



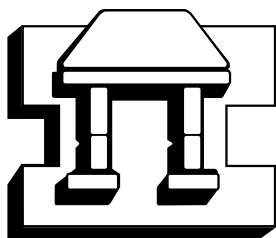
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

“REPORTE DE PRÁCTICA PROFESIONAL SOBRE
LA LABOR DEL PSICÓLOGO CLÍNICO DE LA SALUD
EN LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE SALUD INTEGRAL
ALMARAZ”

REPORTE DE PRÁCTICA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
FÁTIMA ESMERALDA MEJÍA MARMOLEJO

COMISIÓN DICTAMINADORA: LIC. BLANCA LEONOR ARANDA BOYZO
LIC. FRANCISCO JESÚS OCHOA BAUTISTA
LIC. EMILIANO LEZAMA LEZAMA



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS:

A Dios: Por ser su hija y por llenarme de fuerza y amor para terminar una de las metas más importantes de mi vida.

A mis padres:

Víctor Mejía: Por brindarme tu apoyo, amor y paciencia, gracias papá por creer y preocuparte por mí.

Rosa Marmolejo Ayala: Por tu amor, sabiduría y apoyo y porque nunca dudaste de mí, gracias mami por inspirarme en la fe en Dios y en mí misma.

A mi hermano:

Víctor Alfonso Mejía Marmolejo: Por compartir conmigo los dones del amor, paciencia y sabiduría que Dios te dio y por tu hermosa forma de ser, que fueron el ejemplo que me lleno de seguridad en mi carrera. Te amo mucho.

A mis abuelitos: Por llenarme de amor, encomendarme a Dios y estar siempre pendiente de mis necesidades, siempre anteponiéndolas a las suyas.

A mis tíos: Cada uno de ustedes fueron indispensables ejemplos de vida, me llenaron con amor y fortaleza, para prosperar en el camino de la felicidad.

A mis primos: En ustedes me inspire, porque me di cuenta de todas las capacidades y valores que tienen y que nunca dudaron en compartir conmigo.

A mi hermano:

Luis Manuel Marmolejo Ayala: por tu ejemplo de fuerza y decisión, pero sobre todo por tus ejemplos de amor.

A mi amor:

Carlos Araiza de la Cruz: Porque nunca me dejaste sola, siempre me apoyaste con amor e inteligencia, gracias por hacerme sentir especial.

A mis amigos: Porque compartimos alegrías, tristezas, enojos y creencias. Porque nuestra amistad sea para siempre.

A mi amiga:

Dulce Ma. Vernet Barajas: Porque siempre estuvimos luchando juntas y porque nuestra amistad llego más allá de lo académico. Gracias Dulce por compartirme de tu vida.

AGRADECIMIENTOS:

A mi asesora:

Lic. Blanca Leonor Aranda Boyzo: Por su paciencia y tolerancia. Gracias por compartir conmigo su experiencia, conocimientos y su tiempo, para lograr la culminación de este trabajo.

A mis sinodales:

Mtra. Leticia Hernández Valderrama, Mtra. Laura Palomino Garibay, Lic. Francisco Jesús Ochoa Bautista y Lic. Emiliano Lezama Lezama: Por sus valiosos comentarios y sugerencias, así como el tiempo dedicado a la revisión de este trabajo.

A todos mis profesores universitarios.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala: Por haberme formado profesional y humanamente, porque ahora soy: “de piel dorada y sangre azul”.

**FATY
2005**

INDICE

	PAG.
Resumen	1
Introducción	2

Capítulo 1. Psicología de la Salud

1.1 Antecedentes Históricos	5
1.2 ¿Qué es la Psicología Social de la Salud?	11
1.3 El Psicólogo Social de la Salud	21
1.3.1 Funciones del Psicólogo Social de la Salud	22
1.3.2 Técnicas Psicológicas que emplea el Psicólogo Social de la Salud	23

Capítulo 2. Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencias (PBIU)

2.1 ¿Qué es la PBIU?	28
2.2 Perfil básico de la PBIU	37
2.3 Proceso Terapéutico	38

Capítulo 3. El Psicólogo Clínico de la Salud en la CUSI Almaraz

3.1 Descripción y características de La CUSI Almaraz	41
3.2 Servicio de Psicología	44
3.3 Praxis del Pasante de Psicólogo Clínico de la Salud en la CUSI Almaraz	48
3.3.1 Servicio a la Comunidad	49

3.3.2 Servicio de Atención Psicológica	66
Conclusión	93
Referencias	102
Anexos	104

RESUMEN

El presente trabajo expone la labor del psicólogo clínico social de la salud dentro de una institución de salud (Clínica Universitaria de Salud Integral Almaraz), la inclusión del psicólogo en esta área promueve que se pongan en práctica diversas actividades propias del psicólogo, siempre con una actitud de promoción y prevención, lo cual conlleva la necesidad de orientar a las personas a que ejerciten hábitos y conductas que sean saludables y benéficas, de igual forma se pretende que eviten las conductas y hábitos que ponen en riesgo su vida. Todo esto con el fin de iniciar al paciente en una vida auto responsable con respecto a su salud.

Así se concluye que es necesario recurrir a la reeducación y reflexión del paciente con respecto a la concepción de la salud y su responsabilidad en ella, siendo necesario reconsiderar sobre el psicólogo y su labor dentro de este ámbito, de tal forma que el psicólogo no se vea inmerso en mitos y prejuicios que obstaculicen su labor. También, se acentúa la necesidad de apoyar las instituciones de salud, con el objetivo de que estas cuenten con recursos y un ambiente propicio para lograr el óptimo trato a los pacientes, asimismo se sugiere fomentar una conciencia a todo el personal especializado en la salud de un trato humano y respetuoso dirigido a los pacientes, a sabiendas de que el trato que estos ofrezcan es parte importante en el proceso de salud-enfermedad. Por último rescato la necesidad de darle mayor difusión y apoyo a algunos proyectos que encauza la CUSI Almaraz.

INTRODUCCIÓN

Cuando el paradigma biomédico se vuelve obsoleto da lugar a pensar en una reconstrucción urgente de la concepción de la salud que no sea dualista y no excluya a los factores psicológicos y sociales, pues debido a las necesidades actuales la salud debe ser vista desde otra perspectiva, la cual únicamente se puede comprender si se incluyen los aspectos: biológicos, psicológicos y sociales que conforman al ser humano. A raíz de esto comprendemos porque se puede relacionar ampliamente la psicología con el campo de la salud, pues las enfermedades tienen una íntima relación con los factores psicológicos y sociales, los cuales incluyen aspectos como: los hábitos, creencias, posturas, tabúes, estilos de vida de las personas, etc., qué mejor que la psicología que se especializa en el comportamiento de las personas sea quien de cuenta de estos aspectos, y sin duda al comprender el proceso de salud-enfermedad relacionado con los comportamientos y pensamientos de los individuos hará que el mismo proceso sea más factible para el psicólogo y para el paciente. Es por ello que la perspectiva que procura este trabajo es comprender que nosotros como personas podemos adquirir el control de nuestra salud o enfermedad dentro de lo cotidiano, es decir, podemos lograr una grata calidad de vida.

Lo anterior nos inicia en el tema de la salud y cómo ha sido indispensable acercarnos al trabajo que realiza el psicólogo dentro esta área. Para nuestra fortuna existen instituciones que integran las disciplinas en pro de la salud, tal es el caso de la Clínica Universitaria de Salud Integral “Almaraz”, la cual me brindó la oportunidad de desarrollar la presente práctica, dando pie a una experiencia profesional como psicóloga.

