la Institución donde se presenta, para la población que recibe atención, y para el pasante mismo.

De igual forma se podrá detectar la funcionalidad de la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza, lugar donde se llevó a cabo el servicio y de las características generales que presenta, además de saber si cumple o no con los objetivos por los que fue creada.

De manera general se apreciarán las características regionales de la población atendida, donde se encontrará que en el aspecto de infraestructura se encuentran atendidos, no resultando igual con los conceptos de economía y educación.

Además de lo anterior se encontrará que los casos atendidos por el pasante fueron doce, de entre los cuales existen; un caso de agresividad, dos casos con problemas sexuales, dos con problemas somáticos dos con problemas familiares y cinco casos con conflictos conyugales, siendo éste último en que mayor frecuencia presentó.

Dichos casos fueron evaluados y diagnosticados con instrumentos pertinentes a cada problema en particular y con base en los mismos, se abordó la implementación terapéutica, donde se trabajó con las Terapias; en Aserción, en Relajación Muscular y Terapia Racional Emotiva.

Posteriormente se encontrarán los resultados obtenidos, donde se observará que existen; deserciones, altas y seguimientos.

Por otra parte existe una sección dedicada al análisis



sis total del trabajo, lo que sirve de pauta para las conclusiones, donde se señala que los objetivos Institucionales, del Servicio Social y del pasante, se encuentran cubiertos y la forma en que ello se realizó.

Al mismo tiempo se cuenta con un apartado de propuestas, donde se sugiere la creación de un programa de intervención y/o prevención de conflictos con yugales, dado que fué el problema que mayor frecuencia presentó la población atendida. Finalmente se propone que la asesoría que recibe el pasante sea cercana y frecuente.

## OBJETIVOS

## METAS CURRICULARES DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA. [1]

1. Integrar el servicio, la investigación y la docencia.
2. Integrar la Metodología de las ciencias naturales y las sociales.
3. Promover la Interdisciplinarietàad.
4. Orientarse preferentemente hacia el servicio comunitario.
5. Formar y no solamente informar al estudiante.
6. Ampliar el campo profesional del psicólogo.
7. Desarrollar de una forma integral las distintas actividades instruccionales siguiendo una estructura modular.
8. Adecuar las actividades de docencia, investigación y servicio a las necesidades nacionales.
9. Promover la adquisición de aquellas habilidades, conocimientos y metodología que le permita al egresado, desarrollar las funciones profesionales de detección, análisis, intervención e investigación en los sectores de Educación, Salud, Producción y Consumo, Ecología y Vivienda y Organización Social.
10. Evaluar de manera continua los diferentes elementos del plan curricular.

## OBJETIVOS DEL SERVICIO SOCIAL. [2]

Generales de la Carrera:

1.- Nivel Institucional.

1.1 Propiciar situaciones de aplicación de la -

[1] ENEP ZARAGOZA, Propuesta de Cambio del Plan de Estudios de la carrera de Psicología, pp.9-10

[2] ENEP ZARAGOZA, Programa del Servicio Social, pp. 5-6

práctica psicológica que permita relacionar al psicólogo como profesional de la conducta comprometido con la solución de los problemas nacionales.

- 1.2 Adecuar el Perfil Profesional del Psicólogo a los problemas nacionales prioritarios.
- 1.3 Propiciar situaciones que permitan detectar formas concretas de intervención psicológica como medios alternativos de docencia.
- 1.4 Propiciar situaciones de intervención que permitan implementar las técnicas de investigación psicológica al análisis de la problemática nacional y de la eficacia de la carrera de psicología, para formar profesionales de utilidad (para el desarrollo nacional).

## 2.- Nivel Estudiantil.

- 2.1 Desarrollar habilidades que permitan realizar acciones concretas que demuestren el dominio operacional y el conocimiento integral de un concepto dado.
- 2.2 Desarrollar las habilidades que permitan aplicar en la práctica los aspectos operacionales relevantes a la información teórica adquirida e integrada durante su carrera.
- 2.3 Desarrollar habilidades que permitan abstraer y generar información relevante a partir del análisis y aplicación de las diferentes dimensiones de un concepto dado.

## OBJETIVOS DE LA CLINICA: [3]

El objetivo general de las Clínicas Multidisciplinarias de ENEP Zaragoza, es el desarrollo de un modelo de integración docencia - servicio, a través del trabajo multi e interdisciplinario, que permita al estudiante de las Ciencias de la Salud, enfocar el conocimiento del proceso salud-enfermedad, en forma integral, utilizando la práctica clínica y la investigación aplicada para el desarrollo de destrezas y actitudes que contribuyan a la solución de los principales problemas de la salud del país.

### 2.0 Objetivos Específicos:

- 2.1 Propiciar los campos clínicos adecuados y suficientes para la carrera de Cirujano Dentista.
- 2.2 Contribuirá a cubrir las necesidades de campos clínicos de las Carreras de Medicina, Enfermería y Psicología.
- 2.3 Colaborar en la carrera de Químico Farmacobiólogo en las instalaciones de Laboratorios para el logro de los objetivos prácticos del área de Análisis Clínicos.
- 2.4 Lograr que las actividades en comunidad de las diferentes carreras de la Escuela se efectúen con la mayor eficacia posible.
- 2.5 Propiciar a la población controlada y del área de influencia de las Clínicas, acciones que contribuyan a preservar su salud y

[3] Manual de Organización, Funciones y Procedimiento Académico Administrativo de las Clínicas Multidisciplinarias de la ENEP Zaragoza. pp.6-7

disminuir las principales enfermedades que la afectan.

- 2.6 Colaborar con las demás unidades de la Escuela en la realización de las investigaciones relacionadas con la salud donde se contempla a la población atendida, controlada o de la zona de influencia de las clínicas.
- 2.7 Colaborar con las Instituciones de salud ubicadas dentro del área de trabajo de la ENEP Zaragoza, para el desarrollo óptimo de su programa de salud.

#### OBJETIVO PARTICULAR DEL PASANTE.

Realizar un Servicio Social Profesional, a lo largo del cual, se lleven a la práctica los rudimentos teóricos y prácticos adquiridos durante la Carrera.

MARCO TEORICO

## MARCO CONCEPTUAL

Dentro de la Psicología existen diversas ramas, tales como; la Psicología Experimental, la Psicología Fisiológica, la Psicología Social, la Psicología Industrial, la Psicología Educativa y la Psicología Clínica.

Sobre ésta última se centrará el marco teórico, ya que fué dentro de este área donde se llevó a cabo el Servicio Social en cuestión.

La Psicología Clínica, tiene como uno de sus objetivos, tratar la conducta humana de desadaptación, la cual es tratada a través de métodos psicológicos, ya sea para curar, aliviar o evitar dichas conductas. Fundamentalmente, toda terapia supone el intento de alguna persona (Terapeuta) por cambiar a otra (paciente) en cierta manera, que le permite tener una existencia más placentera. (Ruch & Zimbardo 1982).

Frecuentemente es recomendable la terapia cuando la conducta de un individuo es deficiente respecto de algunas normas de conducta, o cuando el individuo manifiesta gran malestar por la presentación o ausencia de dicha conducta, por ejem. tener miedo injustificado, incapacidad de relaciones con los demás, quejarse de ser infeliz, etc. etc.

Existen muchos tipos de terapia para problemas Psicológicos, tales como: Terapia Psicoanalítica, Terapia Centrada en el Cliente, Terapia Gestálica, Terapia del Análisis del Yo, Terapia del Análisis Transaccional, Terapia de la Realidad, Terapia del Grito, Terapia Provocativa, etc. etc. (aquí sólo se mencionan algunas).

La Terapia varía según el tipo de entrenamiento educativo del terapeuta, su propia personalidad, las ne



cesidades del paciente, las demandas y la situación en que el paciente y el terapeuta interactúan.

En ciertos casos las diferencias entre las terapias son únicamente de método, en otros representan diferencias fundamentales en las suposiciones teóricas y filosóficas sobre las funciones y objetivos de la terapia. Algunos terapeutas consideran que deben dirigir el desarrollo de la terapia, otros dejan la responsabilidad completamente en el paciente. Algunos - otros terapeutas, tratan únicamente el problema con el que llega el paciente, mientras que otros intentan tratar la personalidad en su totalidad. Para algunos profesionales el objetivo de la terapia es que el paciente pueda percatarse de los problemas, para otros es que se sienta feliz, para otros más es cambiar las conductas perturbadoras específicas, etc. - etc.

De manera general puede decirse que existen tres tipos de Terapias de la conducta, los cuales son: --- (Ruch & Zimbardo 1982).

- a) *Terapia Fisiológicas* Es aquella que emplea métodos físicos de tratamiento como por ejem. Terapia de choque, la Narcosis, la Psicocirugía, la Qui-mioterapia (terapia de drogas) etc.
- b) *Terapia Conductual*: Es aquella que trata fundamentalmente de la aplicación de los principios de la teoría del condicionamiento al problema conductual, dentro de este rubro tenemos a la extinción, la Desensibilización Sistemática, La Terapia Im-plosiva, el Castigo, el Reforzamiento Positivo, - Imitación de Modelos, Economía de Fichas, etc.
- c) *Terapia Sociocognoscitiva*: Estas terapias se ocupan de los pensamientos, actitudes y sentimientos del paciente, como por ejemplo: Terapia Centrada en el Cliente, Psicoterapia Existencial, Terapia de la Integridad, Hipnoterapia, Terapia Racional-Emotiva, Asertividad, Terapia de Relajación, etc.

#### d) Terapias Analíticas: Psicoanálisis.

Específicamente aquí se tratarán las Terapias Sociocognoscitivas ya que algunas de éstas se utilizaron a lo largo del Servicio Social.

Las Terapias Sociocognoscitivas o de reestructuración cognitiva se usan para referirse a una variedad de aproximaciones terapéuticas cuyo modo de acción consiste en modificar los pensamientos y premisas del cliente, supuestos y actitudes que subyacen a sus cogniciones. El interés de la terapia está en el contenido ideacional involucrado en el síntoma, o sea, las premisas e inferencias irracionales. Así el terapeuta cognitivo intenta familiarizarse con los contenidos del pensamiento de su cliente, su estilo de pensamiento, sentimientos y conductas, en un intento de ordenar y entender sus interrelaciones. El paciente consistentemente tergiversa la realidad y llega a conclusiones irracionales concernientes a su habilidad para arreglarselas con su medio ambiente.

Los procesos de pensamiento distorsionados del paciente afectan en forma adversa su perspectiva del mundo y lo llevan a emociones dispacenteras y problemas conductuales. El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a identificar interpretaciones, distorsiones atribuciones desadaptadas y a probar la validez y racionalidad de las mismas. (Meichenbaum 1977)

Dentro de éste rubro de las Terapias Sociocognoscitivas, se encuentran como ya antes se mencionó la Terapia Racional Emotiva, el entrenamiento en Asertividad y la Terapia en Relajación Muscular, entre otras, las cuales se emplearon en la práctica del Servicio Social, es por ello que se abundará en las mismas.

#### TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.

La Terapia Racional Emotiva (TRE), fue creada por el Dr. Albert Ellis en 1955. Este es un nuevo método filosófico conductual de psicoterapia relativamente

breve, y es de un tipo de enfoque activo-dirigido -- práctico.

Algunos postulados de la TRE, no fueron percibidos -- inicialmente por el Dr. Albert Ellis, debemos remontarnos a miles de años como es la época de los filósofos Griegos como Epicteto y Marco Aurelio, para encontrar quizá el origen de dichos postulados. De -- igual forma y ya en otras épocas como la de los antiguos pensadores del Budismo o Taoísmo, también se localiza la percepción que hacían de la estrecha conexión entre la razón, emoción y conducta, y no sólo se limitaron a localizar y expresar dicha conexión, sino también ofrecieron recursos para el cambio conductual a través de la alteración de patrones de pensamiento (Ellis 1962).

En el presente siglo XX, un número de terapeutas, incluyendo a Dobois (1905), Coué (1922), Korzybski -- (1933), Johnson (1946), Low (1950), Kelley (1955), Phillips (1957), Frank (1961), Ellis (1962), Blumenthal (1969), Beck (1976) y Lazarus (1972), han enfatizado el rol de los factores cognitivos en la contribución de la enfermedad mental y se han interesado en cambiar las autoverbalizaciones desadaptadas del cliente.

Los fundamentos Teóricos de la TRE se basan en el supuesto de que la emoción y el pensamiento humano no son dos procesos dispares o diferentes, sino que tienen coincidencias significativas y que algunos aspectos, sobre todo en las intenciones prácticas, son la misma cosa. (Ellis 1962).

Esto es, los desórdenes psicológicos surgen de patrones erróneos o irracionales de pensamiento, estos patrones se manifiestan por sí mismos en cadenas de -- verbalizaciones preconscientes implícitas y surgen de suposiciones que comprenden el sistema de creencias básico del individuo.

Al respecto el filósofo V.J. Mc. Gill opina "Es tan-

difícil separar las emociones y el conocimiento como lo sería el hacerlo con la motivación y el aprendizaje, las emociones incluyen un componente cognoscitivo y una expectativa o disposición a actuar; su racionalismo y valor de adaptación dependen de la adecuación de estos dos componentes en una situación dada. El preever que un objeto puede ser bueno o malo y el saber o no, cómo relacionarse con él, determine la actitud hacia él y también el sentimiento" (Mc. Gill 1954).

A partir de lo anterior se determina el supuesto que la estimulación que recibe el ser humano, no es la que produce sus emociones, sino las cogniciones o cadena de autoverbalizaciones, o de pensamientos, que se le ocurren a partir de la estimulación medioambiental recibida o percibida. Esto nos indica que todas las diferencias individuales tanto físicas, psicológicas, culturales, sociales, medioambientales, étnicas, regionales, etc. etc., de los seres humanos, le hacen reaccionar particularmente ante un estímulo dado. Con esto se quiere decir que 5 ó 10 ó 20 seres humanos, pueden reaccionar de DISTINTA FORMA ante el mismo estímulo, y sus emociones o conductas variarán de acuerdo a lo antes mencionado, ya que mediante estas, se tienen ciertos pensamientos o cogniciones.

La esencia de la TRE se ve reflejado en el modelo de Ellis, que se expresa de la siguiente manera: A.B.C. D.E.

A Se refiere a cierto suceso real o antecedente ambiental, al que el individuo se expone.

B Se refiere a la cadena de pensamientos (autoverbalizaciones) que utiliza como respuesta ante A.

C Simboliza las emociones y conductas que son consecuencia de B.

D Se refiere al punto donde el paciente debatirá, disputará, discutirá, etc. de una manera racional los pensamientos irracionales que se dijo en B.

E Se refiere a las consecuencias emocionales y/o conductuales presumiblemente benéficas.

Un pensamiento o creencia es irracional, cuando no hay hechos reales que lo sustentan. Cuando las experiencias activantes (A) se evalúan en una forma tal, que no concuerdan con la realidad (evaluación errónea de la realidad), dicho de una manera más formal, el pensamiento irracional es aquel que carece de un sustrato lógico empírico.

Existen cinco preguntas para definir el pensamiento irracional: (Maultsby 1979).

¿Es verdadero?

¿Me lleva a proteger mi vida?

¿Me lleva a conseguir lo que deseo?

¿Me evita problemas que no deseo?

¿Me evita sentirme del modo que no deseo?

El pensamiento irracional obstaculiza o sabotea los objetivos básicos del ser humano, los cuales son: (Ellis 1962).

- 1.- Llevar una existencia lo más placentera posible, con el mínimo de dolor y pena.
- 2.- Reunirse con las demás personas,
- 3.- Mantener en determinado momento, una relación intensa con una de las personas con las cuales interactúa.
- 4.- Dedicarse a una actividad productiva, y que ésta resulte lo más placentera posible.

Entre las suposiciones de Ellis (1962) con respecto a la naturaleza del hombre se encuentran las siguientes:

- 1.- Sólo el hombre es racional, y cuando piensa y se conduce en ésta forma, es eficaz, feliz y competente.
- 2.- Los trastornos emocionales o psicológicos y/o la conducta neurótica, son el resultado de una forma de pensar irracional e ilógico, el pensamiento y la emoción no son funciones separadas o diferentes. La emoción acompaña al pensamiento y está en efecto prejuiciada, influida, y altamente personalizada a partir del pensamiento irracional.
- 3.- El pensamiento irracional se origina en el aprendizaje ilógico inicial, hacia el que el hombre está biológicamente dispuesto, y que adquiere más específicamente a partir de sus padres y su cultura.
- 4.- Los seres humanos son seres verbales y el pensamiento generalmente se da a través del uso de símbolos o de lenguaje.

De esto se desprende que si el ser humano se habla en forma lógica, madura y racional difícilmente experimentará emociones negativas, pero si, por el contrario, se habla a sí mismo en forma ilógica, autodestructiva e irracional, su infelicidad y perturbación emocional difícilmente conocerá límites.

Ellis mantiene la hipótesis de que los seres humanos son un tipo de animales que cuando se crían en una sociedad con las características de la nuestra, tienden a creer en ideas falaces que las llevan continuamente a la práctica de una conducta pública que es autodestructiva o neurótica. La mayoría de estas ideas irracionales como ya han señalado los psicoanalistas en los últimos años, son inculcadas por los padres de los individuos en su primera infancia y después se fijan con fuerza, debido a las ataduras con sus padres y a que las ideas estaban arraigadas, grabadas o condicionadas, antes de que formas de un-

pensamiento más racional les dieran la posibilidad de lograr una solución mejor a sus conflictos. Sin embargo como ya antes se ha mencionado no sólo influye la familia, sino el contexto social en general del individuo.

A continuación se analizarán una a una las ideas que Ellis (1961) identifica como irracionales y universalmente inculcadas.

- 1.- Es esencial que uno sea amado o aprobado virtualmente por todas las personas de la comunidad.

Esto es irracional, debido a que resulta una meta inalcanzable y en el caso de que alguien la persiga, se verá frustrado al no lograrlo, ya que jamás se podrá dar gusto por igual a cada persona en particular.

- 2.- Uno debe ser absolutamente competente, adecuado y exitoso en todos los aspectos posibles.

También resulta irracional esta idea, ya que el ser humano debe ser consciente de sus limitaciones y aceptar que podrá ser apto y tener éxito en algunas de las actividades que emprenda, pero no en todo lo que existe en este mundo. Los que así piensan, constantemente se sentirán inferiores y frustrados y ello les acarrerá serias consecuencias emocionales y conductuales.

- 3.- Ciertas personas son malas, malvadas, viles o inferiores y deben ser severamente castigadas o acusadas por sus defectos, pecados o malas acciones.

Nuevamente se trata de una idea irracional, ya que quizá desde su punto de vista sean malas, pero no desde los criterios de otros seres humanos, no existe la regla de oro, para medir las acciones de otros seres humanos, por lo tanto hay que admitir que todos somos falibles en algunas cosas y en algún grado.

- 4.- Es terrible, horrendo y catrastrófico que las cosas no marchen de la manera que uno quisiera que marcharan.

Esto resulta irracional debido a que el sentirse triste, enojado, frustrado, ansioso, pesaroso, etc. resulta normal y aceptado en el ser humano, siempre y cuando no sea un estado de ánimo contínuo y/o intenso.

- 5.- La desdicha humana tiene causa externa y el individuo es poco o nada capaz de controlar sus aflicciones o librarse de sus sentimientos negativos.

Cierto es que existen circunstancias de la vida que son indeseables de vivir, pero debemos enfrentarlas de una manera positiva y racional ya que sí existe una forma de controlar las penas y aflicciones, de acuerdo como se ha venido exponiendo.

- 6.- Si algo es o puede ser peligroso o temible, uno debe preocuparse terriblemente por ello y debe sentirse trastornado.

Esto resulta irracional debido a que la preocupación y la ansiedad impiden una evaluación objetiva de la situación, y a menudo interfieren con el enfriamiento eficaz del mismo, en caso de que ocurriese, además se exageran las posibilidades de su ocurrencia, y la magnitud del evento.

- 7.- Es más fácil rehuir dificultades y responsabilidades de la vida que poner en práctica formas de autodisciplina más satisfactorias.

Esto es irracional, ya que no se debe evitar las dificultades y/o responsabilidades, sino al contrario enfrentarlas y darles la mejor solución posible; sea el resultado satisfactorio o no, de lo contrario se experimentarán insatisfacciones, autodevaluaciones e inseguridad, además del hábito de huir.



8.- El pasado es de total importancia de manera que si algo afectó una vez profundamente la vida de uno, continuará haciéndolo indefinidamente.

Nuevamente esto es irracional, ya que se pueden cambiar los pensamientos, y por lo tanto las emociones y conducta del sujeto, y si algo fué negativo en el pasado, también se puede aprender de ello y obtener una experiencia positiva para el futuro.

9.- La gente y las cosas deberían ser diferentes de como son y es catastrófico no encontrar inmediatamente soluciones perfectas para las desagradables realidades de la vida.

Esto resulta irracional porque como ya se ha expuesto no son los estímulos medicambientales, los que crean las emociones, sino la interpretación que se hacen de ellos. Si se llevase a cabo una encuesta con X número de individuos acerca de lo que ellos consideran la solución perfecta para tal o cual problema, nos darían respuestas de acuerdo a sus creencias, por lo tanto no existe una medida estandar de lo que es o no perfecto.

10.- El máximo de la felicidad humana puede lograrse por medio de la inercia y la inacción o gozando de uno mismo pasivamente y sin comprometerse.

La inercia y la inacción traen consigo la apatía, el vegetar, el parasitismo, el estancamiento, etc. lo que resulta irracional, ya que el ser humano debe desarrollar sus potencialidades en bien propio y en el de su medio social, lo que le traerá sentimientos de satisfacción, de bienestar, de ser y sentirse útil.

11.- Uno debe molestarse muchísimo por los problemas y perturbaciones de los demás.

Esto resulta irracional, ya que cada ser humano debe ser libre, independiente y responsable de sus acciones, emociones, conductas y pensamientos.

- 12.- Uno debe tener a alguien más fuerte que uno en quien confiar y de quien depender.

Esto también resulta irracional, ya que como vimos en la idea número 11 cada uno debe tratar de desarrollar, mantener y defender su propia individualidad y libertad, tanto de pensamiento como de acción y resulta infantil e inmadura una persona que desea apoyarse o depender de alguien.

Sin embargo, quince años después, en 1977 en una más sólida y fresca presentación de la Terapia Racional-Emotiva, Ellis enfatiza la existencia de cuatro formas de pensamiento ilógico y autoderrrotista que predominan sobre la mayor parte de las emociones perturbadas. Estas ideas son las siguientes:

- 1.- La exigencia infantil a la naturaleza, con verbalizaciones como: debe, tiene, que, debe de, debería tener, etc. Ejem. la gente debe... mi esposo tiene ... etc. Según Ellis, dichas exigencias son claramente pueriles, en el sentido de que no se desprende de ninguna ley natural, sino del mero deseo o gusto personal.
- 2.- La ideación catastrófica, con verbalizaciones como; es horrible, terrible, horrenda, castrófica.
- 3.- La idea de la incapacidad personal para manejar una situación que según las personas es horrible porque no debería ser así. La incapacidad personal se puede inferir a partir de verbalizaciones del tipo; no lo soporto, no lo tolero, no lo aguanto, etc.

4.- La idea de Condena, ya sea dirigida a otras personas, al mundo a la suerte, al destino, a las cosas, o a uno mismo. Estas ideas se identifican con verbalizaciones tales como; bestia, idiota - estúpido, incompetente, inútil, don nadie, etc.

Como se podrá observar estas cuatro ideas, podrían tener contenidas las doce anteriores, sólo que presentadas de una manera más general y a la vez específica. Sin embargo no se deben desechar las primeras, sino complementarlas y compararlas con estas últimas para realizar una evaluación más desmerusada del pensamiento irracional.

Por otro lado la TRE puede ser utilizada para ayudar a que los pacientes superen sus sentimientos y conductas inapropiadas en un tiempo razonablemente breve, porque constituye un enfoque que, por una parte es amplio y múltiple, es decir, emplea varios métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales en forma integrada y por otra es, una terapia filosófica y teórica, que pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos, que parecen ser la base de sus actos contraproducentes y muestra claramente a las personas como fijar la atención en sus filosofías negativas y como proceder a desarraigarlas.

Aunque anteriormente ya se ha expuesto lo siguiente, ahora veamos como el mismo Ellis (1978) define la Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva:

La Terapia Racional Emotiva consta de una teoría de personalidad, un sistema de filosofía y una técnica de tratamiento psicológico. La TRE subraya la importancia de lo que llamamos personalidad, la cual consiste en gran parte en las creencias, fundamentos o actitudes, lo cual se puede traducir en los valores del individuo.

Si dichos valores son positivos y razonables la gente actuará de esa forma; positiva y razonable y viceversa. Esto se ve apoyado por una gran cantidad de

evidencias recientes obtenida por psicólogos investigadores, se inclina a mostrar que los valores influyen de modo significativo en el comportamiento y que el modificar los valores de uno, causa directamente el cambio de personalidad. (Ellis y Grieger Handbook of Rational-Emotive Therapy).

En cuanto al sistema de Filosofía la TRE define los pensamientos racionales, los sentimientos apropiados y los comportamientos afectivos; como aquellas que ayudan a la sobrevivencia y la felicidad de los humanos. Una persona racional tratará de vivir lo más feliz posible y evitar el dolor o las molestias en lo posible, esto es que acepta en realidad lo que existe en un mundo real, trata de vivir amigablemente en un grupo social, elegir alguna actividad provechosa y productiva que lo haga sentirse contento y satisfecho.

Por el contrario una persona irracional, es aquella que vive de un mundo de fantasía, de falacias, de creencias, de mentiras, etc.

Con respecto a la técnica empleada por la TRE, ésta se enmarca en el modelo A B C D E, el cual se explicó anteriormente.

Por otro lado Ellis también contempla la asignación de tareas y la biblioterapia dentro de la técnica de la TRE.