Por ende el presente trabajo pretende; enfatizar los conceptos y desarrollo teórico lo cual será de gran utilidad para la comprensión de la práctica profesional llevada a cabo en la CUSI “Almaraz” instancia de la UNAM, que cuenta con un programa multi e interdisciplinario. Con esta finalidad de comprender las características y el trabajo del psicólogo dentro del área de la salud, se procuró organizar la parte teórica dividiéndola en 2 breves y claros capítulos y un último capítulo destinado a describir propiamente la praxis del pasante de psicólogo de la salud en la Clínica Almaraz.

El primer capítulo hace referencia a los aspectos generales de la psicología de la salud, tales como: antecedentes históricos y la conceptualización y descripción básica de la función de la psicología social de la salud, con la finalidad de comprender como la psicología puede incursionar y desarrollarse en el campo de la salud siendo este “herencia de la medicina”. De igual forma, este capítulo hace referencia al trabajo del psicólogo social de la salud, describiendo entre otras cosas las funciones y técnicas que realiza el psicólogo como un profesional en esta área, pues gracias al reconocimiento del psicólogo social de la salud, este puede desempeñar diversas actividades haciendo uso de sus técnicas y conocimientos con el objetivo de cooperar en la evitación de futuras situaciones desagradables e insalubres.

El segundo capítulo contiene información sobre La Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencias (PBIU), debido a que una de las funciones más requeridas del psicólogo dentro de la Clínica Almaraz es la intervención psicológica, y en este caso los pasantes y estudiantes de psicología intervienen en sus sesiones haciendo uso de la PBIU, por ello se resaltan las características de esta psicoterapia.

Por último y no menos importante, el tercer capítulo es destinado a la experiencia profesional personal dentro de la Clínica Almaraz. En este apartado se podrá apreciar la función del psicólogo en cuanto a la organización, diseño, intervención, cooperación, etc., con la única meta de dar un servicio a una comunidad, basados en la idea de una nueva concepción de la salud la cual, como se menciona esta al alcance y es responsabilidad del paciente y no solo del psicólogo, médico o cualquier otro profesional de la salud, de esta manera esta Clínica contribuye al bienestar de un amplio sector de la comunidad de Cuautitlan y alrededores.

En esta parte se describen las actividades desarrolladas, que involucran la praxis dentro de la Clínica y fuera de ella, en la comunidad. También se verá plasmado el aprendizaje adquirido a través de la experiencia de realizar la misma práctica profesional, pues al desempeñar funciones específicas del ámbito de la salud se me brindó la oportunidad de mejorar como una futura profesionista.

Dado lo anterior el objetivo de este reporte de práctica profesional es: exponer el trabajo del psicólogo en el área de la salud con una duración de seis meses de experiencias y vivencias compartidas con pacientes y otros trabajadores de la salud, con el fin de reconsiderar y la oportunidad de analizar los aspectos que comprende el trabajo del psicólogo de la salud, lo anterior será considerado con nueva visión, la cual se formo a raíz de la vivencia de este papel, ya que ha diferencia de otras experiencias donde realizaba un papel pasivo de observadora, ahora al ser yo la que desarrolla el papel de psicólogo de la salud ha favorecido a un cambio de actitud en pro de una práctica profesional productiva, destacando la responsabilidad que representa la preparación del psicólogo ante el tener que responder a las demandas sociales. Por esta razón esta práctica permite un análisis reflexivo del significado del psicólogo a través del trabajo del mismo pero al mismo tiempo permite el desarrollo personal a través del conocimiento y el cariño que genera las actividades cotidianas del psicólogo.

CAP. 1 PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1 Antecedentes Históricos

Para abordar el importante tema de la psicología de la salud será necesario recordar brevemente los antecedentes históricos de la misma, gracias a ello será de gran facilidad comprender: ¿por qué la psicología de la salud?

Antiguamente la enfermedad era visualizada como producto de demonios u otras fuerzas sobrenaturales o espirituales las cuales controlaban a las persona (Oblitas y Becoña, 2000), para la alta y baja edad media adquirió campo el enfoque espiritualista de la enfermedad, siendo líder la Iglesia Católica en la práctica medica, la Iglesia entendió la curación como resultado de la fe y el arrepentimiento de los pecados; posteriormente durante el Renacimiento (en este periodo se vivió un especial interés por las ciencias) en Grecia, Roma y China se creía que los factores conductuales contribuían en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud, Matarazzo (1984, citado en: Buela y Caballo, 1991) encuentra un claro ejemplo de estos pensamientos en una frase de Demócrito que dice: “Los hombres ruegan a los dioses por su salud, ellos no se dan cuenta de que tienen el control de sí mismos” (Díaz-Guerrero, 1984, p.172, op. cit. 1991), por esta razón la medicina Griega creía esenciales los buenos hábitos y la evitación de los excesos dándose cuenta de que las personas tenían control de su salud, al lograr esta reflexión los Griegos dejan de lado el pensamiento mágico o el culpar a los dioses por su salud y comienzan a percibir a la salud como una mezcla armoniosa de los humores (sangre, flema, cólera, melancolía), la enfermedad la consideraban como una mezcla en desarmonía y el médico era visto como una guía que ayudaba a restaurar el equilibrio (Buela y Caballo, 1991), Amigo, Fernández y Pérez, (1998), mencionan que en Grecia antigua se pensaba que mente y cuerpo estaban unidos y que se influían recíprocamente, por ende se comprendía que la enfermedad derivaba de causas naturales y que la salud era resultado de la armonía del individuo con su exterior y consigo mismo, la enfermedad por su parte devenía de la ruptura de estas causas, afín a estas creencias en China se desarrollaba una cultura naturalista, en ella la enfermedad también se veía como fenómeno natural y se comprendía

por el balance de las fuerzas, mientras que la enfermedad aparecía debido al rompimiento de estas fuerzas, (Ej. calor, frío, etc.).

Como podemos apreciar, la enfermedad y la salud a lo largo del tiempo se han entendido y vivido de diferente manera, a sido un proceso resultado de los cambios y necesidades sociales, este proceso a su vez a generado que se consideren diversas posturas previas a la psicología de la salud; las cuales han tratado de ofrecer alternativas a la comprensión y tratamiento del proceso salud-enfermedad.

A continuación describiré el modelo biomédico como un pionero de la psicología de la salud.

Amigo, Fernández y Pérez (1998), mencionan que el principal representante del modelo biomédico fue René Descartes, quien planteo que lo físico y lo espiritual son realidades separadas, el cuerpo pertenece a la realidad física y la mente a la espiritual, por lo tanto el cuerpo era percibido como una máquina que se podía analizar en sus diferentes partes, por ende la enfermedad era el resultado del fallo de alguna parte de la máquina, omitiendo la importancia de los factores sociales y psicológicos, esta aseveración es el primer principio del modelo médico conocido como la doctrina del dualismo mente-cuerpo, el segundo y último principio destaca que el proceso de la enfermedad se limita a reacciones físicas y químicas, no obstante Engel (1997, citado en: Amigo, Fernández y Pérez, 1998), menciona 6 proposiciones por las cuales es insuficiente el modelo biomédico:

1. en el modelo biomédico el criterio fundamental para el diagnóstico de la enfermedad es la presencia de anormalidades bioquímicas, esto excluye que existen también otras condiciones que explican la enfermedad.
2. el diagnóstico del estado físico depende también de la información del paciente, lo cual pasa por alto el modelo biomédico prestando atención solo a cuestiones biológicas y químicas.
3. ignora la importancia de algunas situaciones que influyen la salud de las personas, como lo son, las situaciones estresantes.

4. los factores psicológicos y sociales son fundamentales para que la persona y los demás la conciban enferma; y esta estimación es la que lleva al paciente a acudir al médico, al no ver esto el modelo biomédico, le es insuficiente la explicación de porque las personas no buscan ayuda medica o porque no siguen las prescripciones medicas.
5. también puede fracasar tras la recuperación de la persona, dado que algunas consecuencias sociales o de hábitos pueden mantener la enfermedad.
6. el resultado del tratamiento es influido por la relación paciente-médico, ya que de este trato se deriva la cooperación del paciente; esta relación es de menor importancia en el modelo biomédico.

No obstante, este modelo ofreció grandes avances científicos rescatables aún en la actualidad, en el siglo XIX gracias al desarrollo de la teoría del germen y otros avances en inmunología, salud publica, patología y técnicas quirúrgicas, la salud de los individuos mejoro cuantitativa y cualitativamente, de igual forma en el siglo XX los avances de la medicina desarrollaron fármacos, vacunas y tecnología medica, aumentando con esto la importancia de la salud. Pese a que tradicionalmente el área de la salud pareciera ser exclusiva de los médicos, pues al hablar de salud por lo general se piensa en aspectos meramente físicos, dejando de fuera los aspectos psicológicos y sociales (Oblitas y Becoña, 2000), pero la psicología se relaciona con la salud física desde el comienzo del siglo XX, en 1911 la Asociación Psicológica Americana (APA) analizó el papel de la psicología en la medicina conviniendo que los estudiantes de medicina se beneficiarían con una instrucción en psicología, sin embargo, la mayoría de los colegios médicos rechazaron esta recomendación, en 1912, Watson (Ballester,1997, citado en: Dorantes y Viques, 2004) nuevamente dio énfasis a la necesidad de la formación psicológica en los médicos , para así ofrecer a los pacientes una intervención integral, no fue sino hasta 1978 que la APA, creo como una de sus divisiones (38), la Health Psychology (división de psicología de la salud) (Amigo, Fernández y Pérez, 1998), ya en 1990 los médicos dejaron de considerar a los psicólogos de la salud como meros consultores estadísticos, administradores de test o terapeutas con conocimientos limitado (Branon y Feist, 2000).

En lo que respecta a la medicina psicosomática, el término fue mencionado en 1918 por Heinroth (Reig, 1981, citado en: Amigo, Fernández y Pérez, 1998) con el pretendió dar cuenta de los procesos psicológicos y estructuras somáticas, y se entiende que analiza la relación entre los factores emocionales y psicológicos con las enfermedades físicas, es decir, explicar como los factores emocionales y psicológicos provocan enfermedades. Amigo, Fernández y Pérez (1998) aluden 2 momentos de evolución de la medicina psicosomática; el primero entre 1935 y 1960 tienen que ver con el psicoanálisis, en 1965 se advierte el segundo momento, en este se busca una base científica más sólida y se plantea la necesidad del desarrollo de técnicas terapéuticas más eficaces para las enfermedades psicosomáticas. Branon y Feist, (2000), mencionan a algunos fundadores de esta postura que formularon hipótesis con relación a lo psicosomático, por ejemplo, Helen Flanders Dunbar (1943, Branon y Feist, 2000), formuló la hipótesis de que existe una relación entre la personalidad y la enfermedad, por su parte Frans Alexander (1950, citado en: Oblitas y Becoña, 2000), relacionó los trastornos psicosomáticos con elementos de conflicto de carácter personal, sin embargo, el exponente que dio un cardinal impulso a la medicina psicosomática fue Sigmund Freud quien destacó la importancia de los factores psicológicos inconscientes en el desarrollo de síntomas de carácter físico. No obstante, como podemos apreciar, la medicina psicosomática cargo su interés al proceso de enfermedad, más que de la salud y la prevención de esta.

La medicina médica es otra postura previa a la psicología de la salud importante de mencionar, que según Asken (1979, citada en: Amigo, Fernández y Pérez, 1998), estudia los factores psicológicos que se relacionan con la salud física, enfermedad y su tratamiento a nivel del individuo, grupo y sistemas, sin embargo, el hecho de que la medicina médica no tiene una orientación teórica particular lleva a que puedan darse serias contradicciones al hacer uso de las diversas orientaciones teóricas.

Tocante a la medicina conductual, en 1973, se empleo al parecer por primera vez el dicho término y se define en Buela y Caballo (1991), como: el empleo de técnicas derivadas del análisis de la conducta, para la evaluación, prevención, entrenamiento o tratamiento de la enfermedad física o disfunción fisiológica, no obstante, en 1978, en la

conferencia de Yale, se definió la medicina conductual como: el campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo y la integración de la ciencia conductual y biomédica, así como con el conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y de la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y de estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (conferencia sobre medicina conductual, 1978). Esta definición como posteriormente podremos ver, es similar a la de la psicología de la salud, y fue usada en los años ochenta indiscriminadamente, no obstante Amigo, Fernández y Pérez, (1998), mencionan que no significan lo mismo, siendo una de las diferencias que la medicina conductual tiene una naturaleza interdisciplinaria mientras que la psicología de la salud es una rama de la psicología; en segundo lugar la medicina conductual, se centra en el tratamiento y rehabilitación del paciente y la psicología de la salud en la prevención, de forma análoga la medicina conductual también fue usada como sinónimo del **biofeedback*. Entendemos que la preocupación principal de la medicina conductual son las conductas de la salud y enfermedad, las contingencias que las mantienen y los cambios que habría que hacer en estas, emplea técnicas de modificación de conductas para la evaluación, prevención y tratamiento de la enfermedad, además de hacer uso del análisis funcional (op. cit., 1998).

Otra orientación que influyó en el desarrollo de la psicología de la salud fue la psicofisiología, que se define como el estudio de las bases fisiológicas de los procesos psicológicos, esta disciplina trata de explicar los procesos conductuales a partir de una interacción de los procesos biológicos y psicológicos para la experimentación de procesos como la motivación, emoción y consciencia (Buela y Caballo, 1991).

La medicina preventiva, también ha influido notablemente en el desarrollo de la psicología de la salud, como lo menciona Buela y Caballo (1991), el énfasis de la medicina preventiva se sitúa en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en lo cotidiano, esto ha ayudado a incrementar la expectativa de vida y a cambiar la causa de mortalidad, las cuales anteriormente era por gripe, infecciones, etc., y actualmente son por enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades crónicas del pulmón, etc.

**Biofeedback*. Palabra inglesa que significa bioalimentación.
Es el medio para ganar control de los procesos del cuerpo para aumentar la relajación y disminuir el dolor.