Con respecto a la asignación de tareas es necesario tener trabajando a los pacientes entre una sesión y otra para llevar a la práctica lo que se revisa en el consultorio, esto es necesario para que el paciente vaya adquiriendo destrezas racionales y deseche las ideas irracionales existentes. (no hay que olvidar que se trata de una terapia activo-dirigida). Las tareas pueden ser de tres tipos:

- a) **Cognoscitivas:** Anotando todos los A B C D E que le ocurran durante las interacciones.
- b) **Emotivas:** Llevando a la práctica algunas discusiones racionales de sus ideas irracionales y comportarse racionalmente.
- c) **En vivo:** Instruyéndolos en realizar algunas cosas que irracionalmente temen, por ejemplo enfrentar una situación que les resulte temerosa.

La Biblioterapia es otro modo común de practicar y reforzar las cogniciones racionales, el Terapeuta debe señalar las referencias que el paciente deberá adquirir, o directamente él se las puede facilitar, como es el caso del folleto de "Tú y tus sentimientos" de Maxie C. Multsby y Allie Hendriks, donde se subrayan los principios más esenciales de la TRE de una manera sencilla y ejemplificada incluso con ilustraciones.

A la siguiente sesión terapéutica de la asignación de tareas, o de biblioterapia, el terapeuta en conjunto con el paciente analizará las labores o lecturas realizadas y aclarará dudas, hará preguntas, pruebas o simplemente se discutirán para reforzar los conocimientos del paciente.

Mediante estas técnicas el paciente se encontrará en contacto directo y continuo con los fundamentos teóricos de la TRE, lo que le permitirá adquirir nuevos hábitos de pensar, emocionarse y actuar. Ya que las filosofías racionales de la vida se hacen cada vez más fáciles de aprender, retener y seguir después de practicarlas durante algún tiempo.

Ellis señala en Reason and Emotion en Psychotherapy, (1962) que la TRE fomenta tres clases de perspectivas: la primera consiste en el punto de vista de que

las experiencias activantes (A) no causan directamente las consecuencias emocionales (C); lo que las causa es más bien nuestro sistema de creencias (B). Por lo tanto las personas son en gran parte responsables de sus propias emociones y conductas. La segunda es el punto de vista de que cualquiera que sea la forma en que surjan los trastornos originalmente, durante la primera infancia o parcialmente como resultado de lo que a menudo se ha llamado condicionamiento o aprendizaje, las personas ahora, en el presente, conservan las creencias irracionales por las cuales se trastornan ellas mismas. La tercera perspectiva es el conocimiento de que normalmente no hay otro medio que el trabajo y la práctica para abandonar las creencias irracionales originales y continuas y, por consiguiente para realizar cambios profundos en las emociones y los comportamientos del individuo.

Con respecto a los fundamentos empíricos la TRE se encontró en el Brevisimo Manual del Terapeuta (Herman Efraín Bartolomé) que ésta se ha utilizado con éxito en una gran cantidad de problemas clínicos entre los que se incluyen: Problemas matrimoniales (Ellis, 1962), tratamiento de la homosexualidad primaria (Ellis, 1962), tratamiento de la esquizofrenia (Ellis, 1962), psicosis y psicosis límite (Ellis, 1973), Psicopatías (Ellis, 1962), Alcoholismo (Ellis, 1973), Desórdenes impulsivos tales como robo de autos, robo a casas, asalto armado, abuso de alcohol, exhibicionismo, gastar compulsivo, llamadas telefónicas obscenas, paidofilia y fisgoneo (Watkins, 1977), Depresión (Ellis, 1961), problemas sexuales femeninos (Ellis, 1977), problemas y dificultades de aserción (Ellis, 1965; Lange y Jakubowsky, 1976; Wolfe, 1975), modificación de conducta infantil (Hauck, 1967; Knasus, 1977; Digiuseppe, 1977; DeVoige, 1977), agorafobia (Efraín Bartolomé, 1980) desórdenes obsesivo-compulsivo (Herman Efraín B. 1980) y desórdenes psicofisiológicos (Herman Efraín B. 1980) Estas referencias sólo son algunas de la interminable lista que se podría formar si se anotaran todas las encontradas en las distintas referencias bibliográficas revi

sadas. Sin embargo se considera que éstas son suficientes para ejemplificar el apoyo empírico con que cuenta la TRE.

Por otro lado a partir de la TRE han surgido progresos importantes en la misma terapia conductual, por ejemplo: los desarrollados en Inoculación de Stress y Modificación de Conducta Cognitiva (Meichenbaum, 1977), métodos cognitivo conductuales en el manejo de la depresión (Beck, 1976). Entretrenimiento asertivo racional (Lange y Jakubowsky, 1976); y han surgido métodos para la educación racional de los niños la prevención de la delincuencia, etc. De igual forma la TRE ha sido adoptada o copiada por otras varias escuelas, incluyendo el análisis transaccional, la terapia de la realidad, la terapia provocativa, el asesoramiento de dominio personal y la terapia de decisión directa, (Ellis 1978).

Las limitaciones con que se encuentra la TRE (según Herman E.B. 1980) son las siguientes:

- a) La TRE avanzará más rápido con personas de inteligencia normal y superior. Con personas mentalmente deficientes difícilmente funcionará una terapia cuyo fundamento es el ejercicio del pensamiento.
- b) En niños funcionará generalmente mejor a partir de los ocho años, edad en que según Piaget, comienza a desarrollarse el pensamiento abstracto. La educación racional no obstante, podrá comenzar desde que se comienza a adquirir el lenguaje.
- c) Aunque los resultados de la Terapia Racional Emotiva en psicóticos son importantes, no puede esperarse una remisión completa del problema, puesto que, nuevamente, una de las funciones básicas alteradas es la del pensamiento.

Finalmente se observa que al utilizar la TRE, no se está ofreciendo una panacea a los pacientes ni median

te ésta se pondrá fin a todas sus desdichas, penas, - frustraciones, etc. Sin embargo como se podrá observar a lo largo de este escrito, la TRE ofrece una manera real y racional de entender lo que el ser humano, vive, dice, piensa, actúa, siente, etc., por lo tanto brinda la oportunidad de poder analizar o poner en tela de juicio, las costumbres y cogniciones. Vale la pena pues intentar el cambio emotivo y conductual de los pacientes, mediante la Terapia Racional-Emotiva.

### ASERTIVIDAD.

El término Asertividad, fue utilizado por primera vez por Wolpe en el año de 1958, en su libro *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, sin embargo Andrew Salter en su libro *Conditioned Reflex Therapy*, publicado en 1949, exaltó por primera vez las virtudes de la conducta de tipo asertivo, aunque él no las llamó así, él utilizaba el término de procedimientos excitatorios.

Por lo tanto las técnicas actuales del entrenamiento asertivo están basadas, en un grado considerable, en los escritos de Wolpe (1958, 1969; Wolpe y Lazzaruz, 1969) y en menor grado, en los de Andrew Salter (1949, 1964).

Por otro lado, existen dos autores que han contribuido en forma directa o indirecta a las técnicas actuales de entrenamiento asertivo. Uno es J.L. Moreno, fundador del psicodrama (1946, 1955).

El psicodrama implica la dramatización en escena de las actitudes y conflictos de la vida real de los clientes que participan, acentuando fuertemente la espontaneidad e improvisación, elementos que Salter subrayó en sus procedimientos excitatorios. El psicodrama es similar a una de las principales técnicas asertivas de Wolpe, que es el ensayo de la conducta, la cual contiene algunas variantes en comparación con el psicodrama, como son sus metas ya que el psi-



codrama incluye la catarsis y el insight, las cuales no se consideran usualmente que sean congruentes con un enfoque conductual.

Un segundo autor es G. Kelly, quien contribuye de una manera indirecta con su terapia del rol fijo (1955), en la cual mezcla las psicologías cognoscitiva y conductista, donde se representa un drama sobre la personalidad de un individuo ficticio que se encuentra libre de ansiedad y además de las insuficiencias que aquejan al paciente en cuestión. Para la representación de dicho papel recibe instrucciones del terapeuta. Esto nuevamente se asemeja con el ensayo conductual utilizado por Wolpe, aunque con sus variantes, ya que Kelly trata principalmente en sus dramatizaciones con las cogniciones de los pacientes no resultando así con sus actitudes asertivas, esto más bien ocurre como una consecuencia del cambio cognitivo, pero no como una meta fundamental.

Salter (1949) emplea sus procedimientos excitatorios como un contracondicionamiento de la ansiedad.

Wolpe (1958) dice "La palabra asertividad tiene un extenso significado. Se refiere no sólo a la conducta agresiva, sino también a la expresión de afectos, actitudes amigables y otros sentimientos no ansiosos". (4)

por lo tanto, el entrenamiento asertivo se refiere al procedimiento terapéutico tendiente a incrementar la capacidad del cliente de expresar de una manera honesta sus sentimientos, ya sean estos positivos, como el afecto o el elogio y negativos como el coraje, el odio o el resentimiento. Todo esto de una manera socialmente aceptada.

Las intervenciones del terapeuta están dirigidas a aumentar todos los impulsos que lleven a la provocación de las respuestas inhibidas, en espera de que con cada provocación habrá, recíprocamente, una inhi

bición de la respuesta de ansiedad, lo cual dará como resultado algún grado de debilitamiento del hábito de la respuesta de ansiedad (Wolpe, 1973).

Wolpe asumió que la asertividad y la ansiedad son incompatibles en un considerable grado.

Las evidencias psicofisiológicas de que la aserción se correlaciona con la reducción de la ansiedad la ofrecen Arnold (1945, 1960) quien reunió las evidencias de un antagonismo fisiológico entre la ira y la ansiedad, Simonov (1967), ha producido evidencias inequívocas de la existencia de centros diferentes y recíprocamente inhibitorios de la ira y la ansiedad en el mesencéfalo. Mediante drogas e intervenciones quirúrgicas es posible suprimir uno de estos patrones de respuesta emocional, lo cual da como resultado la facilitación del otro. (5)

Experimentos realizados por Ax (1953), Schachter (1957) y Funkenstein (1956) revelan que cuando los sujetos están enojados en comparación con el miedo, muestran un mayor aumento en la presión diastólica de la sangre, un aumento menor en la presión sistólica y un aumento menor en el ritmo cardíaco, aparte de la resistencia de la piel tiende a incrementarse durante la ira, así como a decrecer durante el estado de miedo. Al mismo tiempo Funkenstein (1956) sugiere que, mientras el miedo se asocia con la hormona epinefrina, las respuestas de ira parecen reflejar los efectos de otra hormona la norepinefrina. (6)

Por lo tanto, el entrenamiento asertivo es recomendable, no sólo para evitar ansiedad, sino también para evitar consecuencias fisiológicas indeseadas.

(5) Josep Wolpe, *Práctica de la Terapia de la Conducta*, p. 96

(6) RIMM y MASTERS. *Terapia de la Conducta*, pp. 144 - 145.

## METODO DE ENTRENAMIENTO ASERTIVO

Es necesario señalar que no existe un método universalmente aceptado o empleado, sin embargo, el que se presentará a continuación proviene de fuentes tales como; Wolpe (1958, 1969). Lazarus (1971) Salter (1949) Rimm y Masters (1974).

Como ya antes se ha mencionado la asertividad es la expresión honesta y adecuada de emociones o sentimientos del individuo, ya sean estos positivos o negativos.

El entrenamiento se debe implementar cuando existan evidencias de que es necesario. Algunas personas no son asertivas sólo en algún punto en particular (ejem. expresión de ira o de afecto), pero hay otros que caen en la categoría que Salter denominó como "personalidad inhibitoria", donde existe un déficit asertivo, en una amplia gama de interacciones personales.

Una vez que se ha detectado la deficiencia asertiva, se procede a informar al cliente sobre el entrenamiento y como se efectuará éste, así como señalar lo importante de su colaboración en el mismo.

En este punto el terapeuta debe explicar los efectos negativos que contiene el reprimir o carecer de asertividad y al mismo tiempo dar una imagen de los sentimientos de bienestar, alivio y satisfacción personal que se experimentan al emplear la asertividad, además de inhibir recíprocamente la ansiedad.

El resultado de todo ello serán recompensas sociales, así como materiales significativas. Lo contrario traerá sentimientos de frustración, baja autoestima, ansiedad, etc.

La técnica más utilizada en el entrenamiento asertivo, es el ensayo conductual (originalmente llamado psicodrama conductual) en la cual, el terapeuta y el cliente interactúan representando relaciones inter-

personales, en las que exista algún problema para el paciente. Durante éstas representaciones el terapeuta juega el rol del paciente para modelar o exhibir la conducta del mismo, y posteriormente el paciente la realiza de igual forma y al mismo tiempo se ve retroalimentado por el terapeuta. Otra forma de ensayo conductual es en la que el cliente juega el rol de ser él mismo y el terapeuta asume el papel de una persona importante en la vida del cliente. Por ejemplo, uno de sus padres, esposa, etc., obviamente que el rol del terapeuta debe ser lo más real posible, por lo que la información del cliente en este sentido es de suma importancia además de objetiva, es por ello que se le pide al cliente sea lo más honesto sincero y objetivo, en la descripción de la conducta de la persona en cuestión.

Los ensayos conductuales se deben realizar el número de veces que sea necesario, para que tanto el paciente como el terapeuta, concuerden en que la conducta es asertiva y despierta un mínimo o nula ansiedad.

La mayoría de autores antes mencionados utilizan durante el ensayo conductual, el modelamiento, el moldeamiento y la retroalimentación, ya sea en ese orden durante una sesión, o tocar cada uno por sesión, o alternados, etc. Como se mencionó en un inicio, realmente no existe un método establecido para llevar a cabo el entrenamiento asertivo, sin embargo, si resulta importante que se incluyan dentro del entrenamiento los tres conceptos antes mencionados, con el método que considere pertinente cada terapeuta en particular.

Durante el modelamiento, el terapeuta modela la conducta asertiva que debe presentar el paciente ante una situación dada, enseguida se le pide al cliente represente el mismo el rol que le acaba de modelar el terapeuta, aquí se puede incluir tanto el moldeamiento como la retroalimentación. El primero se realiza induciendo a la ejecución de nuevas conductas asertivas, las cuales o ya han sido modeladas previa

mente o sólo se le ha dado explicaciones e instrucciones verbales al cliente. Durante el modelamiento se debe incluir el reforzamiento social (ya sean verbales como decir bien, correcto, estupendo, etc. o faciales como sonreír, guiñar, etc.) y las aproximaciones sucesivas, ya que no se puede esperar que al primer intento quede establecida la conducta deseada, es por ello que mediante los reforzadores sociales se irán estableciendo poco a poco las respuestas asertivas. Con el segundo se estará proporcionando información acerca de sus conductas, ya sea que permanezcan sin cambio o que lo sufra, que la respuesta sea agresiva, inhibida, etc., en esta etapa constantemente se estará retroalimentando al cliente acerca de sus respuestas, hasta que lleguen a ser asertivas.

Es recomendable que se aborden pequeños segmentos de la conducta para que éstos queden debidamente "checados" y posteriormente el paciente "junte" todos ellos con el fin de establecer una conducta asertiva "desmenuzada" y checada debidamente. (Rimm y Masters 1980).

Wolpe (1973) dice con respecto al ensayo conductual: "En realidad, durante el propio ensayo de la conducta, tiene a menudo lugar una buena cantidad de descondicionamiento de la ansiedad".

Dentro de estas tres variables del ensayo de la conducta; se utilizan otras tantas para establecer un condicionamiento de las respuestas asertivas. A continuación se hablará de ellas: Como ya se indicó la finalidad del entrenamiento asertivo es la expresión apropiada de los sentimientos. En la expresión de los sentimientos como la ofensa o la ira, una regla recomendable es la de implementar la respuesta efectiva mínima. La respuesta efectiva mínima es aquella conducta que alcanza la meta del cliente con un mínimo de esfuerzo y emoción negativa observable y como resultado la probabilidad mínima de consecuencias negativas. (Rimm y Masters 1974) Para ilustrar lo anterior pongamos el siguiente ejemplo, Supóngase que

una chica se encuentra esperando a su novio en una céntrica calle donde existe mucho tráfico, ruido, smog, gente, etc. Él tiene 30 minutos de retraso y cuando al fin aparece la chica dice "Espero no vuelvas a repetir tu impuntualidad otro día, ya que me molesta el esperarte" en vez de; "Eres un irresponsable, faltar de educación, jamás volveré a salir contigo".

Utilizaremos el mismo ejemplo para ilustrar la técnica de escalación, la cual consiste en preparar al cliente para que lleve a cabo una escalación o un ascenso de sus respuestas partiendo de la respuesta efectiva mínima, cuando observa que ésta no ha sido suficiente para provocar el efecto deseado. Ejem: La misma chica en la misma situación en otra ocasión que nuevamente ha esperado 30 minutos por su novio, "Realmente me resulta irritante el esperarte, te pido no vuelvas a repetirlo", una escalación de segundo orden podría ser "Considero injusto el que yo tenga que esperar por ti, por lo tanto me despido y no iremos a ningún lugar por el día de hoy", de esta manera se puede ir "subiendo el tono" de las respuestas asertivas.

Wolpe utilizaba una tercera técnica la cual consistía en el uso de una jerarquía, ésta se asemeja un poco a la desensibilización sistemática. Aquí el terapeuta con ayuda del cliente realizan una jerarquización para el ensayo de la conducta, donde los temas que presentan menor grado de ansiedad se tratarán en un inicio e irán incrementándose paulatinamente conforme a su grado de complejidad o de ansiedad. Esto tiene un doble efecto, por un lado el cliente no se "espantará" con la exposición de una situación que aunque no es real le causa demasiada ansiedad, y por otro el que paulatinamente se acostumbre el cliente a la enfrentación de situaciones ansiosas y con ello se descondicionen poco a poco.

He aquí un ejemplo de jerarquización: Un hombre sumiso e inhibido que teme todo tipo de enfrentamiento

con personas que para él representan autoridad.

- 1.- Entrar a un Banco y pedirle al Gerente le explique como se llevan a cabo las inversiones a largo plazo.
- 2.- Solicitar a un agente de tránsito una explicación el porque pasarse la preventiva del semáforo es causa de infracción.
- 3.- Expresar sus puntos de vista a su hermano con respecto a su comportamiento en la última reunión familiar.
- 4.- Solicitar a su jefe el día, para asistir a un compromiso importante para él.
- 5.- Hablar con su esposa acerca de la educación de sus hijos.
- 6.- Pedir a la madre deje de entrometerse en sus problemas conyugales.

Esta es una forma de jerarquía con respecto a varias relaciones personales del sujeto, sin embargo también puede realizarse la jerarquización con relación a un problema en particular (lo que se asemejaría un poco a la escalación), por ejemplo: Una muchacha de 25 años de edad mantiene relaciones con un hombre casado, mayor que ella, y aparenta indiferencia ante sus sentimientos. (Ejem. tomado de Rimm y Masters, 1980, p. 123).

- 1.- Una noche ya muy tarde, telefona desde su departamento insistiendo en que ella lo visite inmediatamente. No importando si ello resulta un inconveniente para ella.
- 2.- El quedó de reunirse con ella a las 5 p.m. Él se presenta a las 7.30 sin ofrecer disculpas.
- 3.- El telefona para decirle que no podrá verla el-

próximo fin de semana, sin exponer razón alguna.

- 4.- El se niega a discutir el futuro de sus relaciones.
- 5.- Ella se queja de mal trato, él la llama "ramera" y no contesta más.
- 6.- El le dice a ella que no podrá verla, porque Bonnie (otra amiguita) está en la ciudad.
- 7.- Ella quiere reclamarle pero teme perderlo.
- 8.- Ella decide decirle que cambie o de lo contrario terminarán.
- 9.- Ella quiere decirle que no desea verlo nunca más.

Por otro lado existe un número de investigaciones independientes que han evaluado la importancia de la comunicación no verbal (Menhrabian, 1968; Menhabian and Ferris, 1967), encontrando que en muchas situaciones los mensajes no verbales son más importantes que los verbales para el sujeto que los recibe.

Algunos terapeutas Neo Freudianos, como los de la Terapia de la Gestalt y del Análisis Transaccional, tienen especial atención en el estilo de comunicación de las personas con el objeto de provocar el cambio terapéutico. (Berne, 1964; Perls, Hefferline and Goodman, 1951).

Wilhelm Reich en su libro, *Character Analysis* (1949) describe vividamente las conductas no verbales o paralingüísticas (como algunos autores las llaman) de sus pacientes, y destaca el papel que éstas tienen en la comunicación.

Alberti (*Assertivness*, 1973) ofrece seis puntos en los que se basa la comunicación no verbal, a los que llama "Una conducta totalmente manejada y aceptada socialmente". Dichos puntos son:



- 1.- Tono de voz
- 2.- Frecuencia de palabras al hablar
- 3.- Contacto visual
- 4.- Expresión facial
- 5.- Expresión corporal
- 6.- Distancia personal con el interlocutor

Todos estos componentes no verbales se toman en cuenta a lo largo del tratamiento asertivo, independientemente de la técnica que se utilice, éstos deben analizarse uno a uno para obtener mejores resultados. La selección de cual o cuales de ellos se utilizarán en una situación, se encuentra dada por ella misma, ya que mediante una conversación telefónica no se emularan el contacto visual, ni expresión corporal o facial, pero si se utilizaran el tono de voz y la frecuencia de palabras al hablar. Sin embargo en la mayoría de interacciones se utilizarán todas.

Algunas de las seis variables enlistadas son fácilmente medibles como; el contacto visual, el tono de voz, la frecuencia y distancia personal, sin embargo no ocurre lo mismo con las expresiones faciales y corporales, por ello se debe tener cuidado al abordarlas y pedir al cliente especial concentración en ellas para que llegue a obtener un buen manejo de las mismas. Al respecto la mayoría de teóricos en la materia recomiendan el uso del audio-visual (grabar la actuación y la voz del cliente durante el ensayo-conductual) para retroalimentar al cliente y así detectar personalmente sus fallas.

Ahora se expondrán los resultados obtenidos por varios autores quienes emplearon la Asertividad en el tratamiento de diversos casos.

Salter en 1949, presentó en su libro *Conditioned Reflex Therapy*, la historia de 57 casos tratados con sus ejercicios excitatorios, donde trató; claustrofobia, temor a la obscuridad, ruborización, temor a hablar en público, tendencias suicidas, homosexualidad

y alcoholismo.

Wolpe en 1958, describe tres casos tratados con tratamiento asertivo; inseguridad, sumisión y dependencia y tartemudeo, los tres casos fueron tratados con éxito y los dos últimos reportan seguimientos de dos y medio años y el éxito se mantenía.

Stevenson (1959) trató a 21 pacientes con entrenamiento asertivo, de los cuales 12 conservaron su mejoría, de acuerdo a un seguimiento efectuado un año más tarde.

Stevenson y Wolpe (1960) aplicaron el entrenamiento asertivo a tres casos de varones con desviaciones sexuales y, en la medida en que los pacientes se tornaron más asertivos, sus relaciones heterosexuales mejoraron.

Edwards (1962) utilizó con éxito el entrenamiento asertivo con un hombre con una historia de 10 años de pedofilia homosexual, y además de dejar de presentarla, mejoro sus relaciones matrimoniales.

Wolpe y Lazarus (1966) reportan los casos de dos pacientes que presentaban inseguridad con relación a su trabajo, uno de ellos después de un seguimiento de cinco años, no sólo presentaba los logros inmediatos al tratamiento, sino que había alcanzado otros.

Cautela (1966) trató mediante el entrenamiento asertivo, tres casos de ansiedad persistente; uno con temor a la gente, otro en sus relaciones hacia sus padres y hacia el sexo y el tercer caso se trataba de impotencia sexual y dependencia conyugal.

Rimm (1967) reporta el éxito de un tratamiento utilizando la asertividad en un paciente hospitalizado con quejas crónicas, las cuales disminuyeron notablemente.

Lazarus y Serber (1968) emplearon el entrenamiento -

asertivo en un paciente que se tornaba violento ante las críticas de su esposa, y éste resultó efectivo. - Un segundo caso reportan haberlo empleado en una mujer con continuas depresiones, las cuales disminuyeron notablemente al emplear el entrenamiento asertivo.

Hosfrd (1969) trató a una niña de sexto año escolar con miedo de hablar en el salón de clases. La cual - al finalizar el curso se ofreció voluntariamente a la presentación de una clase oral.

Serber y Nelson (1971) trataron a pacientes hospitalizados esquizofrénicos. De 14 que trataron sólo 2 - mejoraron después de un seguimiento de seis semanas.

Lazarus (1971) aplicó el entrenamiento asertivo a un sujeto con claustrofobia, a una mujer depresiva y - con relaciones interpersonales ansiosas en su ma - rra y a una niña de nueve años con dificultad para - expresar sus sentimientos tanto positivos como nega - tivos. Los tres casos reportan éxito.

Va para finalizar este tema, se puntualizará que la - falta de asertividad, debe considerarse como un défi - cit conductual, relacionado con situaciones específ - cas y no como un rasgo general de la personalidad.

Así mismo es necesario señalar que la autodetermina - ción del cliente es un valor fundamental en cualquier intervención de cambio conductual. El terapeuta debe informar, la importancia de ser asertivo, las conse - cuencias positivas que dan el serlo y negativas que - dan el no serlo. De igual modo puede instruir al - cliente en el uso del mismo, sin embargo el cliente - tiene el derecho y la autorresolución de saber o deci - dir cuándo, con quién, dónde, de que manera, etc., - emplear la asertividad.

Los clientes no deben ser instigados a ser asertivos con todos y en todas las situaciones, etc. porque - quién vivirá las consecuencias de la asertividad del

cliente es él mismo.

El Terapeuta debe limitarse a enseñar al paciente la aserción y además un aspecto muy importante, debe señalar que el ser asertivo en algunas situaciones, puede traerle consecuencias punitivas, sobre todo si él insiste en su aserción, por ello debe aprender a discriminar los momentos en los cuales puede serlo, sin obtener consecuencias negativas.