Más recientemente se discute sobre la delimitación de la psicología clínica y la psicología de la salud, para algunos autores al delimitar la psicología clínica y la psicología de la salud, se ve en la innecesaria creación de una nueva especialidad de la psicología de la salud (ej. Belloch, 1996, Botella, 1966, Echeburúa, 1996, etc., citado en: Amigo, Fernández y Pérez, 1998), para estos autores la psicología clínica puede ver por las funciones de las personas desde el ámbito de la psicología de la salud, y así no caer en reduccionismos dualistas, es decir la psicología clínica se debe dedicar a los trastornos emocionales y la psicología de la salud al tratamiento de enfermedades físicas, por su parte Gil y Luciano, 1996, así como, Pelechado, 1996, citado en: Amigo, Fernández y Pérez, 1998), en caso contrario argumentan que si existen razones para desligar la psicología clínica de la psicología de la salud y entre ellas destaca que para lograr una visión psicosocial se debe tener una visión unitaria de lo que es la psicología clínica y la psicología de la salud, ya que como se mencionó la psicología clínica se encamina a los problemas afectivos y emocionales, y esto en una interacción privada entre el paciente-psicólogo, lo cual limita el desarrollo de programas de intervención a nivel, escuelas, empleos, etc.

Por último como consecuencia de las dificultades que presentan algunos modelos surge el modelo biopsicosocial, el cual sostiene que los factores biológico, psicológicos y sociales, son determinantes en la salud-enfermedad, este modelo presta el mismo interés al proceso de salud como al de enfermedad, de igual forma este modelo considera que en el diagnóstico se deben de considerar los tres factores ya mencionados, se trata de ver el estado de salud de la persona de una forma global, también este modelo rescata la importancia de la relación médico paciente (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Como podemos apreciar a lo largo de este resumen de las diversas posturas que anteceden a la psicología social de la salud, esta última no debe entrar en debates infructuosos con respecto a los demás modelos, sino debe tomar lo propositivo de cada modelo pero también debe hacer cambios y propuestas que cubran las actuales necesidades sociales, un ejemplo de los beneficios que puede contraer la psicología social de la salud, es la reducción de los costos de la tecnología de la biomedicina, gracias a que la psicología de

la salud se enfocaría al cambio de hábitos y prevención de la salud. También pudimos observar que la enfermedad y la salud tienen mucho que ver con las prácticas culturales y terapéuticas según las diferentes épocas, no obstante, sabemos que dependiendo de la creencia que tengamos con respecto al fenómeno salud-enfermedad será la capacidad para enfrentarlo, ya que pese a que las creencias y prácticas cambian parece ser que siempre surge la necesidad de un trato holístico para las personas, de forma tal que al concebir la salud-enfermedad se debe considerar al ser humano con todas sus esferas que lo complementan.

En conclusión, vemos como la salud-enfermedad al dar un salto de lo sobrenatural a lo natural, emerge a la par la necesidad de involucrar a la psicología al campo de la salud, pese a su inicial rechazo por el celo médico, empero, los factores psicológicos siempre presentes en la salud-enfermedad dan cabida a la psicología, este primer paso abre nuevas visiones en torno a los varios factores que intervienen en la salud enfermedad, como Engel hipotetizó se debe dar la importancia a los factores psicológicos, sociales, culturales y biológicos de la enfermedad, argumentando que “el modelo médico debe tener en cuenta al paciente, el contexto social en el que vive y el sistema complementario utilizado por la sociedad para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad, esto es, el papel del médico y el sistema de cuidados de la salud” (Engel, 1977 p. 132, citado en Oblitas y Becoña, 2000).

1.2 ¿Qué es la Psicología Social de la Salud?

Gracias al anterior esbozo histórico damos cuenta del surgimiento de la Psicología de la Salud, como mencionan algunos autores como Stone (1979, citado en Oblitas y Becoña, 2000), Engel (1977, citado en Oblitas y Becoña, 2000) y Agras (1982, citado en Oblitas y Becoña, 2000), que los factores por los cuales emerge la psicología de la salud son: el cambio de concepto de salud, el cuestionamiento del modelo biomédico, el cambio en los patrones de enfermedad, cuestiones de índole económica y la madurez de la tecnología conductual, Amigo, Fernández y Pérez (1998) explican que la necesidad de un modelo holístico de la salud dio cabida a la psicología de la salud, estos autores enlistan 3

causas de tal surgimiento; la primera tiene que ver con la urgencia de un cambio en los servicios sanitarios, refiriéndose al incremento de las nuevas enfermedades crónicas producto de hábitos poco saludables; la segunda causa se refiere a la calidad de vida que se desea en el paciente, debido a que las enfermedades crónicas orillan al paciente a vivir con ellas por largos periodos; por último se vislumbra la importancia de la relación paciente-medico.

Siendo precisadas las razones del surgimiento de la psicología de la salud, será prudente esbozar sobre la conceptualización de este termino, a sabiendas de la existencia de varios autores que definen la psicología de la salud y con la finalidad de no redundar solo haré mención de algunos de estos; comencare por aludir a Matarazzo (1980, citado en: Phares, 1996), debido a que es un importante autor que habla sobre el tema de nuestro interés, él propone la siguiente definición: “... el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología para el fomento y preservación de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, así como la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas” (pág. 452). Sobre esta definición Amigo, Fernández y Pérez (1998), ven circunscritas las líneas de trabajo del psicólogo de la salud, que son: promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, etiología y correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones, y finalmente el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud, algunos de estos factores también retoman Branon y Feist (2000), al hablar del análisis y contribuciones de la Psicología de la Salud, mencionan: La Psicología de la Salud se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas, siendo las siguientes algunas de sus contribuciones: la prevención y el tratamiento de enfermedad, la identificación de factores de riesgo, mejoras del sistema sanitario y la influencia de la opinión pública asociada a aspectos sanitarios.

Por su parte, Buela y Carroles (1996, en Buela, Caballo y Sierra) aluden que la psicología de la salud es: “... el campo de la especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos o médicos, con la

principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad” (Pág. 8). Buela y Caballo (1991), señalan que en esta definición queda claro que a cualquier actividad de la psicología relacionada con cualquier aspecto de la salud, la enfermedad, el sistema de cuidado de la salud, o la formación de la salud debe ser considerada dentro del campo de la psicología de la salud.

Es importante mencionar que la psicología de la salud comprende áreas extensas, las cuales son: 1. La promoción y el mantenimiento de la salud, 2. La prevención y el tratamiento de la enfermedad, 3. Los factores asociados con el desarrollo de la enfermedad y 4. El sistema de cuidados de la salud y formulación de la política de cuidados de la salud. (Matarazzo, 1980, Krantz, Grunberg y Baum, 1985, Rodin y Salovey, 1989, citado en: Oblitas y Becoña, 2000), siendo entonces las tareas de los psicólogos de la salud la investigación, aplicación y formación (Weiss, 1982, citado en Oblitas y Becoña, 2000), preponderando la investigación por ser la que orienta a cuestiones de mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, posteriormente los resultados de estas investigaciones son aplicados a la clínica. Respecto al tratamiento, los psicólogos de la salud han creado nuevas estrategias de afrontamiento del dolor, entre otros padecimientos, así como la utilización de variadas técnicas para tratar enfermedades o trastornos diversos. También los psicólogos de la salud se han inmiscuido en trabajos de cuidados en la salud y la política de la salud, asesoran en cuestiones psicológicas a los distintos profesionales de la salud. Por último todas estas investigaciones se aplican a la prevención y tratamiento de la enfermedad.

Como consecuencia de los hechos históricos y de las diversas concepciones sobre la salud, la OMS (Organización Mundial de la Salud) tiene el propósito de promover las cuestiones que ven por la salud del mundo, tales como: compañías sanitarias, vacunas, programas de salud, etc. (Martínez, 1994, citado en De la Campa, 2004), por ello en 1994

conceptualiza la salud como un estado de bienestar, físico, mental y social completo y no solo la ausencia de enfermedad o invalidez. (Branon y Feist, 2000). Sin embargo, para muchos otros autores, esta definición es visualizada de forma muy hermética y argumentan que el ver la salud como un estado completo de bienestar podría ser una aseveración utópica y por lo tanto difícil de lograr, pues no puede existir un estado absoluto de salud, es por ello que autores como Terris (Martínez, 1994, citado en De la Campa, 2004), propone que la salud, es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente de ausencia de malestar o dolencia.