Otro aspecto importante de mencionarle al cliente, es el referente a que no por ser asertivo conseguirá lo que desea, ya que mediante la aserción no se controla los actos, ideas, actitudes, creencias, etc. de los demás. Mediante la aserción si se podrán obtener mejores resultados que si no se emplease, sin embargo, no se debe esperar siempre éxito. Por ejemplo; el hecho que la chica que esperaba a su novio 30 min. se expresara asertivamente, no le salvó de seguirle esperando el mismo tiempo en situaciones iguales, sin embargo si le evitó disgustos o peleas innecesarias con su novio, quien quizá finalmente si fuese puntual como consecuencia de la actitud asertiva de ella.

A continuación se anexa un modelo para diferenciar la conducta asertiva.

MODELO PARA DIFERENCIAR CONDUCTA ASERTIVA. (7)

	NO ACERTIVA	ASERTIVA	AGRESIVA.
CUANDO LA SOCIEDAD O CONTEXTO CALIFICA COMO .....	Fresco, ambicioso, macho, avaro, duro, carecer de respeto hacia otros.	Honesto, recto - firme, valiente, respeto por los demás, equanimidad en sus relaciones.	Autonegativo callado, quieto, sacrificado, afable, sumisión.
CUANDO SUS SENTIMIENTOS INTERNOS SON ...	Dolor emocional, soledad, dolores físicos - auto-devaluación.	Buenos sentimientos, solidez, realización de metas, afectuoso.	Soledad, poder, realización de metas, poco auto-respeto.
Y LA RESPUESTA DE OTROS ES .....	Desprecio, burla, falta de respeto, burla, intimidación, ignorancia.	Amigables, afectuosos, cooperativos, respetuosos, abiertos. O algunas veces, temerosos, se alejan, anojados.	Temerosos, se alejan, evitación, sumisión, hostiles, asertivos.
CUANDO SUS INTENCIONES SON .....	Auto-negarse, evitar riesgos, eludirse molestias, imponer su voluntad, evitar lastimar a otros, evitar auto-lastimarse, esconder su enojo.	Realizar sus metas, auto-expresarse, exhibición de respeto hacia los otros - ser honesto y directo, exhibir su enojo, sostener sus ideales, expresar sus sentimientos - afectuosos.	Dominar, realizar sus metas, desdén hacia otros, abrirse camino.

## NO ASERTIVA

## ASERTIVA

## AGRESIVA.

Y OTROS INTERPRETAN  
QUE .....

Usted está amedrenado, usted está sobre-molesto, usted no cree en sus ideas, no sabe de lo que está hablando.

Usted es amigable honesto, conoce sus sentimientos es cuidadoso, respeta sus sentimientos y los de otros.

Usted utiliza a los demás, es inconsiderado y rudo, no tiene sentimientos, es ostentoso.

ENTONCES USTED SE  
CONDUCE.....

Baja la mirada y el tono de voz, tibia, sus expresiones faciales son de desamparo, niega importancia a la situación su postura corporal es desplomada, evita la interacción con otros.

Tiene contacto visual, conversa en un adecuado nivel de voz, su lenguaje es fluido, sus expresiones son firmes su postura corporal es erecta, emite una respuesta directa ante sus interacciones personales.

Su tono de voz es fuerte, su mirada es feroz, sus gestos son amenazantes, su postura corporal es amenazante, sus mensajes son impersonales.

ENTONCES OTROS SE  
CONDUCE.....

No hacen contacto visual, no lo escuchan, toman ventaja de usted, hacen peticiones irracionales, niegan sus peticiones, manipulan.

Hacen contacto visual, establecen conversación, su postura es abierta sus gestos son amigables, lo escuchan hacen comentarios de acuerdos. O algunas veces son agresivos.

Tartamudean, su postura corporal es cerrada, no brindan apoyo, agreden, su mirada es esquiva, hacen observaciones hostiles, son violentos. O también presentan contacto visual, firme postura corporal y facial.

## RELAJACION MUSCULAR.

Otra de las técnicas terapéuticas empleadas en el Servicio fué la Relajación Muscular. De ésta se dice que es el negativo directo de la excitación nerviosa. Es la falta de impulsos nerviosos musculares. Dicho en forma más simple, estar relajado es el opo-  
nente fisiológico directo de estar excitado o perturbado. (Jacobson 1962).

A la excitación nerviosa también se le ha llamado tensión, el término se aplica tanto para designar el esfuerzo invertido en cada acción, como para todo exceso de actividad. De modo que tensión significa esfuerzo razonable y también esfuerzo excesivo. (Jacobson 1962).

Debido a que el ritmo de la vida ha sufrido un incremento general, el hombre moderno se ha visto obligado a cumplir muchas demandas a costa de su energía nerviosa, lo que le provoca un estado de tensión. Esto lo vemos ejemplificado en diversas ocupaciones del ser humano tales como, empleados de oficinas, fábricas, maestros, doctores, telefonistas, etc. Aunada a estas tensiones producida por las preocupaciones de la vida moderna, tenemos las cada vez más grandes, exigencias económicas que casi todos padecen. La preocupación actual es ganar más dinero para resolver necesidades ordinarias.

Dada la creciente tensión en que se vive en la actualidad, la gente llega a padecer de úlceras, ataques al corazón, afecciones nerviosas y trastornos psicológicos tales como, neurosis, insomnio, alteraciones de carácter como el ser irritable, iracible, llorar sin causa aparente, miedos injustificados, etc.

Aunadas a las características particulares de cada caso en cuestión, se encuentra otra, y ésta es el que una persona tensa no se encuentra en condiciones de dar un juicio objetivo sobre asuntos que le preocupan emocionalmente. Experiencias al respecto reve-

lan que éstas personas, una vez que aprenden a relacionarse, emiten juicios más racionales.

Para ilustrar lo anterior veamos un ejemplo: Se trata de una señora de 40 años, casada y con tres hijos la cual se dedica a atenderlos y atender su casa, dicha señora ha venido presentando desde meses atrás insomnio y dolores de cabeza, éstos síntomas la ponen de "mal humor" lo que acarrea problemas con su medio ambiente en general. Por tal motivo recurre al médico para que detecte su "enfermedad" y le dé alivio. El médico al realizar los exámenes médicos no logra detectar ninguna anomalía orgánica, por lo que diagnóstica "nerviosismo" y lo más probable es que le recete algún somnífero y calmantes para sus dolores de cabeza. Como se podrá observar el Doctor está atacando el efecto del problema, no el origen o la causa del mismo. Analicemos más detalladamente esto.

Recordemos que cada vez que hacemos algo, contraemos músculos de alguna región de nuestro cuerpo. Esto ocurre en actividades tales como respirar, que son esenciales para vivir, y en otras más como platicar, que a menudo pasan inadvertidas. Así, cada movimiento exige cierta contracción de las fibras musculares. Nuestros músculos constituyen aproximadamente la mitad de nuestro peso corporal. Cada músculo está dotado de dos series de nervios; una lleva los mensajes al músculo, la otra los lleva del músculo, a la espina dorsal y al cerebro. Cuando los nervios que van al músculo están activados, ese músculo se encuentra activo también. Esta doble actividad es de naturaleza química. Corre a lo largo de los nervios como si se tratara de una onda, y viaja a una velocidad de aproximadamente 27 metros por segundo, en el hombre. Estas ondas también son eléctricas, aunque no avanzan como la electricidad.

Según lo expuesto anteriormente, cuando un músculo se contrae las ondas eléctricas están presentes no sólo en él, sino también en los nervios que entran y salen de él. Podemos imaginar, por el momento, que -



se trata de una máquina. Cuando un auto está en marcha, sus ruedas giran según su velocidad. A noventa kilómetros por hora, revolucionan aproximadamente treinta veces por segundo. La tasa por segundo también es aplicable a los nervios, ya que según los instrumentos de medición, cuando un músculo está contraído su descarga varía entre 1 y 50 por segundo. Investigaciones recientes revelan que esas frecuencias pueden ser muy elevadas, en cuyo caso se dice que los nervios "están muy agitados", o que "hay mucha tensión nerviosa". Entonces los nervios o los músculos del cuerpo están descargando con más frecuencia de lo normal. (Al respecto no hay nada definitivo todavía.) En el caso de la presión sanguínea, sí es posible afirmar cuál es el estado normal para cada edad. En tal caso se dice si tiene elevada o baja presión arterial. Pero el sistema nervioso es más complicado que el vascular. La actividad de un nervio en un momento dado, puede diferir enormemente del estado de otro nervio. Sobre la base de la tasa de descarga, un nervio podrá estar totalmente en reposo mientras otro, mostrar una elevada actividad. Esto dificulta poder llegar a una apreciación general de lo que significa nerviosismo o bien elevada tensión nerviosa.

Sin embargo, en la práctica y en el laboratorio, usualmente se dice que los nervios están sobre-activados, esto basado en observaciones clínicas y en mediciones de laboratorio (electromiograma). Así la descarga nerviosa en un músculo lo contrae, dando lugar a que ocurran movimientos o a que el receptor se ponga rígido. Esto nos ayudará a comprender lo que significa el nerviosismo o la elevada tensión nerviosa la cual consiste en no estar relajado cuando se debería estar. (8)

Un atleta que participa en una carrera, un estudiante que está haciendo un examen, o un soldado en el frente de batalla, seguramente estarán en un estado de fuerte tensión nerviosa. Cabe esperar que si se les practicara un examen en ese momento, los instrumentos registrarían fuertes y frecuentes descargas eléctricas. Pero si esas mismas personas se recuestan y desaparecen los factores de excitación, los instrumentos dejan de registrar las descargas. Sin embargo esto no ocurre con las personas que han vivido tensas durante mucho tiempo. Si se hacen mediciones, bajo condiciones óptimas de relajación, los instrumentos revelan que la persona no está relajada. El "nerviosismo" ha llegado a ser permanente.

Por otra parte, existen otras causas de sobre actividad nerviosa tales como; las enfermedades orgánicas, esto es más obvio cuando se trata de padecimientos dolorosos (ejem. dolor de muela) Esto se ha comprobado en el laboratorio con personas que han aprendido a relajarse. Cuando se les provoca dolor, los instrumentos comienzan a detectar la presencia de sobre actividad en los nervios del músculo. Otras causas pueden ser debido a la ingestión de ciertas medicinas o alimentos descompuestos, a fuertes temperaturas y de lirios; cuando se ha padecido una infección seria, o deficiencias o impedimentos físicos de una persona como; problemas visuales, de audición, de lenguaje, de locomoción o deficiencia mental. Finalmente se mencionará un caso de sobre actividad nerviosa producido por una enfermedad de la glándula tiroidea llamada "bocio tóxico".

Resumiendo se puede decir que las causas del nerviosismo son muy variadas; sin embargo, entre ellas se nota que la prisa y la complejidad del mundo moderno son factores primordiales.

Procedimiento:

La reeducación nerviosa es un curso que tiene como propósito enseñar a una persona a pasar del estado

de tensión típico de la vida moderna, a uno de relajación completa en unos cuantos minutos, para lo cual es preciso aprender a reconocer la sensación de tensión, para detectar cuándo y dónde se está tenso, y de esta forma relajar el músculo en cuestión.

El entrenamiento en relajación se puede llevar a cabo, sentada trabajando o acostada. A continuación se mencionarán las instrucciones que se dan en el entrenamiento en Relajación, aquí sólo se mencionará un grupo de músculos a manera de ejemplo, y enseguida se expondrá una lista en el orden propuesto por Jacobson (1962) para realizar una relajación general.

Acostándose boca arriba, se extienden los brazos a lo largo del cuerpo y separados de éste, con las manos abiertas, también las piernas se extienden y se separan un poco. Durante tres o cuatro minutos se cierran los ojos a intervalos cada vez más largos. No se debe hablar, ni permitir que se le hable. Después de este reposo preliminar, se dobla la mano izquierda tratando de tocarse la muñeca. Al hacerlo, no se dobla el brazo a la altura del codo, ni se levanta. Si se mantiene esta posición, y permanecen los ojos cerrados, comenzará a sentir una leve sensación en la parte superior del antebrazo (aproximadamente 10 segundos deberá durar la tensión). Esta sensación es la señal que indica la tensión en alguna región del cuerpo. Es conveniente que se observe, ya que puede servir de señal para aprender a reconocer y distinguir la tensión de otro tipo de sensaciones, después de la tensión, vendrá un período de relajación que deberá durar aproximadamente de 10 a 15 segundos, para discriminar la sensación de tensión y relajación. Este mismo ejercicio se repetirá varias veces, hasta que quede bien establecida la sensación tanto de tensión como de relajación. A continuación se pasa a otro grupo de músculos. (nunca se deben ver más de 3 grupos por sesión). Enseguida se expondrá el listado de relajación mencionado antes.

Brazo derecho  
 Brazo izquierdo  
 Pierna derecha  
 Pierna izquierda  
 Tronco  
 Cuello  
 Frente  
 Cefas  
 Párpados  
 Ojos  
 Mejillas  
 Maxilares  
 Labios  
 Lengua  
 Acto de hablar

## CONFLICTO CONVUGAL

Dado que el conflicto conyugal fué la problemática - que mayor frecuencia presentó la comunidad atendida, se realizará un pequeño resumen de sus posibles orígenes.

El análisis de este tema presenta de inmediato la pregunta ¿cuál es la definición de matrimonio?. Averiguando en el diccionario castellano (El Nuevo Pequeño Larousse Ilustrado), la palabra matrimonio se deriva del latín *matromonium* que proviene a su vez de *maritare*, *maritus*, "tener marido", y además dice que matrimonio es la unión legal del hombre y la mujer; que es un sacramento que establece dicha unión desde el punto de vista religioso.

Curiosamente se observa que en su definición, no intervienen las siguientes aclaraciones: que es una unión por amor o conveniencia; que es la forma legal de la relación sexual entre un hombre y una mujer; que es la única forma socialmente aceptada para procrear hijos.

Además resulta extraño que el diccionario defina el-

matrimonio como la unión legal del hombre y la mujer sólo dos seres, cuando en la práctica frecuentemente es la unión de dos familias con su parentela y amigos, simbolizados en un hombre y una mujer, bajo las normas vigentes tanto en la sociedad, como en el -- grupo o subcultura al que pertenecen.

No cabe duda de que el matrimonio debería ser la -- unión amorosa, exclusiva de dos seres, que desean -- compartir su vida en todos los aspectos. Al decir -- únicamente de dos, implica la unión libre de seres -- libres; de quienes habiéndose independizado de la -- madre, la tierra y los lazos de la sangre, no temen -- encontrarse solos, el uno frente al otro; unión con -- pleno conocimiento de la responsabilidad y los ries -- gos que asumen; de quienes, habiéndose librado de -- los aspectos prejuiciosos y negativos de su sociedad -- deciden convivir y establecer una comunión crecien -- te. De cumplirse lo anterior, casi no habría bodas, -- lo cual tal vez no sería mala idea, al contemplar el -- panorama de multitud de matrimonios infelices y de -- familias tan seriamente irracionales en sus relacio -- nes internas. (9)

Casarse debiera ser en primer lugar el deseo de con -- vivir con determinado ser, que algunas veces plantea el deseo responsable de tener hijos, deseo que puede surgir de inmediato o posteriormente.

Sin embargo en muchos casos sólo son intereses sexua -- les, o económicos, el miedo a la soledad o el temor -- de no cumplir con lo que la sociedad espera (sobre -- todo en el caso de la mujer), lo que los orilla al -- matrimonio.

Examinemos una historia común: dos jóvenes se encuentran y se sienten atraídos y más tarde o simultáneamente creen estar enamorados, se sienten hechos el uno para el otro; incapaces de vivir separados y piensan en casarse para convivir y ser felices siempre.

¿Qué es lo que realmente sucede en la mayoría de los casos de esa historia común?

Los dos jóvenes con una estructura de carácter determinado, de una constitución heredada y bajo la influencia de los padres, hermanos y demás parientes; modelados en cierto tipo de ideas religiosas y finalmente influidos por la subcultura y cultura a la que pertenecen, se sienten atraídos el uno por el otro y deciden casarse, no obstante, los novios en vez de mostrarse el uno frente al otro tal cual son, con sus miedos y sus rencores, muestran lo que pretenden ser, quisieran o tal vez pudiesen ser, engañando al otro, amén de reprimir o suprimir el deseo sexual normal.

Al respecto Satir dice: Cuando la pareja descubre, después de casarse, que el otro es diferente de lo que cada uno esperaba durante el noviazgo, se desilusionan, lo que ahora en realidad ven en el otro, son las características de la vida de todos los días, durante 24 horas, que habitualmente no se muestran durante el noviazgo; en consecuencia, son características que no concuerdan con las expectativas que ambos tenían y por lo tanto, cada uno ve al otro bajo una nueva luz. (10)

Volviendo a la historia común se observa, que la sociedad no permite la satisfacción amplia y libre del deseo sexual que llega a surgir entre los novios. -

(10) Virginia SATIR, Psicoterapia Familiar Conjunta, p. 12

Todo noviazgo, tarde o temprano, despierta el deseo sexual normal entre dos seres que se sienten atraídos y se creen; o están realmente enamorados y entonces se topan con el tabú social; si desean vehementemente conocerse sexualmente, tienen que contraer nupcias. Luego, la decisión de casarse no es libre ni espontánea, es el único camino permitido y tolerado por la sociedad para tener relaciones sexuales, o sea que la decisión no es individual, sino social. (11)

El acto sexual entre dos jóvenes fuera del matrimonio, no es aceptado por la sociedad, sin embargo, ésta estimula constantemente la vida sexual; con la exhibición de películas tanto nacionales como internacionales, las cuales podrían ser calificadas como pornográficas, a las que tienen acceso los adolescentes, al igual ocurre con las transmisiones televisivas, donde tanto las series como los comerciales, llevan implícita o explícitamente un contenido sexual, y ni que decir de las revistas, donde tanto en su portada como en su interior, vienen ilustraciones de mujeres y hombres desnudos, las cuales están al alcance de cualquiera que las deseé, ya sea observar o bien comprar en los puestos de periódicos.

La sociedad actual no enseña a sus jóvenes a ver el amor como un logro elevado del espíritu humano, por el contrario, les enseña a ver el sexo como algo más que se puede consumir sin ton ni son.

Bajo la influencia de estas ideas los jóvenes que se creen enamorados, deben casarse y procrear. La felicidad futura real del nuevo matrimonio no es preocupación de la sociedad ni del estado; éstos se limitan a unir a dos jóvenes confusos o irracionales en un yugo de por vida.

Generalmente la mayoría de parejas más tarde o más temprano, tienen hijos, ya sean éstos deseados o indeseados, y esto se debe comúnmente a factores sociales; primero, quien no tenga hijos recibirá su "multa" el jueves de Corpus y será objeto constante de críticas y reproches. Más específicamente, a la mujer sin hijos se le considera como un ser no "realizado", y al hombre sin hijos, se le considera que "no es hombre" o "poco hombre".

El segundo factor, es el que en toda la cultura occidental, ha prevalecido siempre la idea de los hijos como una propiedad más, o como se diría hoy en día, los hijos como un bien capital; como brazos para trabajar y aumentar el ingreso familiar. Muchos países subdesarrollados, contemplan la posibilidad de convertirse en desarrollados sobre la base de los seres humanos disponibles como bienes capital o falta de dinero, siguiendo el ejemplo de Rusia y de la China Comunista. (Jorge Silva)

Tercero, en la cultura occidental predomina el concepto de que los hijos son una ventaja emocional, por lo tanto cuando un matrimonio ve en decadencia sus relaciones, ve en el nacimiento de un hijo una nueva oportunidad, tanto de que sus relaciones se reestablezcan, como de sentirse amados, queridos y aceptados por un nuevo ser. Resulta risible que dos adultos, esperen que su situación marital la lleguen a componer un bebé.

Cuarto, también existen las parejas que tienen un hijo, para por medio de él perpetuar el apellido y/o para que los bienes materiales de la familia pasen a sus manos, cuando los padres mueran.

Pocas son las parejas que deciden tener un hijo de una manera responsable, donde éstos nacen de un verdadero acto de amor, en un hogar donde impera la armonía, el respeto, la dignidad humana, la comprensión y el amor.



En consecuencia, los hijos al carecer tanto de modelos familiares como sociales adecuados para un buen desarrollo, van creando desde entonces las bases para lograr un matrimonio conflictivo, (Sin embargo no siempre ocurre esto, ya que existen excepciones) y de esta forma se va gestando el círculo vicioso medio ambiental, familiar y conyugal.

Al leer lo anterior se puede preguntar ¿Por que se casan los seres humanos?, la respuesta o una respuesta alternativa a la pregunta, la ofrece Jorge Silva en la referencia mencionada anteriormente, donde expone o clasifica las motivaciones que orillan al matrimonio de acuerdo a características personales, amén de las ya mencionadas presiones sociales. (pp. 10-13)

- 1.- Los individuos de carácter receptivo o pasivo se casan: por depender de alguien, por tener alguien quien los cuide y los proteja. Son incapaces de dar amor y se sienten con derecho de recibirlo. - La relación se caracteriza por la sumisión pasiva, servil, de un cónyuge a otro. Un segundo tipo dentro de esta misma categoría se encuentra en las personas que se ven motivadas a casarse por temor a vivir solos. Se caracterizan por el parasitismo y la poca o nula importancia que tiene el cónyuge, son promiscuos, pues el compañero es mero objeto sexual.
- 2.- El tipo de carácter predominantemente explotador o posesivo se casa:
 

Por tener posesión y dominio sobre alguien. Los hijos y el cónyuge son vistos como propiedad exclusiva, sexualmente buscan anular al compañero.
- 3.- Los de carácter destructivo:
 

Se casan y paulatinamente anulan y destruyen al cónyuge. Manejan el hogar a base de miedo, del terror o bien de la imposición calculadora. En lo sexual, ellas son recalcitrantemente frías y disfrutan de hacérselo saber al hombre. Ellos son -

promiscuos y no es infrecuente que sean atentos y amables con las prostitutas o sus amantes ocasionales, y descorteses groseros y vulgares en su acercamiento sexual a la esposa.

4.- Carácter predominantemente mercantil:

Son seres pueriles inconsistentes que se casan con el mejor partido posible. "Partido" es una mujer u hombre deseable en el mercado de valores no necesariamente por sus cualidades físicas y menos por sus cualidades morales, sino por lo que poseen en bienes materiales, prestigio social, poder político o por que potencialmente presente posibilidades de un buen proveedor. Oportunistas y carentes de principios, gobiernan sus hogares dentro de las normas prevaletientes en su grupo y subgrupo social. Este tipo de matrimonio se va tornando más frecuente entre las clases sociales media alta y alta. Su vida sexual varía con la moda reinante en su ámbito y va desde la gazonería hasta la promiscuidad de ambos sexos.

5.- Carácter predominantemente amoroso, productivo:

Se casan libres de los lazos de dependencia más ostensibles y de sus temores irracionales más acentuados. Se casan porque en realidad aman, con un profundo interés por la persona amada, con respeto a él o ella y porque desean compartir en una comunión creciente, su felicidad y su vida; en todo momento buscan estimular lo positivo y lo amoroso en su cónyuge. No desean controlar ni ser controlados; su relación es de equidad e igualdad. Siendo libres y no temiendo estar solos, sus relaciones sexuales son plenas y libres. En ninguno existe ni el temor al ridículo, ni el temor a verse abandonados o rechazados. Siendo su meta esencial la comunión y el desenvolvimiento de sus potencialidades productivas, enfrentan todo problema entre ambos con cariño y comprensión. Este tipo de matrimonio, por desgracia, está en minoría.

Estas clasificaciones están abiertas a toda una gama de subtipos y a una mezcla real de diferentes caracteres, con elementos tanto positivos como negativos.

Ninguna lista que se intente hacer de la etiología - de la crisis conyugal será exhaustiva, pero lo cierto es que se vive en una situación paradójica; por un lado hay un decremento en la institución del matrimonio, crece diariamente el porcentaje de separaciones y divorcios o de una convivencia nada pacífica, que frustra a la pareja y conflictúa a los hijos. Y por otro lado aumentan la cantidad de los matrimonios y desciende la edad de los que se casan. --

(12)

CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION DONDE SE  
LLEVO A CABO EL SERVICIO SOCIAL

## CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION. (13)

La realización del Servicio Social, se llevó a cabo en la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza, la cual se encuentra ubicada en la parte final del estacionamiento de Campus I de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza, (ver anexos # 1 y 2) y ésta a su vez se localiza en la Delegación Ixtapalapa. (Ver anexo # 3).

Las actividades de la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza, se desarrollan a partir del mes de febrero de 1976.

Inicialmente ésta Clínica pertenecía a la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Ixtacala, y en ella sólo se prestaba servicio Odontológico a la comunidad, practicado únicamente por alumnos de dicha ENEP.

Sin embargo en 1978, la Clínica pasa a manos de la ENEP Zaragoza, ya que se detectó la necesidad de prestar servicio de las diversas carreras que en ésta se imparten a la zona de influencia.

Y es así como además de asistencia Odontológica se incorporan los servicios de Medicina, Enfermería y Psicología, practicada esta vez solamente por alumnos zaragozianos. Cabe mencionar que el área de Química aún no se integra a la Clínica.

De este modo de Clínica Odontológica Ixtacala se transforma en Clínica Multidisciplinaria Zaragoza (C.M.Z.)

(13) Manual de Antecedentes de ENEP Zaragoza y Clínicas Multidisciplinarias. 76-79 pp. 5-9

La creación de la Clínica obedeció a la inquietud de otorgar una educación-activa, pues al mismo tiempo que se daban clases, se ofrecía servicio a la comunidad, lo que permitía la práctica teórica.

En la actualidad la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza, sigue cumpliendo el mismo objetivo (Docencia - Servicio), sólo que esta vez lo realizan los alumnos de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza, de las carreras de Odontología, Enfermería, Psicología y Medicina. Al mismo tiempo la clínica cuenta con plazas para los pasantes egresados de la ENEP Zaragoza.