Por su parte como lo menciona Caballo, Buela y Sierra (1996), es un estado integral de bienestar, que implica sentirse bien consigo y con las relaciones con el entorno social y ambiental, por lo tanto para conseguir esto se debe poner atención a 3 factores: organismo, conducta y ambiente.

Las anteriores definiciones de salud y de la psicología de la salud coinciden en puntos importantes, tal es el caso de la definición de la salud que proporcionan la OMS, Terris y Caballo, Buela y Sierra, ellos destacan que la salud no solo se refiere a la ausencia de enfermedad o malestar sino a un estado de bienestar o capacidad de funcionamiento o sentirse bien consigo y con los demás, sabemos que este punto es el que le da un giro al como pensamos y vivimos el proceso de salud-enfermedad, siendo entonces el punto de reflexión para el trabajo de la salud el cual orienta a la reflexión de la auto-responsabilidad que los individuos tienen con su calidad de vida, de igual forma, dentro de los diferentes conceptos de la psicología de la salud, vemos que destacan factores importantes como son las contribuciones que la psicología aporta al área de la salud así como el análisis de los comportamientos que pueden afectar la salud, sin embargo estas definiciones hablan de los comportamientos que afectan la salud de las personas, dejando un poco de lado los comportamientos que favorecen al bienestar del individuo, pues sabemos que el estudio de los comportamientos deben destacar los comportamientos que afectan y que fomentan la salud, si se pasara por alto alguno de estos el bienestar del individuo no sería satisfactorio.

Algunos de los autores mencionan que la psicología de la salud que se centra en problemas físicos y médicos especialmente, no obstante ahora sabemos que estos no están desligados de lo emocional y psicológico y que precisamente de estos aspectos suelen surgir algunos problemas físicos o médicos y por ello se precisa en algunas definiciones la necesidad de observar las circunstancias socio-culturales, comportamientos y creencias y los significados que las personas le dan a estos aspectos.

A partir del cambio de significado con respecto al concepto de salud surgen a la par varias alternativas que profesa la psicología, las cuales toman en consideración factores importantes como son las conductas, hábitos, estilos de vida, etc., no obstante, estos factores son relacionados con el individuo en abstracto, es decir no ven la relación de salud-enfermedad con el individuo en relación con los otros sirviéndose de esto como un instrumento de análisis efectivo para entender la relación de las practicas sociales e individuales con la enfermedad y la salud, por ello la Psicología Social de la Salud cubre este análisis efectivo siendo pues descrita como “la aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la Psicología Social a la comprensión de los problemas de salud, y al diseño y puesta en practica de programas de intervención en ese marco, siendo su aportación el análisis de las posibles interacciones implicadas en el proceso del mantenimiento de la salud y la enfermedad” (Morales, 1985; Rodríguez-Marín, Martínez y Valcárcel, 1990, Blanco y León, 1990, citado en: Alvarado y Garrido, 1996, pág. 352).

La Psicología Social de la Salud explica como el individuo a partir de su circunstancia socio-cultural explica y da cabida a los comportamientos y creencias que giran alrededor de la salud y la enfermedad, es el propio contexto socio cultural el que le da el significado a los conceptos de salud y enfermedad que comparten o no algunos grupos de personas, como lo menciona Alvarado y Garrido (1996), que las conductas de las personas sanas y enfermas no pueden comprenderse si se les separa de su circunstancia socio-cultural.

Nos podemos preguntar que beneficios nos ofrece el análisis de las circunstancias socio-culturales con relación a la salud-enfermedad, es importante mencionar que esta

comprensión es una herramienta que como lo mencionan Barriga, León, Martínez y Rodríguez-Marín (1990, citado en: Alvarado y Garrido, 1996), ayuda a la mejora del tratamiento y recuperación, facilita la interacción del usuario con la organización sanitaria, promueve la salud, previene la enfermedad, facilita la experiencia de la enfermedad, etc.

Retomemos nuevamente el concepto de salud propuesto por la OMS en 1948, el cual resume que la salud es un estado de absoluto bienestar y no solo la ausencia de la enfermedad, este concepto quizás nos lleva a pensar en la salud a un nivel utópico, ya que el estar en equilibrio en todas las esferas que comprende el ser humano es difícil de concebir, no obstante lo importante de este cambio de concepto es precisamente el incluir el área psicológica y social a la salud, que como ya lo venimos mencionando es considerar aspectos grupales y culturales, pero no solo considerarlos como parte de la enfermedad sino también como parte del tratamiento y rehabilitación, es decir de la prevención y promoción de la misma, siguiendo esta línea de pensamiento podemos deducir que cada población diferente puede presentar específicas representaciones de la enfermedad, pues aprendemos culturalmente las posturas o el como debe actuar una persona enferma y a la vez como interactúan con el los que están a su alrededor, de igual forma existen específicos comportamientos de riesgo según sus hábitos culturales, un claro ejemplo de esto son las posiciones socioeconómicas: no todas tienen el mismo acceso a los servicios sanitarios pudiendo así recurrir a otras alternativas más accesibles o crédulas para ellos como pueden ser los sobanderos, limpias, brujos, remedios, etc., al dar cuenta de estas diferencias y similitudes se puede detectar los pensamientos y costumbres que dan origen a los hábitos insalubres o por lo contrario que mantiene a los hábitos saludables.

Haciendo caso a la descripción anterior la Psicología Social de la Salud vela por la prevención y promoción de la salud, la prevención consta como lo menciona Alvarado y Garrido (1996), la disminución de la incidencia de las enfermedades, disminución de la prevalencia, disminución de de las secuelas o complicaciones, por su parte la promoción se refiere al mantenimiento de comportamientos saludables y va más allá al promover comportamientos que aumenten las capacidades funcionales, físicas, psicológicas y

sociales. Ahora bien, la prevención se divide para varios autores en tres tipos, Gómez (1999), las describe de la siguiente forma:

- **Prevención primaria:** el objetivo de esta es la reducción de incidencia de casos nuevos de incapacidad y perturbación mental en una población, es decir se pretende evitar un problema que afecte a la comunidad, esto se puede lograr gracias a diversos programas de intervención, siendo la educación la mejor herramienta para lograr los objetivos de la prevención primaria. Muñoz (1976, citado en Gómez, 1999), propone lo siguiente sobre la prevención: **1.-** ya que el desarrollo de las personas es un tanto regular, esto permite la creación de programas de intervención, que faciliten la transición de una etapa a otra, **2.-** identificar las áreas que influyen de manera poderosa en la vida diaria y que pueden convertirse en fuentes de influencia preventiva, Ej. el hogar, la escuela, la colonia, etc., y, **3.-** que el programa de hoy tenga impacto en el mañana.
- **Prevención secundaria:** esta se orienta hacia la reducción de la prevalencia de un problema o alteración, mediante la disminución de casos afectados por dicha alteración, disminuyendo al mínimo la duración del problema. Sus recursos son la detección temprana y el tratamiento. No pretende en si reducir la incidencia, pero sí la gravedad y cronicidad del problema o enfermedad. Ya que la intervención primaria se dirige a poblaciones generales, la intervención secundaria se dirige a poblaciones específicas o de riesgo.
- **Prevención terciaria:** trata de reducir la prevalencia evitando la recaída de la persona que se recupero de su enfermedad. Pretende trabajar con las consecuencias que un problema origina en el individuo y a los que lo rodean.