Con la práctica que realizan tanto estudiantes como pasantes, se ve beneficiada la población que acude en busca de atención. Esto trae como resultado que a la vez que se presta un servicio social, se otorga la oportunidad a los mismos de obtener una visión más amplia, de las distintas orientaciones que en su conjunto permiten el análisis de las situaciones y problemas que se pretenden resolver.

De lo anterior se desprende que el propósito fundamental de la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza, es la formación de Profesionistas en las ciencias de la salud, para que éstos mediante un trabajo multidisciplinario contribuyan en el mejoramiento de la salud nacional.

Hoy día la ENEP Zaragoza cuenta con siete Clínicas Multidisciplinarias distribuidas en Ciudad Netzahualcóyotl y en la Delegación Ixtapalapa, las cuales tienen los mismos objetivos que la mencionada con anterioridad.

Por otro lado los servicios prestados en la Clínica son tanto curativos como preventivos; curativos porque en el área Odontológica se realizan exodoncias, obturaciones, prótesis y curaciones en general, en Medicina se reconoce y receta al paciente para que deje de presentar el problema que le aqueja, además-

se hacen curaciones de emergencia (aquí se encuentra incluida Enfermería).

En cuanto a Psicología, se evalúa y diagnostica el conflicto presentado por el paciente, para posteriormente efectuarse la aplicación de la o las técnicas necesarias.

Preventiva, porque se dan pláticas de las diversas áreas de estudio practicadas en la Clínica, con la finalidad de prevenir a la población de los problemas que pueden surgir, si no se toman en cuenta ciertas normas. (ejem. lavarse los dientes, o educar correctamente a los hijos para evitar conflictos posteriores).

De manera global podemos decir que la gente que recibe atención es en un 80% infantil y el resto son adolescentes, adultos y ancianos. Al mismo tiempo se ha observado que éstos pertenecen a la clase socioeconómica y cultural más necesitada de la región.

Con respecto a los recursos financieros se cuenta con un subsidio de \$ 2 000,000.00 otorgados anualmente por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Además de estos ingresos también se obtienen diariamente otros por concepto de consultas, los cuales son de \$ 15,000.00 aproximadamente. (ver anexos del # 4 al # 8).

Con relación a los Recursos Humanos, la Clínica cuenta con:\*

Profesores de Odontología	24	T. Mat.	21	T. Vesp.
Profesores de Medicina	5	"	0	"
Profesores de Psicología	2	"	2	"
Pasantes de Odontología	9	"	8	"
Pasantes de Medicina	0	"	3	"
Pasantes de Psicología	1	"	2	"
Pasantes de Enfermería	5	"	2	"
Ayudantes de Odontología	14	"	19	"
Técnico en Rayos X	1	"	0	"
Trabajadora Social	1	"	0	"
Oficial Administrativo	2	"	0	"
Almacenista	1	"	0	"
Cajero	1	"	1	"
Archivista	1	"	1	"
Auxiliar de Intendencia	6	"	5	"
Vigilante	2	"	2	"
Vigilante	4	T. Noc.	2	días fest.
Coordinador General de la Clínica.				

Uno para ambos turnos.

Además de los recursos financieros y humanos, se cuenta con recursos materiales, los que consisten en un edificio de dos plantas, a lo largo de las cuales se encuentran varias áreas destinadas a cada profesión en particular.

La Clínica depende de la Sección Comunitaria y Clínicas Multidisciplinarias del Departamento de Ciencias Clínicas. (ver anexo # 9).

\* Datos obtenidos de las tarjetas y listas de asistencia.



CARACTERISTICAS REGIONALES DE LA  
POBLACION ATENDIDA.

## CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION ATENDIDA. (14)

### Delegación Ixtapalapa.

Se encuentra limitada al norte con la Delegación Ixtacalco y el Estado de México, al sureste con Tláhuac y Xochimilco, al suroeste con Coyoacán, al noroeste con Benito Juárez, y al noreste y oriente con el Estado de México.

Cuenta con una superficie de 116 Km<sup>2</sup>, y un clima templado con lluvias en verano y principios de otoño. Su latitud es al este del D.F. entre los 19° 21' latitud norte oeste del Meridiano de Greenwich.

Con respecto a las vías de comunicación sus principales arterias son Ermita Ixtapalapa, Calzada del Moral, Avenida 5 de Mayo, Gral. Ignacio Zaragoza, Calzada México Tulyehualco, Calzada San Lorenzo y la Viga. Dentro de ellas, existen y circulan varias líneas de autobuses como son las del grupo 5, además de varias rutas de peseros, como son, la 23, 11, 25, 14 y 1.

Aunada a esta comunicación, cuenta con otros medios como son; las oficinas de correos, las cuales se encuentran ubicadas en: Unidad Habitacional Vicente Guerrero, la oficina de Administración 89, Ermita Ixtapalapa No. 442 la Admón. 74 y en Ermita Ixtapalapa No. 1033 la Admón. 55.

(14) Información obtenida en la Delegación Ixtapalapa, a través del Compendio Histórico Geográfico y Poblacional de la Delegación Ixtapalapa, pp. 10-58 (actualizado a 1982)

Igualmente existen 4 oficinas de Telégrafos, las cuales se encuentran en Calzada Ermita Ixtapalapa 846, Unidad Habitacional Vicente Guerrero, San Lorenzo Tezonco y Plaza Pública y Aldama.

También cuenta la Delegación con servicios: Telefónicos, de Radio y Televisión, además de periódicos y revistas. Siendo estos los que en general circulan en la ciudad.

En cuanto a Servicios se refiere la Delegación cuenta con todos ya que existe agua potable, drenaje, alcantarillado, alumbrado público, pavimentación, bibliotecas, parques, centros deportivos y de salud.

La Delegación Ixtapalapa se ha ido incrementando como consecuencia de la explosión demográfica que motiva la industrialización nacional y local, así como del progreso económico general a partir de los años de la segunda conflagración mundial, dando como resultado un acelerado crecimiento de la ciudad, es por ello que aparecen en terrenos baldíos, urbanos, suburbanos y rurales colonias de todos tipos, las cuales las forman emigrantes del interior del país, mismos que abandonaron sus tierras con la esperanza de encontrar empleo y una mejor forma de vida.

De esta forma se ha ido conformando la Delegación Ixtapalapa, donde no podemos precisar a sus pobladores como emigrantes de una región en particular.

Sin embargo podemos decir que la Delegación nació propiamente como tal en 1941, en que el Congreso de la Unión expidió la Ley Orgánica del Departamento del D.F., reglamentaria de la Base Primera Fracción VI, del Art. 73 constitucional. Donde el Distrito Federal quedó dividido en la Ciudad de México y las Delegaciones Villa Gustavo A. Madero, Atzacotalco, Ixtacalco, Coyoacán, Villa Alvaro Obregón, La Magdalena Contreras, Cuajimalpa, Tlalpan, Ixtapalapa, Xochimilco, Milpa Alta y Tláhuac.

La Delegación cuenta con una población total de - - 2'100,000 (dos millones cien mil) habitantes, de los cuales el 47.3% son menores de 15 años. La población económicamente activa es de un 30%.

La tasa de natalidad anual es de 24,830 personas, la tasa de mortalidad anual es de 3,713 personas.

La Delegación no cuenta con emigrantes y sí con inmigrantes, que según datos de la Dirección General de Estadísticas, la inmigración se calcula alrededor de 185,000 personas anuales, esto es debido a su proximidad con los centros fabriles.

En la zona de la Delegación se encuentran emplazadas alrededor de 1,200 empresas industriales. Esto muestra que Ixtapalapa concentra una alta proporción de la Industria no-básica del Distrito Federal lo que, - sin embargo no repercute en la estructura ocupacional de los habitantes de la zona, ya que se cuenta - con un 10% de desocupados, y un 39.75% de asalariados, los cuales ganan menos del salario mínimo.

Con respecto al crecimiento de viviendas, se puede - decir que éste es vertical, ya que existen numerosos conjuntos Habitacionales de Interés social como son la Unidad Vicente Guerrero, La Unidad Ejército de - Oriente, y la Unidad Ermita Ixtapalapa, entre otras. - Todos estos construidos por la iniciativa oficial, - aparte de las construidas por la iniciativa privada, como son los fraccionamientos Real del Moral, Jardines de Churubusco y Lomas Estrella, entre otras.

El tipo de material que prevalece es de ladrillo, - pisos de cemento y con adecuada ventilación. Dentro de la Delegación existen viviendas que se rentan o - alquilan, sin embargo en general, el tipo de viviendas es de tenencia propia.

Dentro de la Delegación se cuenta con 69 jardines de niños, 307 primarias, 52 secundarias, 5 escuelas medio superior y 2 profesionales o superiores, las cua

les hacen un total de 435 escuelas.

El Índice de analfabetismo es de 19.8% dentro de la Delegación, y el nivel educativo prevalesciente es - el nivel medio.

La Delegación cuenta con varias clínicas para atención de sus habitantes, entre otras tenemos: La Clínica Ixtapalapa del ISSSTE, ubicada en Calzada Ermita Ixtapalapa 786, Centro de Salud Puebla Santa Martha Acatitla, dependiente de la S.S.A., Centro de Salud Dr. Rafael Carrillo, S.S.A., Hospital Infantil - de zona del D.F., Centro de Orientación Familiar # 6 del I.N.P.I., Clínica 31 del I.M.S.S., Clínica 25 - del I.M.S.S., etc.

Todas ellas presentan servicio de Medicina General, - y las Clínicas más grandes, dan servicios de especialistas, como son de Cardiología, Ginecología, Neumología, Otorrinolaringología, Optometristas, Odontología, etc. En algunas es necesario ser afiliado, y en otras reciben a todo aquel que necesite ayuda.

La estructura política de la Delegación, cuenta con cuatro Distritos Electorales, que trabajan ampliamente coordinados con la Delegación. La organización Política, está integrada por agrupaciones de los tres sectores: Obrero, Campesino y Popular. Entre ellos - se encuentran;

La Liga de Comunidades Agrarias del Distrito Federal la Conferación Nacional Campesina, Los Pequeños Proprietarios, la Liga Delegacional de la Confederación Nacional de Organizaciones Populares, así como Sindicatos Obreros de diferentes centrales, Sindicatos de Maestros, de Trabajadores al Servicio del Estado y - otros.

El partido mayoritario PRI, maneja su actividad a - través de los Comités Distritales XV, XXI, XXIV y - XXVII.

Dentro de la Delegación también se cuenta con clubs-al servicio de la comunidad, los que en conjunto con ésta, realizan programas en bien de la población, como son:

- . Educación para todos.
- . Campañas Políticas (pintura de bardas y fachadas).
- . Desayuno con motivo del día del maestro.
- . Festejos del día de la madre.
- . Festejos del día 3 de mayo.
- . Campañas médico-asistenciales.
- . Festejos de la semana mayor.
- . Festividades Septembrinas.
- . Comités de colaboración ciudadana.
- . Fiestas Decembrinas.

Las tareas que desarrollan los servicios de gobierno en beneficio de la comunidad, así como las que realizan los diferentes Clubs de la Delegación, se expondrán a continuación.

## SERVICIOS DE GOBIERNO Y JURIDICOS, SOCIO-CULTURALES Y RECREATIVOS.

- Servicios de Gobierno
- Juzgados Calificadores
- Servicios Jurídicos
- Oficialía del Registro Civil
- Servicios Sociales
  - Actividades Formativas de Integración
    - \* Centros Femeniles de Trabajo
    - \* Centro Social Popular
    - \* Centro de Productividad Comunal
  - Actividades de Solución Inmediata
    - \* Servicios Médicos
    - \* Trabajo Social
    - \* Cocinas de Auxilio Social
  - Actividades Recreativas
    - De esparcimiento
    - Deportivas
    - Cívicas
    - Culturales
    - Las Bibliotecas

Por otro lado existe un Grupo Promotor Voluntario - de Iztapalapa los cuales se dedican a realizar campañas en bien de la comunidad entre otras tenemos: Re-forestación, Solidaridad con el Niño y el anciano, La Familia Mexicana, Recolección de Basura, Remodelación de fachadas, ahorro y uso racional del agua.

La Delegación ha instalado y difundido: Bibliotecas-Infantiles al aire libre. Jornadas Médico-Asistenciales, Cocinas de Auxilio Social, Cursos de Integración Familiar, Centros Comunales de Producción y, una cooperativa artesanal en el Pueblo de Santiago - Acahualtepec. Para la realización de estas actividades y recaudación de fondos se llevaron a cabo; rifas, bazares y cooperaciones.

## CLUBES AL SERVICIO DE IXTAPALAPA

- I Club de Leones: Formado por comerciantes, industriales, empresarios, profesionistas, funcionarios públicos, transportistas y otros. Todos ellos, mantienen relación de cooperación y amistad con la Delegación y con sus programas.
- II Club Rotario de Ixtapalapa: Se encuentra integrado por comerciantes, industriales y profesionistas, y se encuentran desarrollando tareas; sociales, culturales, cívicas, y deportivas. Al mismo tiempo colaboran en las metas sociales de la Delegación.
- III Asociación de Charros de Ixtapalapa: Se encuentra integrado por personas dedicadas a diversas actividades, sin embargo en lo que coinciden es en su gusto por las fiestas charras. Organizan eventos de charrería, actividades recreativas y deportivas.
- IV Asociación de Profesionistas de Ixtapalapa, A.C. Un grupo de entusiastas jóvenes de Ixtapalapa ha constituido un organismo con positivos deseos de fortalecer a profesionistas y pasantes de la Delegación. Participan con gran entusiasmo e interés en actividades socioculturales, cívicas y recreativas, con apoyo de la Delegación.
- V Comité de Festejos en Ixtapalapa: Dentro de las fuerzas cívicas de Ixtapalapa, existe un organismo denominado H. Comité Pro-Fiestas Patrias en Ixtapalapa, el que coordinadamente con la Delegación, participa activamente en las fiestas de septiembre. En diciembre lleva a cabo festejos de posadas, organiza villancicos, y colabora en todo tipo de actividades que pretenden la preservación de las fiestas tradicionales en Ixtapalapa.



## CALENDARIO DE FESTIVIDADES TRADICIONALES EN IXTAPA -- LAPA.

6 de Enero:

En la plaza de la Delegación se realiza un festival para festejar a los niños, donde actúan payasos, hacen concursos, los niños se disfrazan y les obsequian dulces y juguetes.

24 de Febrero:

Homenaje a la Bandera, realizándose un acto cívico en la plaza de la Delegación, donde se dicen discursos, poesía coral, y además se realizan Danzas Folklóricas.

30 de Abril:

Se celebra con regalos y juguetes el día del niño en la Delegación, dichos regalos los otorgan tanto la Delegación como las Asociaciones de Ixtapalapa.

Semana Mayor:

Durante semana santa se ofician en todas las Iglesias de la Delegación, una serie de misas y actos religiosos, no contemplados en las actividades cotidianas, además el viernes santo se realiza un simulacro de las tres caídas de Jesucristo, esto último se lleva a cabo en el Cerro de la Estrella.

En Mayo y Agosto se efectúa una peregrinación a Chalma caminando de la plaza de la Delegación, hasta Mexicaltzingo.

8 de Septiembre:

Se conmemora a la Virgen de Tlaltenango con una peregrinación.

Segundo y tercer domingo del mes de Septiembre, se realiza la fiesta de los solteros, que por tradición desde el año de 1933, se viene llevando a cabo después de la epidemia del Colera Mortuus, que azotó a la ciudad, ésta se efectúa de la siguiente forma: Se

va en peregrinación al Santuario del Señor de la Cueva en procesión, donde se dice una misa solemne, realizada por un Obispo, a continuación hay ceremonia de confirmaciones.

Fiestas Patrias:

Día 13, acto cívico en la Delegación y Escuelas; hay discursos y poesía alusiva a la heroicidad de los cadetes.

Día 15, coronación de la alumna más destacada, como Srta. Patria, fiesta con juegos pirotécnicos, luces de bengala, grito de Independencia, baile popular amenizado por grupos musicales y orquestas, todo esto se lleva a cabo en la Plaza de la Delegación.

Día 16, por la mañana desfile Cívico-Deportivo, con las fuerzas vivas de la población y carros alegóricos con representaciones de la Independencia.

Noviembre:

El tercer jueves de noviembre, se hace una Peregrinación de Ixtapalapa a la Basílica de Guadalupe, en la cual se lleva en hombros la imagen de la virgen de Guadalupe, y se oye misa solemne.

20 de Noviembre:

Se conmemora la Revolución de 1910, con un acto cívico en todas las Subdelegaciones y Escuelas, se realiza un desfile deportivo con carros alegóricos en la plaza Cívica.

Diciembre:

12 de Diciembre, se festeja a la Virgen de Guadalupe oyendo misa.

24 de Diciembre, Misa de Gallo; se festeja en familia.

31 de Diciembre, misa de acción de gracias, en las puertas de las casas se encienden fogatas, y se espera el año nuevo.

### Festividades de los Santos Patronos:

15 de enero, 19 de marzo, 29 de junio, 31 de julio, -  
15 de agosto, 29 de septiembre, 18 de octubre y 4 -  
de diciembre.

Todas éstas se desarrollan de la siguiente forma: A-  
las 2 o 3 de la madrugada, se entonan las mañanitas--  
con música de viento, y cantadas por los jóvenes --  
del barrio correspondiente, hay misa a medio día de -  
tres ministros, por la tarde hay juegos pirotécnicos  
danzas autóctonas y música de viento.

CARACTERISTICAS PARTICULARES DE LA  
POBLACION ATENDIDA

## POBLACION ATENDIDA

La población atendida pertenece a la zona de influencia de la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza (Delegación Ixtapalapa), la cual de manera general presenta serias necesidades socioeconómicas y culturales.

De esta población se atendieron un total de doce casos, de los cuales fueron; cinco problemas conyugales, dos problemas familiares, dos problemas somáticos, dos problemas sexuales y un problema de agresividad.

Como se podrá observar de entre éstos, destaca el conflicto conyugal, es por ello que se mencionarán las características particulares que presentaron dichos casos.

Se encontró que la mayoría de los pacientes presentan deficiencias asertivas tanto en su conducta verbal como la no verbal, así como en las interrelaciones con su cónyuge y con su medio ambiente.

Cuatro de los pacientes presentaron tensión muscular, y como consecuencia de ello sometieron su tensión por medio de dolores de cabeza, insomnio, dolores de espalda, dolores de estómago, etc.

Asimismo, se detectó que todos y cada uno de ellos presentaban una serie de creencias irracionales con respecto tanto a su medio ambiente en general como ante su pareja, lo que les acarrea serios problemas entre sí.

## POBLACION ATENDIDA.

PROBLEMA PRESENTADO	# DE CASOS	EDAD	SEXO	# DE ENTREV. DE EVALUACION	EVALUACION MEDIANTE	# DE SESIONES DE TERAPIA	TECNICA EMPLEADA	RESULTADOS.
Agresividad	1	25	F	4	His. Cli. de L. Inv. de A. de G.R. Test de Ideas I. Cuest. de Per. de W. Inv. de D. de B.C.	8	T.R.E. Asertividad	Alta Seguimiento.
Familiar	2	23	F	3	His. Cli. de L. Inv. de A. de G.R. Inv. de D. de B.C. Cuest. de Per. de W.	7	T.R.E. Asertividad	Alta
		12	M	3	His. Cli. de L. FL. Goodenogh Test P. de K. Machover	6	T.R.E. Asertividad	Alta
Sexual	2	27	F	3	His. Cli. de L. Escala de F.M. Test de Ideas I. Cuest. de Per. de W. Inv. de A. de G.R.	10	T.R.E. Asertividad	Alta Seguimiento.
		31	F	3	His. Cli. de L. Inv. de Ideas I. Escala de F.M. Cuest. de Per. de W. Inv. de A. de G.R.	3	T.R.E.	Desercion

PROBLEMA PRESENTADO	# DE CASOS	EDAD	SEXO	# DE ENTREV. DE EVALUACION	EVALUACION MEDIANTE	# DE SESIONES DE TERAPIA	TECNICA EMPLEADA	RESULTADOS
Somático	2	38*	F	3	His. Clí. de L. Inv. de A. de G.R. Test de ideas I. Cuest. de Per. de W. Inv. de D. de B.C. Inv. de temores. Metas de Tratamiento	5	T.R.E.	Deserción
		13*	F	4	His Clí. de L. Test. P. de K. Machover T. G.V. de Bender. F.L. Goodenogh.	2	Relajación Muscular	Deserción
Conyugal	5	30**	F	4	His. Clí. de L. Escala de F.M. Inv. de D. de B.C. Inv. de A. de G.R. Cuest. de Per. de W. Test de Ideas. I.	4	Asertividad	Deserción
		34**	M	4	His. Clí. de L. Escala de F.M. Inv. de A. de G.R. Cuest. de Per. de W. Test de ideas I.			

\* Las pacientes son madre e hija.

\*\* Los dos pacientes son esposos.

PROBLEMA PRESENTADO	# DE CASOS	EDAD	SEXO	# DE ENTREV. DE EVALUACION	EVALUACION MEDIANTE	# DE SESIONES DE TERAPIA	TECNICA EMPLEADA	RESULTADOS
Conyugal		21 *	F	4	Hist. Cll. de L. Metas de Trata - miento Escala - de F.M. Test de ideas I. cuest.- de per. de W. Inv. Inv. de D. de B.C. Inv. de A. de G.R. Inv. de temores.	11	T.R.E. Asertividad Relajación	Alta Seguimiento
		23 *	M	3	Hist. Cll. de L. Escala de F.M. Cuest. de Per de W. Inv. de A. de G.R. Test. de ideas I.	8	T.R.E. Asertividad	Alta Seguimiento.
		31	M	3	Hist. Cll. de L. Escala de F.M. Inv. de D. de B.C. Inv. de A. de G.R. Cuest. de Per. de W. Metas de tratamiento Test de ideas I.	8	T.R.E Asertividad	Alta Seguimiento.

\* Los dos pacientes son esposos.

#### Nomenclaturas:

Historia Clínica de Lazarus (His. Cll. de L.)  
 Inventario de Afirmitividad de Gambilly Rechev (Inv. de A. de G.R.)  
 Inventario de Depresión de Beck y Cole (Inv. de D. de B.C.)  
 Cuestionario de Personalidad de Willoughby (Cuest. de Per de W.)  
 Test de Ideas Irracionales (test. de Ideas I)-  
 Escala de Felicidad Matrimonial (Escala de F.M.)  
 Inventario de Temores (Inv. de Temores)

Test Proyectivo de Karen Machover (Test  
 p. de K Machover)  
 F.L. Goodenogh (F.L. Goodenogh)  
 Test Gestaltico Viso Motor de  
 Bender ( T.G.V. de Bender).



## FUNCIONES DESARROLLADAS

## FUNCIONES DESARROLLADAS

El puesto desempeñado fué el de Psicóloga en el área clínica, y las actividades realizadas a lo largo de ésta a continuación se menciona:

1. Entrevistas iniciales con los posibles pacientes, para saber el motivo de solicitar consulta.
2. En algunos casos sólo se le daba orientación al sujeto, y no se le admitía como paciente, ya que no necesitaba tratamiento.
3. Las personas que fueron aceptadas (doce pacientes) se les realizó una evaluación mediante entrevistas, cuestionarios e inventarios, y en algunos casos se aplicaron test.
4. Después de la evaluación se procedió a la aplicación de la Terapia necesaria en cada caso particularmente.

La entrevista utilizada en todos los casos fué la Historia Clínica de Lazarus, la cual sirvió para comparar y complementar los datos técnicos tomados en la entrevista verbal sostenida previamente. (ver anexo # 10)

Como se podrá ver en los anexos del 11 al 17, los Inventarios y Cuestionarios empleados fueron:

- Cuestionario de Personalidad de Willoughby
- Inventario de Afirmatividad de Gambrill y Richey
- Inventario de Depresión de Beck y Cols
- Inventario de Temores
- Test de Ideas Irracionales
- Escala de Felicidad Matrimonial
- Metas de Tratamiento

Los inventarios antes mencionados se aplicaron al paciente en el siguiente orden:

En la primera sesión de evaluación, se le entrego al paciente el inventario de Willoughby y la Historia Clínica de Lazarus, para que éstos fueran resueltos por el paciente en su casa.

En la segunda sesión de evaluación, se aplicó durante la misma el inventario de Aserción de Grambill y Richey y el Inventario de Depresión de Beck. En esta segunda sesión se le entregó a los pacientes el Inventario de Temores para que los resolviesen en sus casas.

En la tercera sesión de evaluación, se aplicó el Test de Ideas Irracionales, así como la Escala de Felicidad Matrimonial y el Inventario de Metas de Tratamiento.

En la cuarta sesión, se le dió información al paciente acerca de lo que se encontró a lo largo de la fase de evaluación, de la orientación del trabajo terapéutico, de las técnicas a utilizarse y para que, y al mismo tiempo su duración, así como el tiempo aproximado que duraría su terapia. (Lo anterior tuvo leves variantes con algunos pacientes).

Los Test aplicados fueron:

- Test Proyectivo de Karen Machover
- Test Gestáltico Visomotor de Bender
- F. L. Goodenogh

Las Técnicas utilizadas, como ya se mencionó con anterioridad, fueron: Terapia Racional Emotiva, Terapia en Asertividad y Terapia de Relajación Muscular.

A través de los instrumentos detallados con antelación, se evaluó y diagnosticó la problemática presentada por los pacientes y posteriormente se procedió a la intervención terapéutica, lo cual se efectuó de la siguiente forma:

Dinámica de la Terapia Racional Emotiva: Como ya es

sabido, el tipo de patrones erróneos o irracionales de pensamiento que presenta el individuo, hacen que éste experimente una serie de consecuencias conductuales y/o emocionales negativas, las cuales le acarrearán serios trastornos.

Durante las sesiones de terapia, se trató que el sujeto se hiciera consciente de estos factores cognoscitivos que le afectaban, para suplantarlos por pensamientos racionales y de esta manera abandonara sus conductas desadaptadas y sus reacciones emocionales insuficientes o excesivas.

Concretamente se le enseñó el sistema A-B-C-D-E de formación y cambio de personalidad, que la Terapia Racional Emotiva sustenta.