Por su parte, Bellak (1993), describe y ejemplifica de una forma más general los diversos tipos de intervención, menciona que la intervención primaria se refiere a cuando las personas se encuentran psicológicamente en riesgo, por ejemplo a las personas expuestas a la violencia de un asalto se les puede ayudar aun antes del problema psicológico consecuente del asalto, esto se logra gracias elaboración del impacto mientras se encuentran en el proceso de negación. La intervención secundaria que se refiere al trato

de estados agudos ya existentes, que se pueden detener antes de que aumenten en gravedad o se tornen crónicos. Por último la intervención terciaria, se refiere al alivio de estados crónicos, lidiar con los síntomas más perturbadores para el paciente. En lo que respecta a Pérez (citado en: Buela y Caballo, 1991), en la prevención primaria la atención se enfoca a los factores o condiciones del medio, físicos o humanos, asociados a la aparición de problemas, con la finalidad de modificarlos y se fomenta a las personas a que adquieran recursos saludables; en la intervención secundaria, se presta atención a la detección temprana de las conductas de riesgo relacionadas a los problemas, con el fin de modificarlas aún cuando los problemas se encuentran en una fase incipiente; por último la fase terciaria pone atención a la prevención de recaídas a través de estrategias terapéuticas, más que a la rehabilitación del paciente. Amigo, Fernández y Pérez, (1998), clarifica estos conceptos que quizás suelen confundirnos y menciona que la prevención así como la promoción son procesos que siempre van juntos, ya que ambas potencian la prevención de enfermedades. Dado lo anterior, se entiende que con la prevención se pretende crear una consciencia en los individuos, de forma tal, que estos desarrollen capacidades y recursos que sirvan para un cambio en sus conductas, ultimando que la promoción tiene por objetivo la adquisición y mantenimiento de comportamientos saludables, repercutiendo en la mejora de la calidad de vida, por su parte la prevención, tiene por objetivo, la reducción o eliminación de los comportamientos de riesgo que provoquen la enfermedad, como corolario de la aseveración anterior, pienso que para lograr estos cambios se debe recurrir a las personas que influyen en la educación de los individuos como son: maestros, padres, médicos, etc., pues estas personas son valiosos inductores de cambio.

Sabemos que aún con el conocimiento de los factores que dañan y los que favorecen nuestra salud, existen diversas causas que entorpecen la prevención de la salud, Amigo, Fernández y Pérez, (1998), enlistan estos obstáculos de la prevención, que a continuación describiré brevemente:

- ❖ Actitudes y pautas culturales: ciertas actitudes o creencias nos encaminan a la deplorable de la salud, algunas de estas son: tener éxito en la vida, vivir

cómodamente o vivir experiencias fuertes, competitividad, hostilidad, impaciencia, sedentarismo.

- ❖ Naturaleza de los hábitos saludables: se entiende por las conductas de riesgo para nuestra salud, que sin embargo conllevan a una gratificación de la persona, caso contrario, las conductas saludables demoran en ser gratificantes, por lo tanto, algunas personas desprecian la constancia de los hábitos saludables. Otro aspecto es que muchas de las conductas insalubres tardan en presentar sus consecuencias deplorables, ej. El fumar, y por consecuencia las personas se mantienen consumiendo o frecuentando estos hábitos.
- ❖ La estructura del sistema sanitario: tiene que ver con la ya mencionada relación paciente-medico que como sabemos es parte fundamental de la adhesión del tratamiento medico.

Sobre esta misma línea, Amigo, Fernández y Pérez (1998), mencionan que la práctica de una conducta de salud no conlleva a la práctica de otras, es decir, que las conductas de salud amparan una débil relación entre sí. Otro aspecto importante son los síntomas de las enfermedades que llevan a las personas a un cambio de conducta con la finalidad de reducir el riesgo percibido, empero, algunos de estos síntomas suelen ser transitorios y el paciente suele desistir en la conducta saludable o retomar la insalubre, de igual forma los estados anímicos afectan las conductas de salud, por ejemplo la ansiedad o aburrimiento puede desencadenar en el hábito de fumar, así también las creencias y el sentido común que los pacientes tienen con respecto a su enfermedad influyen decisivamente en la adquisición de las conductas saludables, es por ello que Becker y Maiman (1975, citado en: Amigo, Fernández y Pérez, 1998), desarrollan el modelo MCS (modelo de creencias sobre la salud), según este modelo el que una persona adopte una conducta de salud esta en función de dos factores, el primero es la percepción de susceptibilidad personal a la enfermedad, es decir, que tanto el paciente se cree en riesgo, y la segunda la severidad percibida de las consecuencias de la enfermedad, es decir, que tan graves cree el paciente que sean las consecuencias.

Concibiendo lo anterior es lógico creer que la psicología de la salud, como otras aplicaciones a la salud, tiene la necesidad de hacer uso de algunas herramientas, como lo es la teoría socio cognitiva que como lo mencionan Alvarado y Garrido (1996), sirve para el diseño de programas de promoción, un ejemplo de esto es la teoría socio-cognitiva de la motivación la cual analiza las creencias, auto evaluaciones y percepciones del entorno externo, con la finalidad de emplear los motivadores de los individuos, a la par la psicología de la salud emplea las teorías de rol, influencia social y estudio de los procesos de comunicación , los cuales permiten identificar la relación entre paciente y profesional de la salud, es decir, la Psicología Social de la Salud con el uso de una metodología analiza y modifica las actitudes y posturas de los individuos y del mismo personal de la salud frente al fenómeno de salud/enfermedad, este mismo análisis permite crear programas que proclamen por un estilo de vida saludable.

La psicología de la salud es una disciplina relativamente reciente y en desarrollo como lo hemos apreciado, no obstante, con sus herramientas y metodologías puede desarrollarse aún más en distintos espacios, como lo menciona Oblitas y Becoña (2000):

1. Mayor empleo del modelo conductual, para comprender, explicar y cambiar los comportamientos adaptativos relacionados con la salud.
2. Mayor desarrollo de programas preventivos, para distintas enfermedades, causadas por malos hábitos.
3. Clarificar el concepto de psicología de la salud y otros conceptos relacionados con ella.
4. Delimitación del campo práctico del modelo biopsicosocial.
5. Construir modelos explicativos de los distintos problemas en los que intervienen la psicología de la salud, desde una perspectiva interdisciplinaria.
6. Disposición de técnicas más efectivas, que tengan un adecuado costo-efectividad.
7. Mejorar, evaluar correctamente y desarrollar nuevas técnicas de intervención.
8. Incremento del interés de la psiconeuroinmunología.

9. Desarrollar estrategias de intervención sencillas, que sirvan de auto ayuda, o que se puedan transmitir por los medios de comunicación.
10. Desarrollar estrategias efectivas de prevención de la recaída de los hábitos y enfermedades.
11. Promover el tiempo de ocio para realizar actividades saludables.
12. Hacer conciencia en las personas de los factores de riesgo que existen en algunos de sus comportamientos.
13. Hacer énfasis en la necesidad de cambiar estilos de vida no saludables, por saludables.
14. Incremento en programas para personas con SIDA o vejes.
15. Los conocimientos de la psicología de la salud deben integrarse a otras áreas de conocimiento.
16. Incremento de la investigación y publicación en este campo.
17. Formar adecuadamente a los psicólogos de la salud.
18. Definir lo correspondiente a la psicología de la salud.
19. Prestar atención al valor social de la salud.
20. La psicología de la salud como una promesa para mejorar la calidad de vida del individuo, los servicios hospitalarios y la salud pública.