Donde A es el antecedente ambiental, B son los pensamientos irracionales que generó el punto A, C son las consecuencias emocionales y/o conductuales, generadas por B, D son los debates de las ideas pensadas en B y E son los nuevos efectos deseados ante A.

Con respecto al punto D se trabajó para que el sujeto pudiera aprender a discriminar y debatir sus creencias irracionales, con preguntas como estas.

- ¿ es verdadero?
- ¿ me evita sentirme del modo que no deseo sentirme?
- ¿ me evita problemas que no quiero?
- ¿ me lleva a proteger mi vida?
- ¿ me lleva a conseguir lo que deseo?

Al mismo tiempo que se instruía al paciente en la TRE se le proporcionó el folleto "Tu y tus sentimientos" (Maxie C. Maultsby; Allie Hendriks), el cual contiene seis capítulos donde se trata de una manera sencilla y ejemplificada cada uno de los puntos de la TRE.

Este folleto se le facilitaba capítulo por capítulo para que lo leyese en casa y al entregar el capítulo

correspondiente, se discutía y analizaba con el terapeuta para despejar dudas y reafirmar conocimientos, y al mismo tiempo se le entregaba el siguiente capítulo.

De igual forma se le fueron encomendando tareas a realizar entre sesiones, para ir ejercitando los pasos de la TRE y detectar el grado de asimilación de éstos. Dichas tareas consistían en ejemplificar cada paso de la TRE, con sus propias experiencias activantes, pensamientos, consecuencias, debates o razonamientos ante sus cogniciones y finalmente sus deseos de como quería reaccionar ante tales hechos activantes.

Además de esta técnica, con algunos pacientes se empleó también la técnica de Asertividad, ya que se detectó, resultaba necesaria para abandonar sentimientos de ansiedad.

Inicialmente se le informó al paciente que sería útil el que recibiese entrenamiento asertivo para evitar sentimientos de frustración, resentimiento, etc., que venía experimentando.

Después se le dió una imagen de los sentimientos de bienestar y alivio que experimentaría así como de una creciente satisfacción interpersonal, como consecuencia de incrementar su asertividad.

Posterior a todas estas explicaciones, se le enseñaron seis características a seguir para tener una comunicación asertiva.

Se le explicó que el entrenamiento consistía en expresar honesta y sinceramente sus sentimientos de manera socialmente apropiada.

Dicha expresión abarca tanto sentimientos positivos como negativos (ira, resentimiento). En el último tipo de sentimientos se señaló que dependiendo la manera de expresarlos, podría o no acarrearle problemas.

Posteriormente a estas explicaciones, se le enseña - ron seis características a seguir para tener una comunicación asertiva, las cuales son:

- Tono de voz
- Expresión facial
- Postura corporal
- Frecuencia de palabras al hablar
- Contacto visual
- Distancia personal con el interlocutor

Basándose en dichas características se realizaron en el consultorio ensayos conductuales, donde el terapeuta hacía las veces del paciente en una situación-dada (ejem. por favor me puedes explicar por que -- llegas a ésta hora), de ésta forma el terapeuta servía de modelo al paciente, y posteriormente se le pedía al sujeto realizar el mismo ensayo, donde al final recibía retroalimentación e indicaciones pertinentes del terapeuta, así como reforzamientos sociales-- por los avances asertivos.

Aquí también se le asignaron tareas entre sesiones - donde debía implementar sus conocimientos asertivos, y éstos se discutían y analizaban a la siguiente sesión como en el caso de la TRE.

Cabe mencionar que el grado de dificultad de las tareas se iba incrementando y que éstas expresaban tanto situaciones hostiles como de encomio.

Aunadas a estas técnicas se revisó otra más, que fue la técnica en Relajación, ésta técnica se utilizó para aliviar la ansiedad presentada ante algunos sucesos como insomnio, hablar con su esposo (a), etc. o simplemente presentasen ansiedad flotante.

A estos pacientes se les informó que mediante el - adiestramiento en relajación muscular se inhibiría - La ansiedad que presentaban.

El adiestramiento consistió en lo siguiente: el pa--

ciente se acostaba en un diván y se ponía lo más cómodo posible, acto seguido se le pedía respirara profundamente para luego exhalar lentamente el aire por la boca, Este ejercicio se realizó cinco veces. A -- continuación se le indicaba que tensara un músculo X, que lo tensara lo más que pudiera, casi hasta sentir calambres, y se concentrara en lo que estaba sintiendo, después se le indicaba que "soltara" la tensión, que se relajara y que nuevamente pusiera mucha atención en lo que ahora sentía, en el alivio que experimentaba. Se efectuaban 5 ó 6 repeticiones con el mismo músculo para que el paciente discriminara la diferencia entre tensión y relajación y al bienestar que éste último conlleva.

Después de esta serie de repeticiones se pasaba a otro músculo y se le daban las mismas indicaciones -- que en el anterior, y de esta forma se llegaba a la relajación progresiva de todo el cuerpo.

A través de la instrucción de esta técnica también se le dejaban tareas a realizar al paciente, éstas consistían en la práctica en casa de lo que se había revisado durante la sesión.

La razón por la que se pedía al paciente prestara atención en lo que experimentaba al estar tenso y relajado fué para que en el futuro cuando experimentara ansiedad por algún suceso determinado ésta se inhibiera mediante la relajación, para lo cual ya no sería necesario tensara previamente los músculos, además mediante ésta instrucción también aprendió a detectar los músculos que presentaban tensión, aun cuando no manifestara ansiedad. (lo anterior fué expresado por el mismo paciente).

Con respecto a la población se observó que recibieron con agrado los servicios psicológicos ofrecidos por la Clínica. Esto se manifestó con la demanda de su atención, la que incluso supero la cobertura de los dos pasantes existentes, por lo que hubo necesidad de canalizar a las diversas Clínicas Multidisci-

plinarias de la ENEP a ciertos pacientes, además de señalarles la próxima fecha en que nuevamente se iniciaría el próximo Servicio Social, en la Clínica Zaragoza.

Aún cuando se notó el interés de los pacientes por la terapia, éstos en su mayoría fueron informales - tanto en puntualidad como en asistencia e incluso, - otros abandonaron el tratamiento antes de su terminación.

En cuanto a la Clínica se vió hasta cierto punto frenado el óptimo desarrollo del trabajo por carecer - de un plan de trabajo, el cual permitiese desempeñar labores más estructuradas tanto disciplinaria como multidisciplinariamente.

De igual forma se notó la ausencia de test, tan indispensables en la evaluación y diagnóstico de los pacientes.

Finalmente se informa que la asesoría recibida fué - escueta, ya que sólo se proporcionó orientación en - los test a emplear para el diagnóstico de dos casos.



## R E S U L T A D O S

## RESULTADOS

Como ya se ha mencionado el número de casos atendidos es de doce, de los cuales fueron; un problema de agresividad, dos problemas familiares, dos problemas sexuales, dos problemas somáticos y cinco conflictos conyugales.

A continuación se expondrán los resultados de cada uno de ellos.

### AGRESIVIDAD

Sujeto: femenino

Edad: 25 años

Ocupación: Maestra de Secundaria.

Escolaridad: Además de los estudios en la Normal de Maestros, está en el segundo año de Odontología.

Estado Civil: Soltera

Número de entrevistas de evaluación: Cuatro

Evaluación mediante: Entrevista verbal, Historia Clínica de Lazaruz, Inventario de Afirmitividad de Gambrill y Rechev, Inventario de Ideas Irracionales, -- Cuestionario de Personalidad de Willoughby, Inventario de Depresión de Beck y C.

Línea Base Inicial: Irritable, explosiva, agresiva, relaciones interpersonales deficientes, poco asertiva, ideas irracionales, ansiosa, insegura, depresiva.

Número de sesiones de Terapia: Ocho

Técnicas empleadas: Terapia Racional Emotiva y Aser-tividad.

Línea Base Final: Mediante la implementación de la Asertividad, la paciente dejó de tener reacciones agresivas y explosivas, y por medio de la TRE, fué -

capaz de desechar sus ideas irracionales. Como resultado de estos cambios, sus relaciones interpersonales mejoraron, dando como consecuencia la desaparición de sus inseguridades, ansiedades y depresiones.

Altas: La paciente fué dada de alta.

Seguimiento: La paciente fué citada a una entrevista tres meses después de terminado el tratamiento, en dicha entrevista se le aplicaron nuevamente los instrumentos empleados en la evaluación. Arrojando ésto que la línea base final, se seguía manteniendo, lo cual se vió corroborado por la misma paciente a través de la entrevista verbal que se sostuvo.

## FAMILIARES

Primer Caso:

Sujeto: Femenino

Edad: 23 años

Estado Civil: Soltera

Ocupación: Estudiante

Escolaridad: Primer año de Odontología en la UNAM.

Número de entrevistas de evaluación: tres

Evaluación mediante: Entrevista verbal, Historia Clínica de Lazaruz, Inventario de Afirmitividad de Gambrill y Rechev, Inventario de Depresión de Beck y C., Cuestionario de Personalidad de Willoughby.

Línea Base Inicial: Escasa comunicación con su familia, sentimientos de inseguridad e inferioridad, depresiones constantes.

Número de sesiones de Terapia: Sieted

Técnicas empleadas: Terapia Racional Emotiva y Aserividad.

Línea Base Final: A través del manejo de la TRE, la paciente fué capaz de discernir, si realmente era inferior como ella lo pensaba, y de ésta forma tam-

bien se modificaron sus sentimientos de inseguridad, con respecto a su deficiente comunicación familiar. Ésta se abordó por medio de la asertividad, lo cual permitió establecer una buena comunicación, no sólo con su familia, sino en general con su medio ambiente. Todo lo anterior trajo como consecuencia que sus depresiones desaparecieran.

Altas: La paciente fué dada de alta.

Seguimientos: La paciente fué citada a una entrevista tres meses después de terminado el tratamiento, pero no asistió, por lo que no se llevó a cabo ningún seguimiento.

Segundo Caso:

Sujeto: Masculino.

Edad: 12 años

Ocupación: Estudiante de Secundaria

Escolaridad: Segundo año de Secundaria

Número de entrevistas de evaluación: Tres

Evaluación mediante: Entrevista verbal, Historia Clínica de Lazarus, Test Proyectivo de Karen Machover, y F.L. Goodenogh.

Líneas Base Inicial: El paciente es hijo de la primera pareja con conflicto conyugal mencionada en la sección correspondiente a población atendida, el problema específico que presentaba el niño era el imitar al padre en su comportamiento, por lo tanto el paciente presentaba una conducta iracible, explosiva, agresiva, les pegaba a sus hermanas, y sus relaciones interpersonales eran deficientes en general.

Número de sesiones de terapia: Seis.

Técnicas empleadas: Terapia Racional Emotiva, Asertividad y Pláticas de Orientación Familiar, en las que se resaltó el hecho de que el niño seguía el modelo-conductual que su padre presentaba.

**Línea Base Final:** Mediante las técnicas utilizadas se logró que el paciente mejorase notablemente sus relaciones interpersonales en su medio ambiente general, al mismo tiempo aprendió a ser asertivo y a expresar de una manera adecuada sus sentimientos y pensamientos, sobre todo hacia sus hermanas, y de esta forma se controlaron sus agresiones tanto físicas como verbales hacia ellas. Con respecto al patrón conductual de imitación al padre, se logró modificar tanto por medio de la TRE, como por medio de las pláticas de orientación y dicha conducta disminuyó considerablemente. (Lo anterior fué notificado tanto por el paciente, como por su madre).

**Altas:** El paciente fué dado de alta.

**Seguimientos:** Se le informó al paciente que por medio de sus padres se le notificaría la fecha en la cual se sostendría una entrevista de seguimiento del caso, sin embargo ésto no se logró, ya que sus padres dejaron de asistir a terapia.

## SEXUALES

**Primer caso:**

**Sujeto:** Femenino

**Edad:** 27 años

**Estado Civil:** Casada

**Ocupación:** El Hogar

**Escolaridad:** Tercer grado de Secundaria

**Número de Entrevistas de Evaluación:** Tres

**Evaluación mediante:** Historia Clínica de Lazarus, Escala de Felicidad Matrimonial, Test de Ideas Irracionales, Cuestionario de Personalidad de Willoughby e Inventario de Afirmitividad de Gambrill y Rickey.

**Línea Base Inicial:** La paciente manifestó encontrarse inhibida con respecto a las relaciones sexuales - que sostenía con su esposo con el cual tenía diez meses de casada, ella consideraba "normal" tener relaciones sólo de noche, una vez a la semana y únicamente en una posición, lo demás lo consideraba "sucio", "malo", etc., Esta actitud le estaba acarreado problemas con su esposo, lo que deseaba evitar, ya que en todas las demás áreas no existían problemas entre ellos.

**Número de sesiones de Terapia:** Diez

**Técnicas Empleadas:** Terapia Racional Emotiva y Aser-tividad.

**Línea Base Final:** La paciente cambió sus actitudes - con respecto a la frecuencia, el horario y las posi-ciones, en sus relaciones sexuales. Al mismo tiempo - sus pensamientos o deseos también se vieron modifica-dos en cuanto a su forma de expresarlos. Esto se lo-gró mediante la TRE y Aser-tividad respectivamente.

**Alta:** Paciente dado de alta.

**Seguimiento:** Al cabo de tres meses de terminado el - tratamiento se llevo a cabo una entrevista con la - paciente, en la cual se aplicaron nuevamente el In-ventario de Ideas Irracionales y el de Afir-matividad de Gambrell y Richey, en éstos se notaba una mejoría considerable en comparación con los aplicados por - vez primera, lo que denotaba que la paciente seguía-manteniendo su línea base final. Además de estos re-sultados la paciente informó que no sólo en las rela-ciones con su esposo había mejorado, sino que se ha-bía percatado que sus expectativas hacia la vida en-general, se habían modificado positivamente.

Segundo Caso:

Sujeto: Femenino.

Edad: 31 años

Ocupación: El hogar

Estado Civil: Casada

Escolaridad: Sexto grado de primaria

Número de entrevistas de evaluación: Tres

Evaluación mediante: Entrevista verbal, Historia Clínica de Lazaruz, Test de Ideas Irracionales, Escala de Felicidad Matrimonial, Inventario de Afirmatividad de Gambrill y Richey, cuestionario de Personalidad de Willoughby.

Línea Base Inicial: La paciente sufría de tensión muscular y ansiedad cuando sostenía relaciones sexuales posteriormente presentaba dolores de cabeza y de estómago, lo que propiciaba a últimas fechas agresión contra su marido por considerarlo "culpable" de sus molestias, así como de obligarla a realizar algo "indebido".

Número de sesiones de Terapia: Tres

Técnicas utilizadas: Terapia Racional Emotiva, (se encontraban contempladas también Asertividad y Relajación Muscular).

Línea Base Final: No se pudo detectar, ya que la paciente desertó.

SOMATICOS.

Primer Caso:

Sujeto: Femenino.

Edad: 38 años.

Ocupación: Atiende una miscelánea de su propiedad.

Estado Civil: Viudad.

Escolaridad: Sexto grado de primaria.

Número de entrevistas de evaluación: Tres.

Evaluación Mediante: Entrevistas verbales, Historia Clínica de Lazaruz, Inventario de Depresión de Beck y C. Inventario de Afirmitividad de Gambrill y Richey Cuestionario de Personalidad de W. Test de Ideas -- Irracionales, Inventario de Temores, Metas de Tratamiento.

Línea Base Inicial: Constantes dolores de cabeza, de presiones, taquicardias, sudoración excesiva, insomnio, adormecimiento del brazo izquierdo, ingestión excesiva de fármacos.

Número de sesiones de Terapia: Cinco

Técnicas utilizadas: Terapia Racional Emotiva, (también estaban contempladas, Asertividad y Relajación Muscular).

Línea Base Final: No se detectó por completo, ya que la paciente desertó.

Segundo Caso:

Sujeto: Femenino

Edad: 13 años

Ocupación: Estudiante

Escolaridad: Sexto grado de primaria.

Número de entrevistas de evaluación: Cuatro

Evaluación mediante: Entrevista verbal, Historia -- Clínica de Lazaruz, Test Proyectivo de Karen Macho -- ver TEst G. Viso Motor de Bender, y F.L. Goodenogh.

Línea Base Inicial: Timidez, ansiedad, dolores de -- cabeza, temores, sudoración excesiva, adormecimiento del brazo izquierdo, empezaba a tomar fármacos.

Número de sesiones de Terapia: Dos

Técnicas Utilizadas: Relajación Muscular.

Línea Base Final: No se detectó ya que la paciente -- desertó al mismo tiempo que su madre, la cual es la paciente mencionada con antelación.



## CONYUGALES:

Primer Caso:

Sujeto: Femenino

Edad: 30 años

Ocupación: El hogar

Escolaridad: Primaria

Estado Civil: Casada

Número de entrevistas de evaluación: Cuatro.

Evaluación mediante: Entrevista verbal, Historia Clínica de Lazarus, Escala de Felicidad Matrimonial, -- Inventario de Depresión de Beck y C., Inventario de Afirmitividad de Gambrill y Rechev, Cuestionario de Personalidad de Willoughby y Test de Ideas irracionales.

Línea Base Inicial: Pasividad ante las agresiones de su marido, temores infundados, insomnio, dolores de cabeza, ideas irracionales, agresividad, tensión muscular generalizada, comunicación deficiente con su marido.

Número de sesiones de Terapia: Cuatro

Técnica empleada: Asertividad

Línea Base Final: No se detectó, ya que la paciente desertó.

Segundo Caso: (esposo de la paciente antes mencionada).

Sujeto: Masculino.

Edad: 34 años

Ocupación: Empleado Federal

Escolaridad: Primaria, Secundaria y Contabilidad Pública.

Estado Civil: Casado.

Número de entrevistas de evaluación: Cuatro

Evaluación mediante: Entrevista verbal, Historia Clínica de Lazarus, Escala de Felicidad Matrimonial, Inventario de Afirmitividad de Gambrill y Reckey, Cuestionario de Personalidad de Willoughby, y Test de Ideas Irracionales.

Línea Base Inicial: Agresividad ante su esposa e hijos, explosivo, dolores frecuentes de cabeza, tensión muscular generalizada, ideas irracionales y comunicación deficiente con su familia.

Número de sesiones de Terapia: Ninguna

Técnicas empleadas:

Línea Base Final: El paciente abandonó la terapia en la fase de evaluación.

Tercer Caso.

Sujeto: Femenino.

Edad: 22 años

Ocupación: El hogar

Estado Civil: Casada

Número de entrevistas de evaluación: Cuatro

Evaluación mediante: Entrevista verbal, Historia Clínica de Lazarus, Metas de tratamiento, Escala de Felicidad Matrimonial, Test de Ideas Irracionales, Cuestionario de Personalidad de Willoughby, Inventario de Depresión de Beck y C. Inventario de Afirmitividad de Gambrill y Reckey e Inventario de Temores.

Línea base Inicial: Nula asertividad, irritable, llanto frecuente, agresiva con su esposo solamente, miedos infundados, dolores de cabeza y estomacales, ansiedad, timidez, ideas irracionales y comunicación deficiente con su esposo.

Número de sesiones de Terapia: Once.

Técnicas empleadas: Terapia Racional Emotiva, Asertividad, y Relajación Muscular.

*Línea Base Final:* Mediante la implementación de la Asertividad la paciente abandonó por completo el llanto frecuente, su timidez y la ansiedad que le aquejaban constantemente, además de comunicarse con su esposo sin agresiones ni gritos. Con igual éxito en los resultados se trató por medio de la Terapia Racional Emotiva, lo irritable que resultaba la paciente ante su esposo, así como también sus miedos, infundados e ideas irracionales. Los síntomas de éstos en algunos casos disminuyeron considerablemente y en otros desaparecieron. Por otro lado, con respecto a la tensión y dolores somáticos que presentaba la paciente se abordaron por medio del Entrenamiento en Relajación Muscular, logrando con ello la desaparición total de síntomas. Todo lo anterior le permitió mantener una relación racional y asertiva con su marido y con su ambiente en general.

*Altas:* La paciente fué dada de alta.

*Seguimientos:* Se citó a la paciente tres meses después de terminado el tratamiento y la paciente (junto con su esposo) informó que no sólo se seguía manteniendo su línea base, sino además se había incrementado y mejorado notablemente.

*Cuarto Caso.* (esposo de la paciente antes mencionada)

*Sujeto:* Masculino

*Edad:* 23 años

*Ocupación:* Mecánica Automotriz

*Escolaridad:* Primaria

*Estado Civil:* Casado

*Número de entrevistas de evaluación:* Tres

*Evaluación mediante:* Entrevista verbal, Historia Clínica de Lazarus, Escala de Felicidad Matrimonial, Cuestionario de Personalidad de Willoughby, Inventario de afirmativa de Gambrill y Reche y Test de

ideas Irracionales.

Línea Base Inicial: Agresivo con su esposa y evita hablar con ella para que no surjan conflictos, ideas irracionales e ingiere alcohol con regularidad.

Número de sesiones de Terapia: Ocho

Técnicas empleadas: Terapia Racional Emotiva y Asertividad.

Línea Base Final: Mediante el empleo de la Asertividad, el paciente logró mantener una adecuada comunicación con su esposa, donde ya no la rehuía ni resultaba agresivo. A través de la Terapia Racional Emotiva el paciente consiguió desechar sus cogniciones irracionales y racionalizar más en cuanto a la frecuencia y cantidad de la ingestión de bebidas alcohólicas, lo que le trajo como consecuencia una convivencia más armoniosa y pacífica con su esposa.

Altas: El paciente fué dado de alta.

Seguimiento: Se citó al paciente al mismo tiempo que su esposa por tres sesiones consecutivas a fin de aclarar o despejar alguna duda o desaveniencia que existiese aún después del tratamiento individual de cada uno. Durante éstas entrevistas la pareja reportó que sus relaciones se encontraban en una modificación constante y positiva. En la tercera sesión la pareja fué dada de alta y al mismo tiempo se concertó una cita a efectuarse al cabo de tres meses para realizar un seguimiento de la misma. Y efectivamente a los tres meses se llevó a cabo la entrevista, misma en que la pareja informó que sus logros no sólo se mantenían, sino que además se estaban incrementando y mejorando.

Quinto Caso.

Sujeto: Masculino

Edad: 31 años

Ocupación: Empleado Federal

Escolaridad: Primaria, Secundaria y Dibujo publicitario.

Estado Civil: Casado

Número de entrevistas de evaluación: Tres

Evaluación mediante: Entrevista verbal, Historia Clínica de Lazarus, Escala de Felicidad Matrimonial, Inventario de Depresión de Beck y C., Inventario de Afirmatividad de Gambrill y Reckey, Cuestionario de Personalidad de Willoughby, Metas de tratamiento y Test de Ideas Irracionales.

Línea Base Inicial: Asertividad totalmente deficiente, falta de lenguaje no verbal asertivo, incapacidad de expresar sus estados emocionales ante su esposa, ansiedad constante, dolores de cabeza constantes insomnio, ideas irracionales, relaciones interpersonales con su esposa mínimas y deficientes y tensión muscular.

Número de sesiones de Terapia: Ocho

Técnicas empleadas: Terapia Racional Emotiva y Asertividad.

Línea Base Final: Mediante el entrenamiento en Asertividad se logró que el paciente adquiriese un lenguaje no verbal adecuado a lo que deseaba expresar así como también la expresión honesta y adecuada de sus sentimientos ante su esposa, mediante estos logros el paciente dejó de presentar ansiedad, insomnio, dolores de cabeza e incluso tensión muscular, la que se tenía contemplada abordar por medio del entrenamiento en Relajación muscular, sin embargo no fue necesario pues ésta desapareció con la implementación de la Técnica en Asertividad. Con el empleo de la Terapia Racional Emotiva se lograron cambiar -

Las cogniciones irracionales del paciente y ello permitió lograr una comunicación más continua con su esposa y en general lograr una vida más racional.

Altas: El paciente fue dado de alta.

Seguimiento: A los tres meses de ser dado de alta el paciente, se sostuvo una entrevista con él, donde informó que no existía regresión en ningún aspecto, y además que con el constante practicar, tanto sus cogniciones racionales como sus expresiones asertivas, le resultaban éstas más naturales y ello le venía reportando grandes beneficios tanto con su esposa como en su vida en general.

# A N A L I S I S

## A N A L I S I S

### SIGNIFICADO DEL SERVICIO SOCIAL:

A través de la realización del Servicio Social, se logran vivir nuevas experiencias desconocidas hasta entonces, pues el trabajo del pasante ya no cuenta con la supervisión constante del maestro, lo que acarrea un mayor esfuerzo en el cumplimiento de los objetivos y esto redundará en un importante desarrollo de las potencialidades individuales, lo cual conlleva a un trabajo profesional del egresado.

Además mediante esta práctica se logran obtener habilidades dentro del rol de Terapeuta, lo que reditúa una mayor visión del campo clínico y de lo que se puede realizar por medio de éste. Al mismo tiempo las actividades de servicio prestadas en el transcurso de la carrera son muy benéficas, pues van creando bases dentro de la praxis.

Resulta obvio añadir que la instrucción académica recibida durante los semestres de estudio son fundamentales para la consecución tanto del Servicio Social, como del trabajo en general del egresado.

### INSTITUCION DONDE SE LLEVO A CABO EL SERVICIO SOCIAL

Por otro lado es importante mencionar el gran paso dado por la Universidad Nacional Autónoma de México, con la creación de instalaciones propias, pues al mismo tiempo que otorga un sistema de educación activa, (lo que resulta provechoso en la formación profesional) proporciona servicio a las comunidades de mínimos recursos económicos como es la zona de influencia. Además de poner al pasante en contacto con la realidad social y con los problemas que la misma enfrenta.

Es por ello que se considera un verdadero hito la creación de la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza,



ya que además de cumplir el objetivo general por el que fue creado, cumple al mismo tiempo con objetivos específicos (salvo con uno) que más adelante se detallan.