1.3 El Psicólogo Social de la Salud

Hasta este momento se ha abarcado brevemente que es la psicología social de la salud, así como las aportaciones y algunas herramientas que emplea en este ámbito, no obstante, es de suma importancia hablar del psicólogo de la salud como un profesional en este campo y como éste se ha desarrollado a la par de la psicología de la salud. A continuación se describirán aspectos importantes que desarrolla el psicólogo al verse inmerso en el área de la salud.

1.3.1 Funciones del Psicólogo Social de la Salud

Como se puede deducir el área de la salud exige que se cumpla con varias funciones dado que al hablar de salud del individuo se abarcan tópicos como: comportamientos, interrelaciones, instituciones, etc., por esta razón el psicólogo de la salud debe promover el cambio de comportamientos de riesgo ya sea a nivel individual o social. Dorantes y Viques (2004) mencionan que las funciones del Psicólogo Social de la Salud son:

- Dar servicio clínico en el centro de salud.
- Participar en la capacitación del equipo de salud.
- Desarrollar y supervisar programas de cambio cognitivo – conductual.
- Desarrollar y validar escalas.
- Participar en la declaración de factores de riesgo.
- Desarrollar nuevas técnicas de intervención (individual, grupal, familiar y comunitario).

En resumen las funciones específicas del psicólogo de La Salud son; la evaluación, diagnóstico, tratamiento e intervención, asesoría, prevención y promoción de la salud, investigación, enseñanza y supervisión, dirección, administración y gestión. A continuación se desglosan brevemente estas funciones.

- A) **EVALUACIÓN.** Identifica los comportamientos de riesgo relacionados con la enfermedad. Las herramientas para lograr la evaluación son: entrevistas, auto informes y escalas de apreciación.
- B) **DIAGNÓSTICO.** Es la identificación del problema individual y sociocultural de la persona.
- C) **TRATAMIENTO E INTERVENCIÓN.** Es el uso de las técnicas terapéuticas adecuadas de acuerdo al diagnóstico. Para ello se consideran 3 pasos: 1. la detección de factores de riesgo, 2. identificación del tratamiento de la enfermedad y por último la intervención.

- D) **ASESORÍA.** Es el consejo del experto para afrontar los problemas de las personas y de los profesionales de la salud.
- E) **PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.** La primera se relaciona a la disminución de los factores de riesgo que tienen que ver con diversas enfermedades. Por su parte la promoción trata de fomentar los hábitos saludables así como la impulso de un mayor acceso a los instrumentos preventivos.
- F) **INVESTIGACIÓN.** Es la planeación, diseño y conducción de estudios sobre la incidencia y prevaencia de la enfermedad, lo cual contribuye a la identificación y control de factores de riesgo y el impacto de estos en la sociedad.
- G) **ENSEÑANZA Y SUPERVICIÓN.** Es la educación y asesoramiento de profesionales de la salud en la transmisión de conocimientos que tiene el Psicólogo Social de la Salud referentes a la salud y a los factores que en ella intervienen.
- H) **DIRECCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN.** Se refiere a que el psicólogo debe actuar como un experto en las relaciones humanas, con la finalidad de coordinarlas para la mejora del servicio sanitario. El psicólogo deberá fungir como experto en la solución de conflictos laborales, como auditor que valora el desempeño de los directivos de administración, jefes de servicio y jefes de enfermería con relación al cumplimiento de las políticas y humanización del servicio, también el psicólogo fungirá como diseñador de programas que promuevan un procedimiento alternativo y efectivo.

1.3.2 Técnicas Psicológicas que emplea el Psicólogo Social de la Salud

Como se puede observar la labor del psicólogo en el campo de la salud se ha convertido con el paso del tiempo como un pilar mas este ámbito, ya que vela por el bienestar integral del individuo apoyando y apoyada por otras disciplinas de la salud, no obstante este logro conlleva una gran responsiva en el Psicólogo Social de la Salud, que es la preparación en conocimientos teóricos y prácticos, así como contar con las herramientas necesarias que lo lleven a un optimo desempeño en el ámbito de la salud, ya que recordemos que la labor del

psicólogo se desenvuelve en un trabajo interdisciplinario y por ende se debe considerar que al trabajar con otros profesionales de la salud ofrece la ventaja de un trabajo holístico del paciente, ya que debe notarse la retroalimentación entre colegas del campo de la salud. Sin embargo, aún existen viejos prejuicios que algunos profesionales de la salud sostienen hacia los psicólogos, desvirtuándolos, considerándolos inhábiles en el desempeño de algunas funciones, evidentemente esta es una traba para el desarrollo fluido del trato de la enfermedad, no obstante, se espera que conforme el trabajo del psicólogo siga creciendo y el mismo psicólogo informe y cree una consciencia en el personal profesional de la salud y la comunidad en general, se aclare y se tome en consideración la importancia del trabajo del psicólogo.

Ahora bien, es de importancia saber que el psicólogo ha de realizar varias funciones para trabajar en el área de la salud, siendo la asistencia terapéutica la que más destaca, es por ello la necesidad de que el psicólogo adquiera una preparación y compromiso personal y con los pacientes, por tanto la asistencia terapéutica depende del uso de varias técnicas psicológicas cuya finalidad es provocar un cambio en el comportamiento indeseado que reporta el paciente.

Dorantes y Viques (2004), hacen una extensa selección de técnicas empleadas por el psicólogo de la salud. A continuación se hará mención de algunas de ellas, sin ser descritas o esbozar mucho en ellas, ya que no es la finalidad del presente.

A) Técnicas de Modificación de la Conducta.

Supone que los trastornos psicológicos se deben a un aprendizaje de experiencias inadaptadas. Esta técnica se auxilia de un análisis funcional para definir la conducta problema así como identificar que la provoca, su duración y frecuencia. A continuación se enlistan las técnicas de modificación de la conducta según Dorantes y Viques (2004):

- Técnicas de exposición: Desensibilización Sistemática, Inundación, implosión, Exposición guiada y Autoexposición.
- Técnicas con bases de Condicionamiento Operante: reforzamiento positivo y negativo, control estimular, extinción operante, tiempo fuera de reforzamiento,

costo de respuesta, saciación, sobrecorrección, economía de fichas, refuerzo y técnicas aversivas. etc.

- Técnicas de Condicionamiento encubierto: Sensibilización Encubierta, Modelado Encubierto, etc.
- Técnicas de autocontrol: autoregistros, diarios, etc.
- Técnicas de Adquisición de Habilidades: juego de roles, modelado, ensayo de conducta, etc.
- Técnicas de Relajación: relajación progresiva, etc.

B) Técnicas de Terapia Cognitivo-Conductual.

Supone que las experiencias internas de los pacientes se relacionan con la forma de pensar, sentir y verbalizar del sujeto, es decir, el contenido de una persona afectara su estado de ánimo, por ende la finalidad es enseñar al paciente a desarrollar mejores estrategias de afrontamiento ante diversas circunstancias. Los principios de esta terapia son: 1. que el paciente distinga entre la realidad y la percepción de la misma, 2. la percepción de la realidad se modifica según los procesos de aprendizaje y 3. Que el paciente vea sus creencias como hipótesis que se pueden verificar, negar o modificar. Las técnicas cognitivo-conductuales son:

- Técnicas Cognitivas: Terapia Racional Emotiva, Terapia Cognitiva de Beck, Reestructuración Cognitiva, etc.
- Técnicas de Afrontamiento: Inoculación de Estrés, Solución de Problemas, etc.