## POBLACION ATENDIDA

En relación a la población que acude a la Clínica en busca de atención, se considera que además de la cerca canía, una de las razones más importantes por las que solicitan sus servicios, son los precios de consulta, los que no resultan bajos, sino simbólicos, gracias al subsidio que recibe la clínica por parte de la UNAM.

Como ya antes se ha mencionado, en general la población carece tanto de recursos económicos como culturales, sin embargo en otros aspectos se encuentran atendidos, como son; los servicios de agua, drenaje, pavimentación, luz, teléfono, telégrafos, correos, vías de acceso, medios de transporte y medios de comunicación, como son; la televisión, la radio, los periódicos, etc.

Igualmente cuentan con centros recreativos y culturales, tales como: Deportivos, parques, teatros, cines y bibliotecas.

Así como también atención médica en los diversos centros de salud como ISSSTE, IMSS., Salubridad y en la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza, además de los particulares existentes en la zona.

Todo lo anterior contribuye a que el contexto social de la población no sea tan restringido, lo cual ayuda al desarrollo de la misma, en todos sus aspectos como son; culturales, sociales, urbanos, intelectuales, motivacionales, salubres tanto físicos como psíquicos, etc. etc.

## PROBLEMATICA DE MAYOR FRECUENCIA ENTRE LA POBLACION ATENDIDA.

Por otro lado se manifestó que la principal causa -- por lo que la comunidad asistió en busca de ayuda -- psicológica fué el conflicto conyugal, cabe señalar -- que las personas que solicitaron esta atención son -- gente joven, con hijos y con baja escolaridad, ade -- más de las características regionales ya menciona -- das.

El común denominador localizado en dichos conflictos son: la incomprensión de uno para el otro, la comuni -- cación deficiente, las demandas infantiles e irracion -- nales que se hacen mutuamente, la falta de respeto -- hacia los derechos e independencia del otro, la im -- posición constante que se trata de hacer de las pro -- pias ideas, deseos, gustos, alegrías, pasatiempos, -- etc., Otro punto importante de mencionar es el que -- salvo en un caso, todos los demás presentaron dolen -- cias somáticas, lo que hace suponer se encontraban -- acarreadas por sus "dolencias" psíquicas. Esto de -- cierta forma se ve confirmado con el hecho de su de -- desaparición (al menos en los dos casos dados de alta -- que las presentaban) conforme se avanzaba en el pro -- ceso psicoterapéutico.

Así mismo es importante señalar que el matrimonio -- más joven fué el que obtuvo una mejoría mayor y más -- rápidamente, comparado con el de mayor edad. Esto ha -- ce suponer que entre más pronto sea la intervenció -- n -- terapéutica mejores serán los logros obtenidos, pues -- tanto las relaciones como los individuos no se en -- cuentran tan afectados.

## OBJETIVOS

Con respecto a los objetivos generales de la carrera, éstos se cubrieron de la siguiente forma:

- 1.1 Los recursos institucionales con los que se contó fueron: un cubiculo, el cual contenía una mesa y tres sillas, además de propaganda en la sala de espera de la Clínica, para informar a la población asistente, de los servicios de Psicología ofrecidos por la misma, con lo cual se propició la situación para la práctica psicológica.
- 1.2 El egresado de ENEP Zaragoza, tiene un adecuado perfil de psicólogo, lo cual le brinda la preparación teórica y técnica para detectar y abordar o intervenir en los problemas presentados por la comunidad, desde un enfoque; educativo, social y/o clínico.
- 1.3 La problemática presentada por los pacientes, se evaluó y diagnosticó mediante, entrevistas, cuestionarios, inventarios y test, con lo cual se detectó en forma concreta la intervención psicológica a que había lugar.
- 1.4 Las situaciones propicias de intervención que permitieron la implementación de las técnicas, se ven reflejadas en la aplicación de las técnicas terapéuticas que se manejaron durante el desarrollo del Servicio Social.
- 2.1 Gracias al perfil profesional con que cuenta el psicólogo y a las habilidades prácticas adquiridas durante sus años de estudio, se lo llevaron a cabo acciones concretas, como son las intervenciones terapéuticas, con lo cual se demostró el dominio teórico-práctico de conceptos como, Relajación, Asertividad y Terapia Racional Emotiva.
- 2.2 Mediante los conocimientos teóricos adquiridos durante la carrera se logró realizar el diagnóstico, la evaluación y la intervención terapéutica de la problemática presentada por la población atendida durante el Servicio Social prestado.

2.3 A través de la realización del Servicio Social, se logró captar información relevante de la población atendida, así como de la problemática que presenta mayor morbilidad dentro del área psicológica y todo ello ha permitido el análisis y la aplicación de conceptos, como los antes mencionados. Y como resultado de esto se logra condensar dicha información en el presente trabajo.

### Objetivos de la Clínica:

El objetivo general de la Clínica se ve cubierto al otorgar un programa de docencia-servicio, de todas las carreras que en ella se imparten, y de este modo permite a los estudiantes no sólo adquirir los conocimientos teóricos con respecto al área en cuestión, sino además les brinda la oportunidad de llevar a la práctica constante dichos rudimentos, con lo cual se ve beneficiada de forma directa la población que acude en busca de atención y de manera indirecta el país, ya que se están solucionando los problemas de salud que presenta una región del mismo.

2.2 Este objetivo queda cubierto al otorgar la Clínica los servicios de Medicina, Enfermería y Psicología, aunque ésta última dadas las demandas poblacionales, debería ser incrementada.

2.4 Este objetivo por desgracia no se cubre, ya que no se lleva a cabo actividad alguna de manera comunitaria de las distintas carreras de la Clínica.

2.5 Mediante las pláticas preventivas y las acciones concretas que realizan, tanto pasantes como estudiantes de la Clínica, se logra tanto preservar la salud como disminuir las enfermedades presentadas por la población controlada.

2.7 Mediante la intervención terapéutica de las diversas carreras de la clínica, ésta colabora con las Instituciones de salud ubicadas dentro del área de trabajo de la ENEP Zaragoza.

#### Objetivo Particular del Pasante:

Con respecto al objetivo particular del pasante, éste se logra mediante la implementación de los rudimentos teóricos y prácticos obtenidos durante la carrera.

Dichos rudimentos teóricos se ven específicamente enmarcados, a través de la implementación de las Terapias utilizadas. Como ya es del conocimiento de los lectores éstas son la Terapia Racional Emotiva, la Técnica en Asertividad así como la Relajación Muscular.

#### FUNCIONES DESARROLLADAS

Con respecto al análisis realizado a las funciones desarrolladas por el pasante, se detectó que las actividades fundamentales que elaboró son las de evaluación, diagnóstico y tratamiento.

La evaluación y diagnóstico se llevaron a cabo tanto con entrevistas orales y escritas, como con Instrumentos tales como; inventarios, cuestionarios y test. Los tratamientos se abordaron por las terapias ya conocidas por el lector.

A través de estas terapias se trataron doce casos, los cuales son; dos sexuales, uno de agresividad, los somáticos, dos familiares y cinco conyugales.

## RESULTADOS

De los casos señalados existieron:

Cinco deserciones, entre los que se encuentran; un problema sexual, dos somáticos y dos conyugales.

Siete altas, las cuales son; un caso de agresividad, dos problemas familiares, un caso de problema sexual y tres de conflicto conyugal.

De los casos dados de alta se intentó realizar de cada uno de ellos un seguimiento, sin embargo no en todos se logró, veamos:

A los tres meses de dar de alta el problema de agresividad, se realizó una cita, donde nuevamente se aplicaron los instrumentos evaluativos y de diagnóstico, mismos en los que se encontraron resultados positivos, donde la línea base final se seguía manteniendo, lo cual fue corroborado por la paciente en su entrevista verbal.

El paciente de ocho años, que presentaba problemas familiares, no se realizó cita alguna, pues se acordó informarle por medio de sus padre el lugar y fecha, sin embargo como sus padres desertaron del tratamiento, ésto no se efectuó.

Con el otro problema familiar, también dado de alta, tampoco se logró un seguimiento, ya que la chica no asistió a la cita acordada previamente.

Con el problema sexual, dado de alta, se mantuvo una cita a los tres meses de terminado el tratamiento, misma en la que se le aplicaron nuevamente los instrumentos evaluativos que se utilizaron en un inicio donde los resultados no seguían siendo los de la línea base final, sino que estos se habían incrementado positivamente, lo que a la paciente le traía como resultado una modificación en su vida en general.

Igualmente con el paciente que presentaba conflicto conyugal, se mantuvo una plática a los tres meses de terminado el tratamiento y éste informó que sus cogniciones y asertividad no sólo se habían mantenido y mejorado con su esposa, sino que se habían generalizado hacia otras relaciones interpersonales.

Finalmente el matrimonio con conflicto conyugal que se le dió de alta, informó en la cita a los tres meses de terminado el tratamiento, que sus relaciones se seguían manteniendo positivas.

### LIMITACIONES

De la Institución donde se llevó a cabo el Servicio Social:

La Clínica Multidisciplinaria Zaragoza, carece tanto de un plan de trabajo a seguir multi e interdisciplinariamente, como de materiales necesarios en la evaluación y diagnóstico, lo que frena los resultados positivos del pasante.

De la Población atendida:

A pesar del interés y agrado con que la población recibió el servicio de Psicología, ésta resulta muy irregular en cuanto a su asistencia, puntualidad e incluso continuación de tratamiento, lo cual retraso y/o impidió el avance terapéutico.

De la Asesoría Recibida;

Dado que la asesoría fue recibida por la entonces coordinadora del Servicio Social, ésta resultó muy escasa, ya que se encontraba atendiendo y coordinando todo lo relacionado con el Servicio Social de Psicología, lo que la mantenía muy ocupada y realmente resultaba difícil coincidir en horarios o tiempos libres. Esto obviamente también resultó en detrimento del Servicio Social.

## C O N C L U S I O N E S



## C O N C L U S I O N E S

Como resultado del análisis se concluye que la realización del Servicio Social, tiene consecuencias benéficas en tres aspectos específicos. Uno es aquel en que la Institución donde se lleva a cabo esta actividad, resulta favorecido con la labor realizada por el pasante, pues al mismo tiempo que incrementa su funcionalidad, también incrementa los servicios que en ella se presentan a la comunidad asistente.

Otra consecuencia benéfica, es la que obtiene la población al ser atendida por el pasante, pues mediante esta atención se busca solución a sus conflictos-reinantes.

y la última y más importante es aquella en la que el pasante mismo ve fortalecida su formación profesional con la práctica adquirida a través de la prestación del servicio social, ya que ello le permite mantenerse en contacto continuo con las problemáticas que encara un sector de la ciudad, lo que le reditúa una visión más amplia y real de lo que su labor como psicólogo puede coadyuvar al bienestar tanto de la población como de la ciudad misma.

Asimismo se considera que la creación de la Clínica-Multidisciplinaria Zaragoza, es un acierto, ya que presta un triple servicio, pues por un lado en sus instalaciones se imparte enseñanza teórico-práctica a los alumnos de la ENEP Zaragoza, por otro lado existen plazas para pasantes egresados de las diversas carreras que en ella se imparten, y un tercer servicio, es aquel que se presta a la comunidad que acude en busca de consulta, la cual recibe atención a precios sumamente económicos.

Con lo anterior se concluye que la Clínica cumple con los objetivos por los que fue creada. Sin embargo, se detectó que existe una deficiencia en la misma, -

pues carece de un plan de trabajo para realizar por los egresados, lo que impide lograr un mejor servicio multi e interdisciplinario.

Con respecto a la población que acude en busca de consulta se observó que la gran mayoría además de carecer de recursos económicos, presenta baja escolaridad. No obstante con respecto al aspecto de infraestructura, ésta se encuentra atendida por la Delegación pues cuenta con todos los servicios públicos.

También se detectó que la principal causa por la que la población busca ayuda terapéutica es el conflicto conyugal, mismo al que acudieron personas entre los 21 y 34 años de edad, de entre los cuales, las gentes más jóvenes lograron obtener resultados positivos.

Por otro lado se concluye que los objetivos fueron total y satisfactoriamente cubiertos, como se podrá observar en la sección de análisis.

De lo anteriormente expuesto se desprende que las funciones desarrolladas por el pasante se consideran satisfactorias, ya que al realizar evaluaciones, diagnósticos y tratamientos y basándose en el cumplimiento de los objetivos, logra aliviar las dolencias psíquicas por las cuales la población acudió en busca de ayuda. Esto se ve confirmado con los resultados obtenidos de su intervención, los cuales fueron fructíferos, ya que se llevó a cabo la alta de siete casos, y el seguimiento de cinco de éstos.

En dichos seguimientos se detectó que no solo no se presentó regresión de síntomas, sino que además la mejoría en varios casos se generalizó a otros aspectos psíquicos del paciente.

Por lo tanto se concluye que sus logros son positivos, así como la implementación de las Terapias utilizadas, ya que como se ha venido exponiendo éstas cuentan con fundamentos teóricos relativamente

sencillos tanto de manejar como de entender por los-pacientes, así como con fundamentos empíricos con -- resultados éxitosos.

Otro punto de señalar es el que las tres Terapias -- son relativamente breves y sus frutos se ven objeti-vizados desde las primeras sesiones de tratamiento.

Con relación a los obstáculos presentados, es necesa-rio mencionar que además de que la Clínica carece de un plan de trabajo también se encuentra desprovista de material necesario como son los test.

Aunada a estas necesidades se encuentra la falta de-asesoría pues esta fué escueta.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

## PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

Como resultado de las conclusiones se propone la elaboración de un programa de intervención para conflictos conjugales, ya que fué el problema que mayor frecuencia presenta.

Aunado a este proyecto se podrían implementar una serie de pláticas las cuales estarían enfocadas a la prevención y/o resolución de conflictos conjugales, las que podrían ser impartidas de una manera multidisciplinaria por los pasantes de todas las carreras que existen en la Clínica.

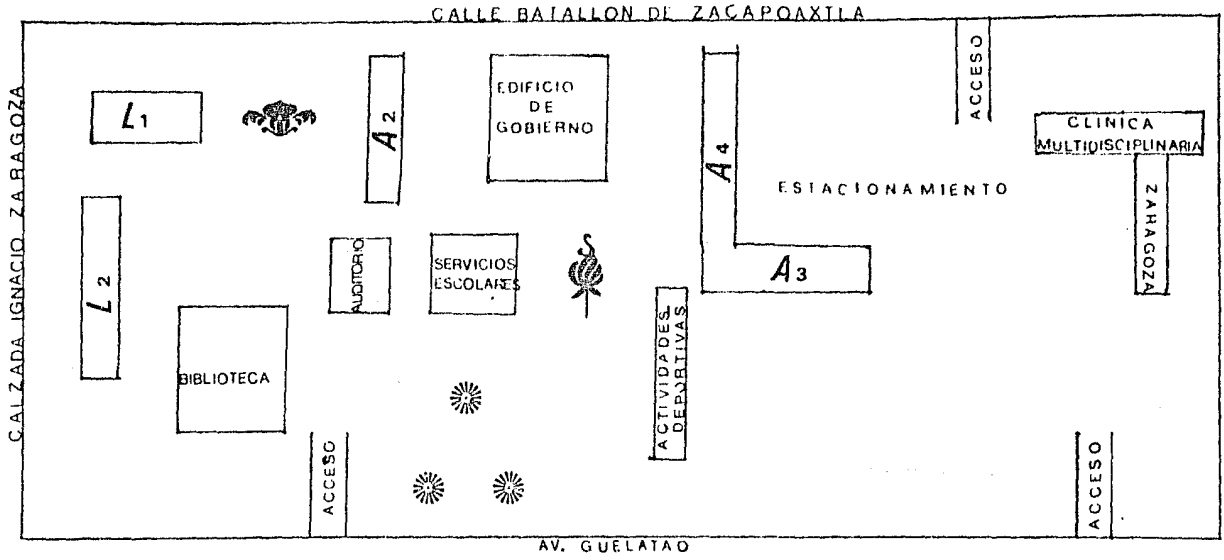
Para lo anterior, y para otros tipos de trabajo, es necesaria la estructuración de un plan de trabajo, desarrollado por la Clínica misma, para de esta manera tener contemplado la elaboración de un óptimo servicio en general.

Asimismo es necesario cubrir las necesidades de material que existen en el área de Psicología en la Clínica, pues esto entorpece la labor del pasante y del Servicio Social al mismo tiempo.

Por otro lado, también es necesario que la asesoría otorgada por un Psicólogo, que se encuentre trabajando dentro de la misma Institución donde se lleva a cabo el Servicio Social del pasante en cuestión, ya que de esta manera, ellos también se encontrarán en contacto continuo y directo con las necesidades tanto de la Institución como de los pacientes y de los pasantes, con los problemas que surjan, con las limitaciones, etc. etc.

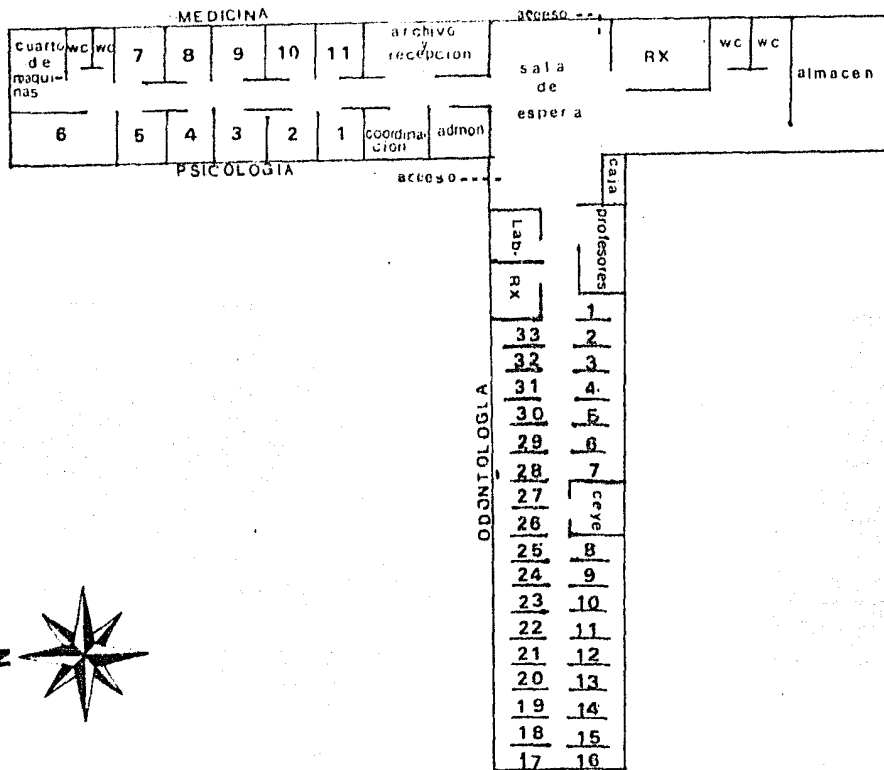
De esta manera al recibir una asesoría continua y cercana, se lograrán cubrir y concretizar satisfactoriamente los objetivos del Servicio Social, de la Institución y del pasante mismo.

# A N E X O S



# CROQUIS DE LA CLINICA MULTIDISCIPLINARIA ZARAGOZA

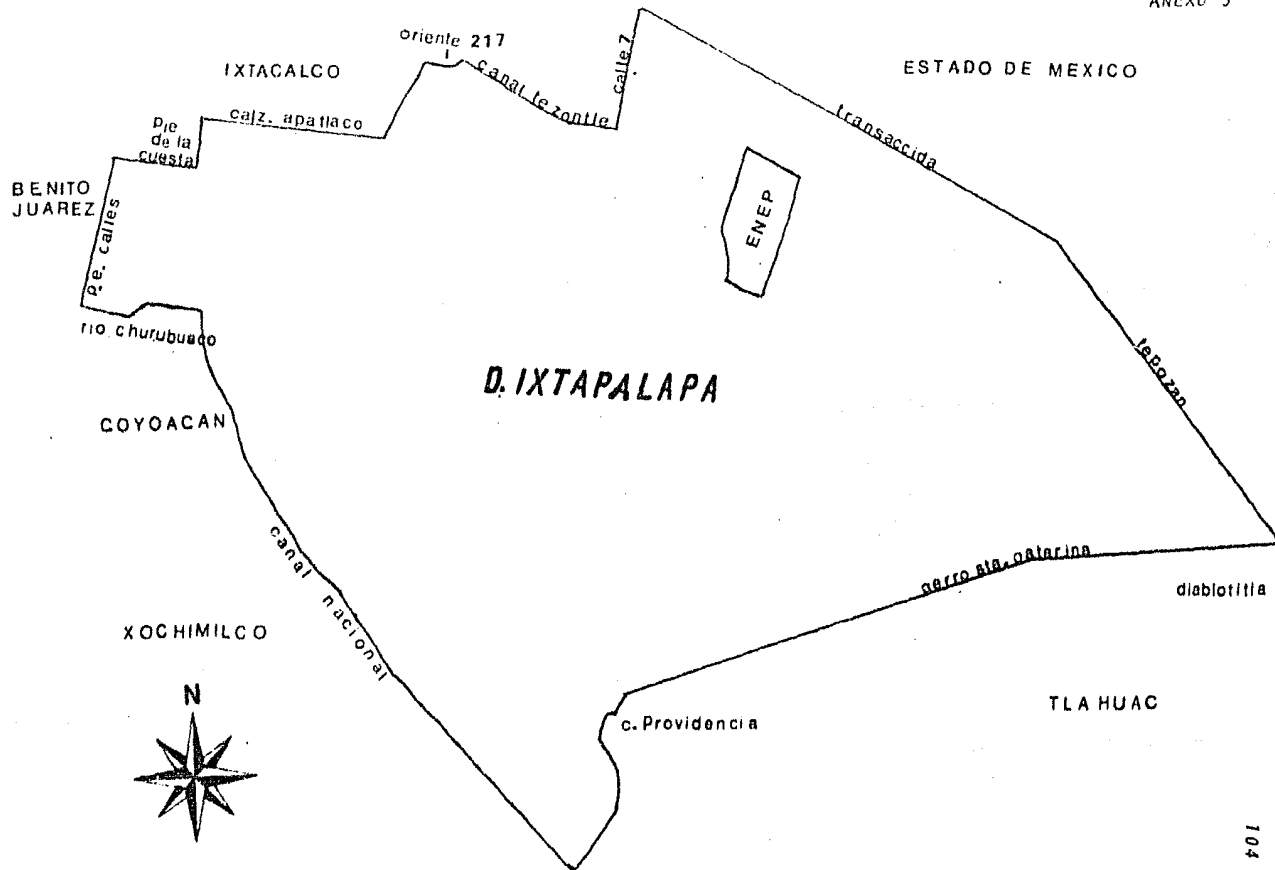
ANEXO 2





# CROQUIS DE LA DELEGACION IXTAPALAPA

ANEXO 3



## ANEXO 4

## CUOTAS DE CONSULTA PARA EL AREA DE PSICOLOGIA\*

PSICOLOGIA EDUCATIVA

Educación Preescolar.....	\$ 60.00	Inscripción
Educación Especial Indiv..	60.00	Mensual
Educación Especial Grupal.	60.00	Mensual

PSICOLOGIA CLINICA

Consulta General.....	\$ 70.00	Tratamiento
-----------------------	----------	-------------

\* Precios obtenidos por la Coordinación de la Clínica M.Z.

## ANEXO 5

## CUOTAS DE CONSULTA PARA EL AREA DE MEDICINA\*

Consulta de primera vez . . . . .	\$ 30.00
Consulta Subsecuente . . . . .	\$ 25.00
Cirugía Menor . . . . .	\$250.00
Colocación de aparato de yeso . . . . .	\$250.00
Realización de curaciones . . . . .	\$100.00
Aplicación de Inyecciones . . . . .	\$ 50.00

Nota: En atención de urgencias, se adiciona el costo de los medicamentos y materiales consumidos.

## CUOTAS POR RECUPERACION POR ESTUDIOS RADIOGRAFICOS\*

Placa de:

15 x 30 cm . . . . .	\$100.00
20 x 25 cm . . . . .	\$120.00
24 x 30 cm . . . . .	\$120.00
30 x 35 cm . . . . .	\$150.00
35 x 35 cm . . . . .	\$150.00
35 x 43 cm . . . . .	\$225.00

\*Precios obtenidos a través de la lista de precios de la Caja de la C.M.

## ANEXO 6

## CUOTAS DE CONSULTA DEL AREA ODONTOLOGICA \*

1. Historia clínica de tratamiento.....	\$10.00
Historia Clínica de Urgencia.....-	\$ 5.00
2. Radiografías:	
Periapicales Infantiles.....	\$10.00
Periapicales Adulto.....	\$15.00
Oclusales.....	\$50.00
3. Odontología Preventiva:	
Profilaxis y Aplicación de Fluor.....	\$30.00
Mantenedores de espacio.....	\$100.00
Placas.....	\$120.00
Selladores de fosetas y fisuras.....	\$ 80.00
4. Odontología Restauradora:	
Obturación Temporal (C. de F. y D.) .....	\$ 10.00
Obturación Temporal (I.R.M.).....	\$ 20.00
Obturación con amalgama.....	\$100.00
Obturación con resina.....	\$100.00
Obturación con incrustación.....	\$ 80.00
Restauración con corona.....	\$100.00
Restauración con corona de policarbonato..	\$ 80.00

\*Precios obtenidos a través de la Caja de la Clínica M. Z.

## ANEXO 7

## 5. Terapia Pulpar:

Pulpotomía.....	\$ 80.00
Tratamiento de Conduc. Anteriores.....	\$ 30.00
Tratamiento de Conduc. Posteriores.....	\$ 50.00

## 6. Cirugía:

Exodoncias.....	\$ 30.00
Cirugía Menor.....	\$150.00
Cirugía Parodontal (con perula).....	\$130.00
Cirugía Parodontal (sin perula).....	\$100.00

## 7. Prótesis:

Modelos de Estudio.....	\$ 70.00
Prótesis Simplificada.....	\$100.00
Prótesis Fija.....	\$200.00
Prótesis Removible.....	\$100.00
Prótesis Total.....	\$200.00

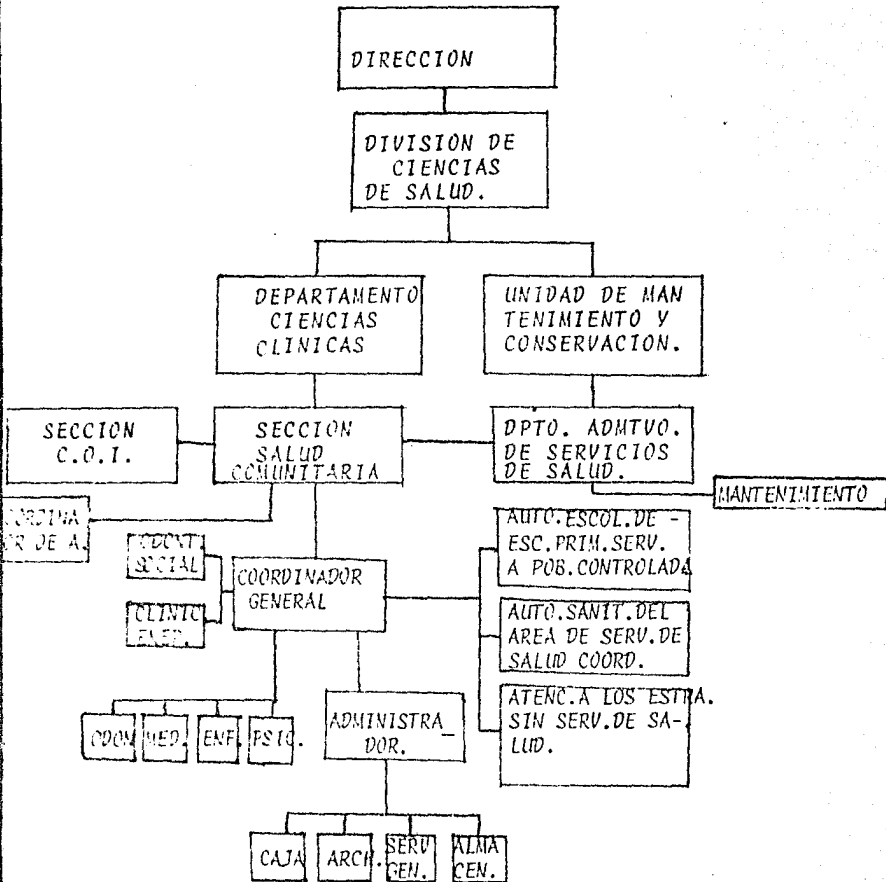
Nota: Toda repetición causará el 50% del valor del -  
tratamiento que se esta efectuando.

## ANEXO 8

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES.  
 \*ZARAGOZA\*  
 UNIDAD ADMINISTRATIVA DE CLINICAS MULTIDISCIPLINARIAS.

ANALISIS CLINICOS.	P R E C I O S .
BIOMETRIA HEMATICA	\$ 200.00
HAMOGLOBINA	
HEMATOCRITO	
C.M.H.G.	
V.S.G.	
LEUCOCITO ( <i>hacer diferencial cuando sobrepasan las cifras normales</i> )	
RETICULOCITOS	
PLAQUETAS ( <i>APRECIACION CUALITATIVA: AUMENTADAS O DISMINUIDAS</i> )	
RECUENTO DE ERITROCITOS	\$ 35.00
RECUENTO DE PLAQUETAS	\$ 35.00
TIEMPO DE SANGRADO	\$ 35.00
TIEMPO DE COAGULACION	\$ 50.00
TIEMPO DE PROTROMBINA	\$ 50.00
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	\$ 50.00
PRUEBA DE COUMBS	\$ 50.00
GRUPO Y RH	\$ 50.00
V.D.R. L.	\$ 50.00
QUIMICA SANGUINEA.	
DETERMINACION DE GLUCOSA	\$ 50.00
DETERMINACION DE UREA	\$ 50.00
DETERMINACION DE ACIDO URICO	\$ 50.00
DETERMINACION DE COLESTEROL	\$ 50.00
PRUEBA DE TIMOL	\$ 50.00
PRUEBA DE BRÓMOSULFATEINA	\$ 50.00
PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA	\$ 250.00
COPROPARASITOSCOPICO SIMPLE	\$ 35.00
COPROPARASTOSCOPICO EN SERIE/3	\$ 100.00
EXAMEN GENERAL DE ORINA	\$ 100.00
BACTERIOLOGIA ( <i>INCLUYE ANTIBIOGRAMA</i> )	
EXUDADO FARINGEO	\$ 150.00
UROCULTIVO	\$ 150.00
COPROCULTIVO	\$ 150.00
TINCION PARA HONGOS	\$ 75.00
PRUEBA DE EMBARAZO	\$ 100.00
BIOPSIAS	\$ 150.00
CITOLOGIA EXFOLIATIVA (PAPANICOLAU)	\$ 100.00

ORGANIGRAMA DE LA CLINICA MULTIDISCIPLINARIA



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
 PLANTEL \* ZARAGOZA U.N.A.M. \*

HISTORIA CLINICA

PROGRAMA DE CLINICA:

El propósito de este cuestionario es: Obtener un --  
 cuadro comprensivo de sus antecedentes. En el traba-  
 jo científico los datos son necesarios, ya que ello-  
 permite un tratamiento más minucioso de nuestros pro-  
 blemas. Contestando estas preguntas de la manera más  
 completa y precisa que le sea posible, facilitará su  
 programa terapéutico.

Necesitamos que conteste estas preguntas de rutina -  
 en su tiempo libre, en lugar de emplear su tiempo --  
 destinado a la consulta.

Es comprensible que usted deba estar preocupado por-  
 lo que ha de suceder a la información aquí vertida, -  
 debido a que mucha de ésta es altamente personal. -  
 Los datos de los casos son estrictamente confidencia  
les. A ningún extraño le será permitido el acceso a-  
 estos datos sin el permiso expreso de usted mismo.

Si usted no desea contestar alguna pregunta, solamen-  
 te escriba "no deseo contestar".

Fecha: \_\_\_\_\_

1. GENERALES.

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Telefono: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_



¿Por quién fue referido? \_\_\_\_\_

¿Con quién está usted viviendo? (Enliste las personas)

¿Vive usted en una casa, hotel, departamento, etc.?

Estado civil: (encierra en un círculo)

Soltero (a); Comprometido (a); Casado (a); Vuelto (a) a casar; Separado (a); Divorciado (a); Viudo (a).

## 2. DATOS CLINICOS

a) Diga en sus propias palabras la naturaleza de sus problemas y su duración: \_\_\_\_\_

b) Dé una breve explicación de la historia y desarrollo de sus quejas, (desde el principio hasta el momento actual): \_\_\_\_\_

c) Estime, en la escala de abajo, la severidad de su problema:

Levemente inquietante \_\_\_\_\_

Verdaderamente inquietante \_\_\_\_\_

Muy severo \_\_\_\_\_

Extremadamente severo \_\_\_\_\_

Totalmente Incapacitantes \_\_\_\_\_

d) ¿Con quién ha consultado previamente sus problemas actuales? \_\_\_\_\_

e) Está usted tomando medicamentos. Si (sí) ¿Cuales? ¿Qué tantos? ¿Y con qué resultados?

## 3. DATOS PERSONALES

a) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

b) Condición de la madre durante el embarazo (Diga -  
 tanto como sepa): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

c) Subraya los términos que se apliquen a usted du-  
 rante su infancia:

Terrores Nocturnos	Sonambulismo	Infancia feliz
Chuparse el dedo	Tartamudeo	Infancia Infeliz
Morderse las uñas	Mojar la cama	Algún otro:

d) Salud durante la infancia (lista de enfermedades):

e) Salud durante la adolescencia (Lista de enfermeda-  
 des):

f) ¿Cuál es su peso? \_\_\_\_\_ ¿Y su estatura? \_\_\_\_\_

g) ¿Le han practicado alguna intervención quirúrgi-  
 ca? Por favor, enlistelas y dé fecha y edad suya-  
 cuando ocurrió.

h) ¿Cuándo fué examinado por última vez por un médi-  
 co?

¿Ha tenido algún accidente?

i) Enliste sus cinco miedos principales:

1)  
 2)  
 3)

4)  
 5)

k) Subraye cualquiera de los siguientes fenómenos - que se aplique a usted:

Dolores de cabeza	Ideas suicidas
Palpitaciones	Problemas sexuales
Problemas intestinales	Demasiado ambicioso
Pesadillas	Sentimiento de Inferioridad
Sentimiento de tensión	Problemas de memoria
Depresión	Desvanecimientos
Incapacidad para relajarse	Falta de apetito
No le gustan los fines de semana	Insomnio
Ni las vacaciones	Alcoholismo
No puede hacer amigos	Sudoración excesiva
Siente pánico	Ansiedad
Incapaz de "pasarla bien"	Toma aspirinas o analgésicos
No puede permanecer en su trabajo	Temblores
Problemas financieros	Tomar drogas
Vértigos	Timidez
Problemas estomacales	No puede tomar decisiones
	Malas condiciones en la casa
Fatiga	Mal humor constante
Toma sedantes	Dificultad para concentrarse
Conflictos	Alergias
Soledad	Otros:

l) Por favor enliste los problemas o dificultades -- que tenga:

m) Subraye cualquiera de las siguientes palabras que se apliquen a usted:

Despreciable, inútil, "un don nadie", "una vida vacía", inadecuado, tonto, incompetente, ingenuo, "no puede hacer nada bien", culpable, diabólico, inmoral, pensamientos horribles, hostil, lleno de odio.

Ansioso, agitado, cobarde, no afirmativo, lleno -

de pánico, agresivo.

Feo, deforme, desagradable, repulsivo.

Deprimido, solitario, sin amor, incomprendido, --  
aburrido, cansado.

Confuso, inseguro, conflictivo, pesaroso.

Afectivo, simpático, inteligente, atractivo, seguro,  
considerado, otros:

n) Intereses actuales, pasatiempos y actividades:

o) ¿En qué ocupa la mayor parte de su tiempo libre?

p) ¿Cuál es su último grado escolar que completó?

q) Habilidades escolares: su fuerte y su debilidad:

r) ¿Siempre fué severamente importunado o constantemente fastidiado?

s) ¿Hace amigos fácilmente?

¿Mantiene la amistad?

#### 4. DATOS LABORALES.

a) ¿Qué clase de trabajo está usted desempeñando ahora?

b) ¿Qué tipo de trabajo tuvo en el pasado?

c) ¿Le satisface su trabajo actual? (Si "no", ¿En --  
qué está usted insatisfecho?)

d) ¿Cuánto gana? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto gasta? \_\_\_\_\_

e) Ambiciones:

Pasadas:

Presentes:

## 5. INFORMACION SEXUAL.

- a) Actitudes paternas hacia el sexo (P. Ej.: ¿Hubo instrucción sexual? o discusiones en la casa?)
- b) ¿Cuándo y cómo obtuvo su primer conocimiento acerca del sexo?
- c) ¿Cuándo llegó a tener conocimiento de sus propios impulsos sexuales?
- d) ¿Tuvo alguna experiencia de ansiedad o sentimientos de culpa surgidos por la masturbación? Si es así, por favor explique.
- e) Mencione cualquier detalle que considere relevante en su primera relación sexual o en las subsecuentes.
- f) ¿Es satisfactoria su vida sexual actual? (Si no - por favor explique).
- g) De información acerca de alguna reacción heterosexual y/o homosexual significativa:
- h) ¿Se inhibe usted sexualmente de alguna manera? Explique.

## 6. HISTORIA MENSTRUAL.

¿A qué edad tuvo usted su primera menstruación? \_\_\_\_\_

¿Tuvo alguna instrucción al respecto o representó un choque para usted?

¿Es usted regular?

Duración:

¿Tiene usted dolores?

Fecha del último período: \_\_\_\_\_  
 ¿Sus períodos afectan su estado de ánimo? \_\_\_\_\_

## 7. HISTORIA MATRIMONTAL.

¿Cuánto tiempo ha estado casado(a)? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo conoció a su pareja antes del matrimonio? \_\_\_\_\_

Edad del esposo (a): \_\_\_\_\_

Ocupación del esposo (a): \_\_\_\_\_

Personalidad del esposo (a) (describa con sus propias palabras)

¿En qué áreas hay compatibilidad?

¿En qué áreas hay incompatibilidad?

¿Cómo se ha llevado con sus parientes (incluyendo hermanos, hermanas, cuñados, cuñadas)?

¿Cuántos niños tiene?

Por favor enlístelos y diga edad y sexo.

¿Alguno de sus niños ha presentado problemas especiales?

¿Hay algún problema relevante en lo que respecta a un parto problemático o abortos?

De detalles de matrimonio (s) anterior (es):

## 8. DATOS FAMILIARES.

### a) Padre:

Vive o ya falleció: \_\_\_\_\_ Si ha muerto diga usted su edad al momento del deceso: \_\_\_\_\_

Causa (s) de la muerte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Si vive ¿Cuál es su edad? \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Salud: \_\_\_\_\_

¿Vive o ya falleció? \_\_\_\_\_ Si ha fallecido dé usted su edad al momento de su muerte: \_\_\_\_\_

Causa de la muerte: \_\_\_\_\_

Si vive ¿cuál es su edad actual? \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Salud: \_\_\_\_\_

c) Hermanos:

Número de hermanos: \_\_\_\_\_ Edades de los hermanos \_\_\_\_\_

Número de hermanas: \_\_\_\_\_ Edades de las hermanas \_\_\_\_\_

d) Relación con los hermanos:

Pasado:

Presente:

- e) Dé una descripción de la personalidad de su padre y sus actitudes hacia usted; en el pasado y actualmente.
- f) Dé una descripción de su madre sobre su personalidad y sus actitudes hacia usted; en el pasado y actualmente.
- g) ¿Cuándo niño, en qué forma fue castigado por sus padres?
- h) Dé una descripción de la atmósfera de su casa (P. Ej. La casa en que usted creció, mencione el estado de compatibilidad entre sus padres, y entre los padres y los hijos).
- i) ¿Fue usted capaz de confiar en sus padres?
- j) ¿Sus padres lo comprendían?

- k) ¿Básicamente sentía amor y respeto por sus padres?
- l) Si tuvo padrastro o madrastra, ¿Qué edad tenía usted cuando su padre o madre se casó nuevamente?
- m) Dé un bosquejo de su entrenamiento religioso?
- n) Si usted no fue criado por sus padres, ¿Quién lo crió y de qué edad a qué edad?
- o) ¿Hay alguien: padres, amigos o parientes, que hayan interferido o interfirieran en su matrimonio, ocupación, etc? explique:
- p) ¿Quién es la persona más importante en su vida? - ¿Por qué?
- q) ¿Alguien de su familia sufre alcoholismo, epilepsia o cualquier otra cosa que pueda ser considerada un "desorden mental"? Dé detalles.
- r) ¿Hay algunos otros miembros de su familia acerca de los cuales la información con respecto a enfermedades sea importante?
- s) Refiera cualquier miedo o experiencia angustiante no mencionada anteriormente.
- t) Enumere algunas situaciones que lo hagan sentirse - particularmente ansioso.
- u) Enumerelos
- v) Señale situaciones que lo hacen sentirse en calma o reflejado.
- x) ¿Ha perdido el control alguna vez, (cólera, llanto o agresión). Si es así, por favor descríbala:
- y) Por favor añada cualquier información no cubierta por este cuestionario que pueda ayudar a su terapia a entenderlo y ayudarlo.



## 9. AUTODESCRIPCIÓN:

Por favor complete las oraciones siguientes:

- a) Soy una persona que \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b) Toda mi vida \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c) Desde que era niño \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d) Una de las cosas que me hacen sentir orgullo -  
so (a) \_\_\_\_\_
- e) Me cuesta trabajo admitir que \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- f) Algo que no puedo perdonar es \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- g) Algo que me hace sentir culpable es \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- h) Si no tuviera que preocuparme por mi imagen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- i) Una forma de que la gente me lastime es \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- j) Mi madre siempre era \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- k) Lo que necesitaba de mi madre y nunca tuve fue \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- l) Mi padre siempre era \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- m) Lo que necesitaba de mi padre y nunca tuve fue \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- n) Si no tuviese miedo de ser yo mismo, probable-  
mente yo \_\_\_\_\_
- o) Una de las cosas que me tienen enojado es \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- p) Una de las cosas que necesito, pero nunca he recibido de un (a) hombre (mujer) es \_\_\_\_\_
- q) Lo peor de crecer es \_\_\_\_\_
- r) Una manera de ayudarme a mí mismo pero que no pongo en práctica es \_\_\_\_\_
10. a) Qué hay en su conducta actual que le gustaría modificar?
- b) Qué sentimientos desea usted alterar (incrementar o decrementar).
- c) Qué sensaciones son para usted especialmente:  
1. Agradables  
2. Desagradables.
- d) Describa una fantasía muy placentera.
- e) Describa una fantasía muy desagradable.
- f) ¿Cuál considera usted que es su pensamiento o idea más irracional?
- g) Describa cualesquiera relaciones interpersonales que le resulten más:  
1) Alegres:  
2) Tristes:
- h) ¿Qué características personales cree usted que debería poseer el terapeuta ideal.
- i) Cómo describiría usted las interacciones entre un terapeuta ideal y sus clientes.
- j) Qué beneficio cree usted que le traería una terapia y cuánto tiempo cree usted que debería durar la propia terapia.
- k) En pocas palabras ¿En qué piensa usted que debe consistir una terapia?

¿Cuál sería el retrato hablado que daría usted -  
de sí mismo?

¿Cuál sería el retrato hablado que su esposa (o)  
daría de usted?

¿Cuál sería el retrato hablado que usted haría -  
de su mejor amigo (a)?

¿Cuál sería el retrato hablado que haría de usted  
alguien a quien usted le disguste?

Si desea ampliar la información respecto a cual -  
quiera de los puntos tratados en cualquiera de -  
las hojas anteriores, hágalo en el espacio que --  
sigue.

AGRADECEMOS SU COLABORACION.

## ANEXO 11

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
 PLANTEL "ZARAGOZA"  
 U.N.A.M.

INVENTARIO DE AFIRMATIVIDAD DE  
 GAMBRILL Y RICHEY.

Mucha gente tiene dificultad para manejar situaciones en las que la conducta asertiva es necesaria: - por ejemplo, cuando alguien tiene que rechazar una petición, hacer a otro un cumplido, expresar aprobación o desaprobación, etc.

Por favor, indique su grado de incomodidad o ansiedad en el espacio que hay antes de cada situación, - utilizando la siguiente escala:

- 1 - NINGUNA INCOMODIDAD
- 2 - UN POCO DE INCOMODIDAD
- 3 - REGULAR INCOMODIDAD
- 4 - MUCHA INCOMODIDAD
- 5 - DEMASIADA INCOMODIDAD

/ /
Grado de Situación Probable Respuesta
incomodidad

- |       |   |       |
|-------|---|-------|
| _____ | 1. Rechazar una petición para prestar su automóvil. | _____ |
| _____ | 2. Elogiar a un amigo.                              | _____ |
| _____ | 3. Resistir la presión de un vendedor.              | _____ |
| _____ | 4. Pedir un favor a alguien.                        | _____ |
| _____ | 5. Rechazar una invitación a una reunión,           | _____ |
| _____ | 6. Disculparse cuando se está en un error.          | _____ |

Grado de incomodidad	Situación	Probable Respuesta
_____	7. Admitir tener miedo, y pedir <u>tolerancia</u> .	_____
_____	8. Informar a una persona relacionada íntimamente con Ud; que ella - ha dicho algo, que a Ud. mismo le molesta.	_____
_____	9. Preguntar el tener una duda.	_____
_____	10. Admitir ignorancia en alguna área.	_____
_____	11. Rechazar una petición para prestar dinero.	_____
-----	12. Pregunte cosas íntimas.	_____
_____	13. Callar a un amigo hablantín.	_____
_____	14. Pedir una crítica constructiva.	_____
_____	15. Iniciar una conversación con extraños.	_____
_____	16. Elogiar a una persona involucrada sentimentalmente con Ud. o en quien Ud. está interesado (a)	_____
_____	17. Pedir una reunión o una cita con - alguien.	_____
_____	18. Si una petición inicial suya es rechazada, pedirla para una ocasión - posterior.	_____
_____	19. Admitir confusión sobre un punto - en discusión, solicitando su aclaración.	_____
_____	20. Solicitar un empleo.	_____
_____	21. Preguntar si ha ofendido a alguien	_____
-----	22. Decir a alguien lo que Ud. desea de él.	_____

Grado de incomodidad	Situación	Probable Respuesta
-------------------------	-----------	--------------------

- |       |  |       |
|-------|--|-------|
| _____ | 23. Pedir el servicio esperado - cuando éste no llega (por ejemplo en un restaurante). | _____ |
| _____ | 24. Discutir con las personas abiertamente las críticas a su conducta.                 | _____ |
| _____ | 25. Rechazar cosas defectuosas en tiendas etc.   | _____ |
| _____ | 26. Expresar una opinión que difiere, de aquella de las personas con quienes se habla. | _____ |
| _____ | 27. Resistir insinuaciones normales cuando no se está interesado (a)                   | _____ |
| _____ | 28. Decirle a una persona lo injusta que ella ha sido.                                 | _____ |
| _____ | 29. Aceptar una cita.  | _____ |
| _____ | 30. Dar a alguien buenas noticias sobre Ud.  | _____ |
| _____ | 31. Resistir la presión para beber.  | _____ |
| _____ | 32. Resistir una petición injusta de alguien a quien Ud. estima.                       | _____ |
| _____ | 33. Dejar un trabajo.  | _____ |
| _____ | 34. Resistir la presión para retratarse.   | _____ |
| _____ | 35. Discutir de una manera franca las críticas que le hagan a su trabajo.              | _____ |
| _____ | 36. Solicitar el regreso de cosas que prestó.  | _____ |
| _____ | 37. Aceptar cumplidos y elogios.   | _____ |

Grado de incomodidad	Situación	Probable Respuesta
_____	38. Continuar conversando con alguien con quien no estamos de acuerdo.	_____
_____	39. Decir a un amigo o compañero de trabajo, que ha dicho o hecho algo que a Ud. le molestó.	_____
_____	40. Pedir a una persona que le molesta en una situación pública, que deje de hacerlo.	_____

Muy bien, Ahora que ha terminado esta primera parte, lea la lista de situaciones por segunda vez y, después de cada situación, indique la probabilidad de que ejecute la conducta si llega a presentarse realmente en su vida la oportunidad, así como la probabilidad con que ha respondido si tales situaciones--ya han ocurrido. Por ejemplo: si Ud. rara vez se excusa cuando se equivoca, debe marcar un "cuatro" (4) después de esa situación (columna de la derecha). - Utilice la escala siguiente:

1. Significa "Siempre lo hago"
2. Significa "Usualmente lo hago"
3. Significa "Lo hago la mitad de las veces"
4. Significa "De vez en cuando lo hago"
5. Significa "Nunca lo hago."

Importante: Para que sus respuestas no se contaminen con las anteriores, tape la columna izquierda con una plantilla de papel.

Finalmente, encierre en un círculo el número de la situación que le gustaría manejar más acertivamente (afirmativamente) en el futuro.

## ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

## PLANTEL "ZARAGOZA"

U. N. A. M.

## ESCALA DE FELICIDAD MATRIMONIAL.

Esta escala intenta estimar la felicidad ACTUAL, de su matrimonio en cada una de las diez dimensiones señaladas. Encierre en un círculo uno de los números - (del 1 al 10) a la derecha de cada una de las áreas señaladas. Los números hacia la izquierda revelan al gún grado de infelicidad, en tanto que los de la derecha indican algún grado de felicidad. Antes de evaluar cada área hágase la siguiente pregunta:

"Si mi pareja continúa actuando en el futuro como la ha actuado HOY con respecto a esta área, ¿qué tan feliz seré con ESTA AREA ESPECIFICA DE NUESTRO MATRIMONIO?"

En otras palabras, evalúe en la escala como se siente usted HOY, EXACTAMENTE HOY, Trate de excluir todos los sentimientos de ayer y concéntrese solamente en los sentimientos de HOY, en cada una de las áreas maritales. Trate también de no permitir que su evaluación de UNA CATEGORIA influya en los resultados de las OTRAS.

---

Responsabilidad Hogareña	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Crianza de los niños	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Actividades Sociales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dinero	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Comunicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Progreso Académico u ocupacional	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Independencia Personal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



*Independencia del cónyuge*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*Felicidad General*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

PLANTEL "ZARAGOZA"

U. N. A. M.

METAS DEL TRATAMIENTO:

Abajo encontrará usted una larga lista de conductas. - Revise cuidadosamente cada una y subraye aquella que le gustaría aprender durante su proceso de Terapia.

1. Dejar de beber tanto.
2. Dejar de fumar tanto.
3. Dejar de comer tanto.
4. Controlar la atracción que siento por los miembros de mi mismo sexo.
5. Superar la sensación de náusea cuando estoy nervioso.
6. Controlar la atracción que siento por ponerme ropa del sexo opuesto.
7. Dejar de pensar cosas que me deprimen.
8. Dejar de pensar cosas que me ponen ansioso.
9. Sentirme menos ansioso ante multitudes o ante grupos.
10. Sentirme menos ansioso en lugares altos.
11. Dejar de preocuparme por mi condición física.
12. Sentirme menos ansioso en los aviones.
13. Dejar de tartamudear.
14. Dejar de lavarme las manos tan frecuentemente.
15. Dejar de limpiar y de ordenar las cosas con tanta frecuencia.
16. Dejar de morderme las uñas.
17. Cuidar más mi apariencia física.
18. Sentirme menos ansioso en espacios cerrados.
19. Sentirme menos ansioso en espacios abiertos.
20. Sentirme menos temeroso del dolor.
21. Sentirme menos ansioso de la contaminación o de los gérmenes.

22. Dejar de tener los mismos pensamientos una y otra vez.
23. Dejar de oír voces.
24. Dejar de pensar que la gente está en mí contra o que me persiguen.
25. Dejar de ver cosas extrañas.
26. Dejar de mojar la cama en las noches.
27. Dejar de tomar tanta medicina.
28. Dejar de tomar tantos calmantes.
29. Dejar de consumir droga.
30. Dejar de tener dolores de cabeza.
31. Controlar mi impulso al juego con apuestas.
32. Ser capaz de dormir en la noche.
33. Controlar mis deseos de exhibirme desnudo.
34. Controlar mi deseo de herir a alguien.
35. Controlar mis sentimientos sexuales por los niños pequeños.
36. Controlar mi atracción sexual por la ropa o pertenencias de la gente.
37. Controlar mi deseo de ser lastimado.
38. Controlar mi deseo de robar.
39. Controlar mi tendencia a mentir.
40. Dejar de soñar despierto con tanta frecuencia.
41. Controlar mis ganas de golpear o de gritar cuando estoy molesto.
42. Manejar mejor el dinero de tal forma que tenga lo suficiente para lo que realmente necesito.
43. Dejar de decir cosas "locas" a otras personas.
44. Cómo llevar una conversación con otra persona.
45. Sentirme más cómodo llevando una conversación con otra persona.
46. Dejar de pensar en suicidarme.
47. Ser menos olvidadizo.
48. Controlar mi impulso de incendiar.
49. Conservar un trabajo fijo.
50. Sentirme cómodo en el trabajo.
51. Dejar de prometer cosas que no cumpliré.
52. Dejar de sentirme molesto por las críticas de otros.
53. Hablar con seguridad cuando siento que estoy en lo correcto.
54. Dejar de aplazar cosas que necesito hacer.

55. Dejar de pensar tanto en cosas que me hacen sentir culpable.
56. Sentirme menos ansioso cuando mi trabajo está siendo supervisado.
57. Sentirme menos ansioso por tener pensamientos sexuales.
58. Sentirme menos ansioso por besar.
59. Sentirme menos ansioso por acariciar.
60. Sentirme menos ansioso por tener relaciones sexuales.
61. Ser capaz de tomar decisiones cuando tenga que hacerlo.
62. Sentirme natural al estar con un grupo de personas.
63. Sentirme natural al platicar con un grupo de personas.
64. Dejar de estar "fregando" a la gente con tanta frecuencia.
65. Sentirme menos ansioso en relación a \_\_\_\_\_
66. Controlar mi deseo de \_\_\_\_\_
67. Sentirme menos culpable por \_\_\_\_\_
68. Cambiar mi \_\_\_\_\_

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
ZARAGOZA U.N.A.M.

## INVENTARIO DE TEMORES

ANEXO 14

## PROGRAMA DE CLINICA II

A continuación encontrará Ud. una serie de cosas y experiencias que pueden causar miedo y otras sensaciones desagradables. Imagínese frente a cada una de esas situaciones y coloque el número de cada reactivo en alguna de las 5 columnas de la derecha, LA QUE MEJOR DESCRIBA QUE TANTO LE PERTURBA DICHA SITUACIÓN EN SU VIDA ACTUAL.

1. Ruido de aspiradoras
2. Heridas abiertas
3. Estar solo (a)
4. Estar en un lugar extraño
5. Voces altas
6. Personas muertas.
7. Hablar en público
8. Cruzar las calles.
9. Gente que parece loca.
10. Caer.
11. Automóviles.
12. Ser embromado o importunado.
13. Dentistas.
14. Truenos.
15. Sirenas.
16. Fracaso.
17. Entrar en un lugar donde otros están sentados.
18. Lugares altos.
19. Mirar hacia abajo, desde edificios altos.
20. Gusanos.
21. Criaturas imaginarias.
22. Desconocidos
23. Recibir inyecciones.
24. Murciélagos
25. Viajes en tres.
26. Viajes en automóvil.

27. Viajes en automóvil.
28. Sentir cólera o furia.
29. Gente con autoridad.
30. Insectos voladores.
31. Ver inyectar a otra persona.
32. Ruidos repentinos.
33. Tiempo nublado.
34. Multitudes.
35. Espacios largos y abiertos.
36. Gatos.
37. Una persona amenazando a otra.
38. Gente con apariencia de maleante.
39. Pájaros.
40. Ver aguas profundas.
41. Ser observado al trabajar.
42. Animales muertos.
43. Armas.
44. Suciedad.
45. Insectos que se arrastran.
46. Gente fea.
47. Ver pelear.
48. Fuego.
49. Gente enferma.
50. Perros.
51. Ser criticado.
52. Figuras extrañas.
53. Estar en un elevador.
54. Presenciar operaciones.
55. Gente enojada.
56. Ratones.
57. Sangre humana.
58. Sangre de animales.
59. Partida de amigos.
60. Lugares cerrados.
61. Perspectiva de ser operado.
62. Sentirse rechazado por otros.
63. Aviones.
64. Olores a medicina.
65. Sentirse desaprobado.
66. Serpientes inofensivas.
67. Comentarios.
68. Ser ignorado.

69. Oscuridad.
70. Perdersse el ritmo cardíaco.
71. Hombre desnudo.
72. Mujer desnuda.
73. Relámpago.
74. Médicos.
75. Personas deformes.
76. Cometer errores.
77. Parecer bobo.
78. Tener náuseas.
79. Perder el control.
80. Desmayarse.
81. Arañas.
82. Ser responsabilizado para tomar decisiones.
83. Vista de cuchillos y objetos cortantes.
84. Convertirse en enfermo mental.
85. Estar con un hombre.
86. Estar con una mujer.
87. Presentar exámenes escritos.
88. Ser tocado por otros.
89. Sentirse diferente a otros.
90. Silencios en la conversación.

## ANEXO 15

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
Z A R A G O Z A

## IRRATIONAL BELIEVE TEST

Este es un inventario que pretende investigar la forma en que usted piensa y siente acerca de varias cosas. Encontrará una serie de afirmaciones con las cuales usted puede estar en acuerdo o en desacuerdo. A la derecha de cada afirmación encontrará los números del 1 al 5. Usted deberá encerrar en un círculo el número que mejor describa su reacción ante cada una de las afirmaciones.

1. Significa: COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
2. Significa: MODERADAMENTE EN DESACUERDO
3. Significa: NI ACUERDO NI DESACUERDO
4. Significa: MODERADAMENTE DE ACUERDO
5. Significa: TOTALMENTE DE ACUERDO

No es necesario pensar mucho sobre cada reactivo. -- Marque su contestación rápidamente y siga hacia la siguiente afirmación. Asegúrese de marcar como REALMENTE SIENTE acerca de la afirmación y no como usted cree que DEBERIA SENTIR. Trate de evitar las respuestas con número 3 o neutrales lo más que sea posible.

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Es muy importante para mí que otros me aprueben.                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Odio fracasar en algo.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. La gente que comete errores, merece lo que le pasa.                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Usualmente acepto lo que sucede filosóficamente.                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Si una persona quiere, puede ser feliz bajo casi cualquier circunstancia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Tengo miedo de algunas cosas que a menudo me molestan.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 7. Frecuentemente voy retrasando decisio -<br>nes importantes   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Todos necesitan depender de alguien pa -<br>ra pedirle ayuda y consejo.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. "El que nace para maceta, del corredor<br>no pasa"   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Siempre hay una forma correcta para ha -<br>cer cualquier cosa.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Me gusta que me respeten pero no me es -<br>necesario.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Evito cosas que no puedo hacer bien.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Muchas personas malvadas escapan del -<br>castigo que merecen.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Las frustraciones no me molestan  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Las personas no se perturban por las si -<br>tuaciones, sino por lo que piensan de -<br>ellas.              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Siento muy poca ansiedad por "lo que -<br>pudiera ocurrir" de peligroso o inespe -<br>rado.                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Siempre trato de salir adelante y dejar<br>terminadas las tareas desagradables -<br>cuando se me presentan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Trato de consultar con un experto an -<br>tes de tomar decisiones importantes.                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Es casi imposible vencer las influen -<br>cias del pasado.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. No hay una solución perfecta para algo.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Quiero que todos me estimen.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. No pretendo competir en actividades -<br>donde otros son mejores que yo.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Los que se equivocan, merecen ser censu -<br>rados.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Las cosas deberían ser diferentes de -<br>como son.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Yo causo mis propios estados de ánimo.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. No puedo olvidarme de mis preocupacio -<br>nes.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Evito enfrentar mis problemas.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. La gente necesita una fuente de poder -<br>fuera de ella misma.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

29. Si algo afecta fuertemente tu vida alguna vez, no significa que tenga que seguir haciéndolo en el futuro. 1 2 3 4 5
30. Rara vez hay una solución fácil a las dificultades de la vida. 1 2 3 4 5
31. Puedo estar en paz conmigo mismo aunque otros no lo estén. 1 2 3 4 5
32. Me gusta triunfar en algo pero no siento que esto sea necesario. 1 2 3 4 5
33. La inmoralidad debe ser fuertemente castigada. 1 2 3 4 5
34. Frecuentemente me molesto por situaciones que no me agradan. 1 2 3 4 5
35. Las gentes miserables se han hecho miserables a sí mismas. 1 2 3 4 5
36. Si no puedo impedir que algo suceda, no me preocupo por eso. 1 2 3 4 5
37. Usualmente tomo decisiones lo más rápidamente que puedo. 1 2 3 4 5
38. Hay ciertas personas de las cuales dependo mucho. 1 2 3 4 5
39. La gente sobrevalora la influencia del pasado. 1 2 3 4 5
40. Siempre tendremos algunos problemas. 1 2 3 4 5
41. Si le caigo mal a alguien, el problema es suyo, no mío. 1 2 3 4 5
42. Es importante para mí tener éxito en todo lo que hago. 1 2 3 4 5
43. Rara vez culpo a la gente por sus errores. 1 2 3 4 5
44. Usualmente acepto las cosas como son, aunque no me gusten. 1 2 3 4 5
45. Una persona no está triste o enojada por mucho tiempo. 1 2 3 4 5
46. No puedo tolerar el probar fortuna. 1 2 3 4 5
47. La vida es demasiado corta para gastar la en tareas poco placenteras. 1 2 3 4 5
48. Me gusta sostenerme en mis propios pies. 1 2 3 4 5
49. Cada problema tiene una solución correcta. 1 2 3 4 5

50. Si hubiera tenido diferentes experiencias yo sería más como me hubiera gustado ser. 1 2 3 4 5
51. Encuentro difícil estar en contra de lo que los otros piensan. 1 2 3 4 5
52. Soy feliz en algunas actividades por que me gustan sin importarme si soy bueno en ellas. 1 2 3 4 5
53. El miedo al castigo ayuda a la gente a ser buena. 1 2 3 4 5
54. Si las cosas me molestan, las ignoro. 1 2 3 4 5
55. Mientras más problemas se tengan, me nos feliz será uno. 1 2 3 4 5
56. Rara vez me preocupo por el futuro. 1 2 3 4 5
57. Rara vez abandono las cosas. 1 2 3 4 5
58. Soy el único que puede realmente resolver mis problemas. 1 2 3 4 5
59. Rara vez pienso que las experiencias pasadas me están afectando ahora. 1 2 3 4 5
60. Vivimos en un mundo incierto y de probabilidad. 1 2 3 4 5
61. Aunque la aprobación de los demás me gusta, no es una necesidad para mí. 1 2 3 4 5
62. Me molesta que otros sean mejores que yo en algo. 1 2 3 4 5
63. Todos son básicamente buenos. 1 2 3 4 5
64. Hago lo que quiero para conseguir lo que quiero sin sentirme culpable por ello después. 1 2 3 4 5
65. Nada es en sí mismo molesto: la molestia depende de como se interprete el fenómeno. 1 2 3 4 5
66. Me preocupo demasiado por cosas futuras. 1 2 3 4 5
67. Me es difícil hacer tareas desagradables. 1 2 3 4 5
68. Me desagrada que otros tomen mis decisiones. 1 2 3 4 5
69. Somos esclavos de nuestra historia personal. 1 2 3 4 5
70. Es raro encontrar una solución perfecta para algo. 1 2 3 4 5

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 71. A menudo me preocupo por que tanto me aprueba o me acepta la gente.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 72. Me molesta muchísimo cometer errores.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 73. Es injusto que "paguen justos por pecadores".  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 74. Me gusta el camino fácil de la vida.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 75. La mayoría de la gente debería enfrentarse a los aspectos poco placenteros de la vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 76. Algunas veces no puedo eliminar mis temores.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 77. La vida fácil es muy rara vez recomendable.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 78. Es fácil buscar consejo.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 79. Si algo afectó tu vida alguna vez, siempre lo hará.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 80. Es mejor buscar una solución práctica que una perfecta.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 81. Estoy muy interesado en los sentimientos de la gente hacia mí.                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 82. Frecuentemente me irrito por pequeñas cosas.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 83. Con frecuencia doy a quien se equivoca una segunda oportunidad.                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 84. Me disgusta la responsabilidad.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 85. Nunca hay razón para permanecer congojado por mucho tiempo.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 86. Casi nunca pienso en cosas como la muerte o la guerra atómica.                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 87. Las personas son más felices cuando se enfrentan a desafíos o problemas que vencer.    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 88. Me disgusta tener que depender de alguien.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 89. En el fondo, la gente nunca cambia.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 90. Siento que yo debería manejar las cosas en la forma correcta.                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 91. Es molesto ser criticado pero no es catastrófico.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 92. Tengo miedo a las cosas que no puedo hacer bien.                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

93. Nadie es malo, aunque sus actos parecen serlo. 1 2 3 4 5
94. Rara vez me transtornan los errores de otros. 1 2 3 4 5
95. El hombre hace su propio infierno dentro de sí mismo. 1 2 3 4 5
96. Frecuentemente me descubro planeando lo que haré en ciertas situaciones peligrosas. 1 2 3 4 5
97. Si algo es necesario, lo hago; por muy poco placentero que resulte. 1 2 3 4 5
98. He aprendido a no esperar que algún otro esté muy interesado en mi bienestar. 1 2 3 4 5
99. Yo no miro al pasado con remordimientos. 1 2 3 4 5
100. No hay nada parecido a "un conjunto ideal de circunstancias". 1 2 3 4 5

G r a c i a s

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
ZARAGOZA. U.N.A.M.

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD  
DE WILLOUGHBY

PROGRAMA DE CLINICA II

INSTRUCCIONES: Las preguntas de este cuestionario intentan indicar varias características emocionales de una personalidad. No es un "test" en ningún sentido, puesto que no existen respuestas "correctas" o "equivocadas". Después de cada pregunta encontrará Ud. una lista de números cuyo significado se indica en las líneas abajo. Todo lo que Ud. tiene que hacer es encerrar en un círculo el número que mejor describa sus características personales.

- 0 significa "NO", "NUNCA", "DE NINGUNA MANERA", ETC. -  
1 significa "UN POCO", "ALGUNAS VECES", "ALGO", ETC.  
2 significa "CASI LA MITAD DE LAS VECES", "SI Y LAS OTRAS NO", ETC.  
3 significa "USUALMENTE", "BASTANTE", "A MENUDO".  
4 significa "PRACTICAMENTE SIEMPRE", "DEL TODO", ETC.

1. ¿Se pone ansioso si tiene que hablar o hacer cualquier cosa. 01234
2. ¿Se preocupa si hace el ridículo o si siente que ha parecido un tonto. 01234
3. ¿Le lastima fácilmente lo que alguna gente le haga o le diga. 01234
4. ¿Permanece aislado en las situaciones sociales? 01234
5. ¿Tiene cambios de humor que no puede explicar? 01234
6. ¿Se siente incómodo cuando conoce gente nueva? 01234
7. ¿Sueña despierto frecuentemente? 01234

8. ¿Dice cosas de prisa y después se arrepiente? 01234
9. ¿Se desanima fácilmente por fracaso o por crítica? 01234
10. ¿Constantemente se siente perturbado por la mirada de otra persona? 01234
11. ¿Llora fácilmente? 01234
12. ¿Le molesta que halla gente observándolo en su trabajo aunque lo esté haciendo bien? 01234
13. ¿La crítica lo hiere mucho? 01234
14. ¿Cruza Ud. la calle para evitar encontrarse con alguien? 01234
15. ¿En una recepción, se aparta para evitar encontrarse con el personaje importante? 01234
16. ¿A menudo se siente completamente miserable? 01234
17. ¿Duda en intervenir en una discusión o un debate con un grupo de gente a quien Ud. más o menos no conoce? 01234
18. ¿Tiene sensación de aislamiento estando, o no con otra gente? 01234
19. ¿Se cohibe frente a sus superiores (jefes, maestros, autoridades)? 01234
20. ¿Carece de confianza en su habilidad para hacer cosas y enfrentarse a nuevas situaciones? 01234
21. ¿Se siente cohibido respecto a su apariencia, aún cuando este bien vestido y arreglado? 01234
22. ¿Se atemoriza ante la vista de la sangre, herida y destrucción, aún cuando no haya peligro para usted? 01234
23. ¿Siente que otras personas son mejores que Ud.? 01234
24. ¿Es difícil para Ud. decidirse? 01234

Gracias.

## FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle Número Colonia Z.P.

Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Por quién fué referido: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Nombre del Responsable: \_\_\_\_\_

Nombre del Asesor: \_\_\_\_\_



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
ZARAGOZA. U.N.A.M.

PSICOLOGIA

PROGRAMA DE CLINICA II

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK Y COLS.

A continuación encontrará usted una serie de cuadros con frases que nos indican diferentes grados de Depresión. Por favor, encierre en un círculo el número de la frase que describa mejor la forma en que usted se siente actualmente.

---

A. ESTADO DE ANIMO

0. No me siento triste
  1. Me siento triste o melancólico
  - 2a. Estoy triste o melancólico todo el tiempo y no puedo evitarlo.
  - 2b. Soy tan triste o desdichado que es muy doloroso.
  3. Soy tan triste o desdichado que no puedo tolerarlo.
- 

B. PESIMISMO

0. No estoy particularmente pesimista o desalentado con respecto al futuro.
  1. Me siento desalentado con respecto al futuro.
  - 2a. Siento que no tengo nada que perseguir en el futuro.
  - 2b. Siento que nunca podré salir de mis problemas.
  3. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.
-

### C. SENTIMIENTO DE FRACASO

0. No me siento fracasado
  1. Siento que he fracasado más que la persona promedio.
  - 2a. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo.
  - 2b. Cuando me pongo a ver lo que ha sido mi vida, solo encuentro una serie de fracasos.
  3. Siento que soy un completo fracaso como persona.
- 

### D. FALTA DE SATISFACCION

0. No estoy particularmente insatisfecho
  - 1a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo.
  - 1b. No disfruto de las cosas en la misma forma que antes.
  2. Nunca volveré a obtener satisfacción de nada.
  3. Estoy insatisfecho con todo.
- 

### E. SENTIMIENTO DE CULPA

0. No me siento particularmente culpable
  1. Me siento malo o indigno una buena parte del tiempo.
  - 2a. Me siento bastante culpable.
  - 2b. Me siento malo o indigno prácticamente todo el tiempo.
  3. Me siento como si fuera muy malo o despreciable.
- 

### F. SENTIMIENTO DEL CASTIGO

0. No siento que esté siendo castigado
1. Tengo el sentimiento de que algo malo puede sucederme.
2. Siento que estoy siendo castigado o que sere castigado.

3a. Siento que merezco ser castigado

3b. Quiero ser castigado

## G. ODIIO A SI MISMO

- 0. No me siento desilusionado de mi mismo
- 1a. Me siento desilusionado de sí mismo
- 1b. No me gusto a mí mismo
- 2. Estoy disgustado conmigo mismo
- 3. Me odio a mí mismo

## H. AUTOACUSACIONES

- 0. No siento que yo sea peor que las demás personas.
- 1. Me critico mucho a mí mismo por mi debilidad o mis errores.
- 2a. Me culpo a mí mismo por todo lo que sale mal.
- 2b. Siento que tengo muchos malos defectos.
- 3. Siento que no sirvo para nada

## I. DESEOS AUTOPUNITIVOS

- 0. No tengo ninguna intención de dañarme.
- 1. He pensado dañarme a mí mismo pero no lo llevaría a cabo.
- 2a. Pienso que estaría mejor muerto.
- 2b. Tengo planes definidos para cometer suicidio.
- 2c. Pienso que mi familia estaría mejor si ya muriera.
- 3. Me mataría a mí mismo si pudiera

## J. BROTES DE LLANTO

0. No lloro más que lo usual
  1. Ahora lloro más de lo que acostumbraba
  2. Ahora lloro todo el tiempo. No puedo detenerme
  3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aunque quiera.
- 

## K. IRRITABILIDAD

0. No me irrito más ahora de lo que siempre lo he hecho.
  1. Ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes.
  2. Me siento irritado todo el tiempo.
  3. Las cosas que usualmente me irritaban ya no consiguen hacerlo ahora.
- 

## L. AISLAMIENTO SOCIAL

0. No he perdido interés en otras personas
  1. Estoy menos interesado en otras personas de lo que era usual.
  2. He perdido mucho interés en la gente y me preocupa poco lo que les suceda.
  3. He perdido todo mi interés en la gente y no me preocupa nada de lo que les pase.
- 

## M. INDECISION

0. Tomo decisiones tan bien como siempre
  1. Estoy menos seguro de mí mismo ahora y trato de evitar tomar decisiones.
  2. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.
  3. En ningún caso puedo tomar ningún tipo de decisión.
-

## N IMAGEN CORPORAL

0. No siento que me vea peor ahora que antes.
  1. Me preocupa el que yo parezca viejo o poco atractivo.
  2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y ellos me hacen parecer poco atractivo.
  3. Siento que soy feo o repulsivo a la vista.
- 

## O. INHIBICION DEL TRABAJO

0. Puedo trabajar tan bien como antes
  - 1a. Tengo que esforzarme más para comenzar a hacer algo.
  - 1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba
  2. Me cuesta muchísimo trabajo hacer algo
  3. De plano no puedo hacer nada
- 

## P. PERTURBACION DEL SUENO

0. Puedo dormir tan bien como antes
  1. Ahora despierto más cansado que antes
  2. Despierto una o dos horas más temprano que antes y es muy difícil que me vuelva a dormir.
  3. No puedo dormir más que cinco horas y me despierto muy temprano diariamente.
- 

## Q. FATIGABILIDAD

0. No me canso más que lo usual
  1. Me canso más fácilmente que antes
  2. Me cansa hacer algo
  3. Estoy muy cansado como para hacer algo
-

## BIBLIOGRAFIA

## B I B L I O G R A F I A

ALBERTI, R.E., "Assertiveness", ed. Impact Publishers Inc., San Luis Obispo, California.

BAGU, S., et al. "Familia y Sociedad; (Cuestionario-para una familia en crisis)", Buenos Aires Argentina ed. Tierra Nueva, 1975.

BARTOLOME, H E., "Brevisimo Manual del Terapeuta (TRE)", México. D.F. 1980. 54 pág. Mimeografiado.

CERVO A.L., BERVIAN P.A. "Metodología Científica", - Trad. Juan Guevara Rodriguez. Bogota Colombia, ed. - Mc. Graw-Hill Latinoamericana, 1980.

DELEGACION IXTAPALAPA, "Compendio Histórico, Geográfico y Poblacional de la Delegación Ixtapalapa", México, D.F., 1982, 148 pág. Mimeografiado.

DOLLARD, J. y MILLER, N., "Personalidad y Psicoterapia", Bilbao 1977 ed. Descles de Brower.

ELLIS, A., "Rational psychotherapy", Journal of general psychology, 1958.

ELLIS, A., "Reason and emotion in psychotherapy", New York: Lyle Stuart, 1962 (Also, New York: Citadel, - 1977)

ELLIS, A. "A new guide to rational living", Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1975 (Also, Hollywood, Calif.: Wilshire Books, 1975).

ELLIS, A., ABRAHMS, E. "Terapia Racional Emotiva", - trad por Haroldo Dies, ed. Pax-México, 1980.

ELLIS, A. Whitheley, "Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy". Brooks/Cole, series in counseling psychology, Monterrey California. 1979.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ZARAGOZA" U. N. A. M. "Antecedentes de la ENEP Zaragoza y de las Clínicas Multidisciplinarias Zaragoza", Sección de Salud Comunitaria y Clínicas Multidisciplinarias Zaragoza, México, D. F.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ZARAGOZA" U. N. A. M. "Manual de Organización, funciones y procedimiento Académico Administrativo de Clínicas Multidisciplinarias de la ENEP Zaragoza", México, D. F.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ZARAGOZA" U. N. A. M. "Manual para la elaboración del Informe final del Servicio Social", Secretaría Técnica de Servicio Social, México, D. F. 1980.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ZARAGOZA" U. N. A. M. "Programa de Servicio Social", Coordinación de Psicología, México, D. F.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ZARAGOZA" U. N. A. M. "Propuesta de Cambio del Plan de Estudios" de la carrera de Psicología, México, D. F., 1979.

JACOBSON E., "Aprenda a Relajarse", trad. por Luis F. Campos, ed. Ciencias de la Conducta, México, D. F. 1976.

MEICHENBAUM, D. "Cognitive Behavior Modification" ed. Plenum Press, New York, 1977.

RIMM C. D., MASTERS C. J., "Terapia de la Conducta", trad. por Alfonso Flores, ed. Trillas, México, D. F. 1980.

RUCH, L. F., ZIMBARDO, G. P., "Psicología y Vida", trad. por Jorge Brach, ed. Trillas, México, D. F. 1982.

SATIR V., "Psicoterapia Familiar Conjunta", trad. por Leopoldo Chagoya, ed. Prensa Médica Mexicana, México D. F. 1980.



SILVA J., "La guerra de los sexos", Ciclo de Conferencias, Instituto Mexicano de Psicoanálisis A.C., Mimeógrafado.

WOLPE J., "Práctica de la Terapia de la Conducta", - trad. Edgar Galindo, ed. Trillas, México, D.F. 1980.