C) Técnicas Psicoterapias Centradas en la Persona y Experienciales.

A continuación se mencionan algunas:

- Técnicas de Terapia Centradas en el Cliente.
- Técnicas de Psicoterapia Experiencial.
- Técnicas de Psicoterapia de Proceso Experiencial.
- Técnicas de Terapia Bioenergética.
- Psicodrama.

D) Técnicas de Psicoterapias fenomenológicas y existenciales.

A continuación se mencionan algunas:

- Técnicas de Psicoterapia gestáltica.
- Técnicas de Análisis transaccional.
- Técnicas de Análisis existencial.
- Técnicas de Terapia existencial y logoterapia.

E) Técnicas de Terapia Sistémica.

Supone que el ser humano es considerado una unidad y este interactúa con otras unidades y dentro de esta interacción se crea una influencia mutua en cuanto a comportamiento, por lo tanto, no puede verse por separado al individuo ya que forma parte de un todo.

A continuación se mencionan algunas:

- Pautación escénica.
- Posicionamientos.
- Preguntas lineales, estratégicas, circulares y reflexivas.
- Reestructuraciones, reencuadres o redefiniciones.
- Tareas de cambio en la pauta.
- Tareas metafóricas, paradójicas, reestructurantes y rituales.
- Relatos.

F) Técnicas Psicoanalíticas.

Son técnicas con un enfoque psicoanalítico, ya que en la historia del psicoanálisis se han creado psicoterapias con la finalidad de cubrir las necesidades de la sociedad, puesto que el psicoanálisis tradicional tiene una muy larga duración se crean algunas modalidades.

A continuación se mencionan algunas:

- Tratamiento psicoanalítico convencional.
- Psicoterapia psicoanalítica de expresión.
- Psicoterapia psicoanalítica breve y/o focal.
- Psicoterapia psicoanalítica de apoyo
- Psicoterapia dinámica.

Comprendemos que el comportamiento y el estilo de vida tienen un fuerte nexo con el estado de salud y es aquí donde interviene la psicología contribuyendo con ciertos principios de comportamiento relacionados con la enfermedad y la salud, también intervienen con técnicas para modificar comportamientos poco saludables, habilidades para aliviar el dolor y reducir el estrés así como aumentar el cumplimiento de prescripciones médica, ayuda a los pacientes y familiares a convivir con las enfermedades crónicas, destaca la importancia de que el paciente desarrolle habilidades que le ayuden a maniobrar sus emociones, sus actitudes y su forma de pensar con respecto a su dolor, de igual forma debe aprender a manejar los cambios que implican su salud en todos los aspectos expuestos, para este fin el psicólogo recurre a un proceso terapéutico efectivo según las necesidades del paciente y la institución donde se lleve a cabo, tal ha sido el caso de la CUSI Almaraz donde se trabaja con la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencias (PBIU), que por sus características particulares fue la idónea para la población aquí atendida, como lo describe el siguiente capítulo.

CAP. 2 PSICOTERAPIA BREVE INTENSIVA Y DE URGENCIAS (PBIU)

Dada la intención del presente reporte de prácticas profesionales se hace indispensable abordar el tema de la psicoterapia breve o de urgencias, la cual se considera dentro de las técnicas psicoanalíticas como se describió con anterioridad, dicha importancia reside en que como se sabe una de las funciones significativas del psicólogo clínico de la salud es sin duda la intervención terapéutica y en este caso la intervención empleada en el servicio psicológico de la Clínica Almaraz es con el empleo de la psicoterapia breve, de la cual a continuación se hará un breve bosquejo.

2.1 ¿Qué es la PBIU?

La psicoterapia breve, intensiva y de urgencias (PBIU), surge como respuesta a las necesidades de una sociedad en crisis, la segunda guerra mundial (1964) dio lugar a esta crisis pues la población de soldados afectados demandó la consulta psiquiátrica, la consulta psiquiátrica constaba de tres sesiones, aumentando posteriormente este número a seis, esta cifra ya no podía aumentar debido a las limitaciones de tiempo y la creciente cantidad de pacientes (Bellak, 1993).

Así es como surge la necesidad de una intervención en crisis pero, ¿Qué se comprende por la palabra “crisis”? Slaikeu (1996), menciona que la palabra crisis, según un término chino, deriva de la palabra: weiji, que significa, peligro y oportunidad, en griego la palabra para expresar la crisis es: Krinein, que significa decidir. Gómez (1999), describe el concepto crisis de la siguiente forma: La combinación de situaciones de riesgo en la vida de una persona que coinciden con su desorganización psicológica y necesidad de ayuda. Por su parte Coplan (1985, citado en Gómez, 1999), menciona que la crisis es un periodo transicional que representa una oportunidad para el desarrollo de la personalidad y un peligro de mayor vulnerabilidad en el trastorno mental.

Ahora, bien, para Buela y Caballo (1991), la intervención en crisis consiste en sesiones activas de terapia intensiva centrada en la búsqueda del alivio de los síntomas que presenta la persona, para lograr el equilibrio emocional y un entrenamiento en habilidades que le ayuden a futuras crisis. Es importante saber que en la intervención en crisis se valoran no solo la debilidad de los sistemas implicados en la crisis, sino la fortaleza que puede existir en ellos, como lo menciona Slaikeu (1996), la información acerca de que esta mal se debe complementar con lo que aún esta bien, ya que estos últimos recursos suelen ayudar a las personas en la aflicción.

Rubin y Bloch (2001), describen tres tipos de crisis; la evolutiva, la circunstancial y las vitales universales. La crisis evolutiva, también llamada de desarrollo, se define según Caplan (1964, citado en: Rubin y Bloch, 2001), como: una situación causada internamente, que puede deberse a convulsiones fisiológicas o psicológicas asociadas con el desarrollo, las transiciones biológicas, de roles, etc., la crisis evolutiva se incluye en los siguientes aspectos:

- Concepción o esterilidad.
- Embarazo, parto, nacimiento.
- La infancia y la niñez temprana.
- La adolescencia.
- La identidad sexual.
- Madurez.
- Jubilación.
- Envejecimiento.
- Muerte.

Por su parte la crisis circunstancial es comprendida como: las situaciones que se encuentran principalmente en el ambiente, tales como la pérdida de las necesidades básicas, el peligro ante una amenaza y un desafío para el cual no esta preparado el individuo. Para Gilliland y James (1993, citado en: Rubin y Bloch, 2001) la crisis circunstancial surge con la ocurrencia de eventos raros y extraordinarios que un individuo no tiene forma de prever

o controlar. La clave para reconocer esta crisis es que es azarosa, imprevista, conmovedora, intensa y catastrófica. La crisis circunstancial se manifiesta en los siguientes eventos:

- Crisis sexual: violación, incesto, etc.
- El aborto.
- El suicidio.
- Enfermedad aguda o crónica.
- Alcoholismo y abuso de sustancias adictivas.
- Divorcio o separación.
- Maltrato a cualquier persona.
- La crisis familiar.
- La viudez.
- Víctimas de accidentes.
- Víctimas de crímenes.
- Choques culturales.
- Huidas.
- Relaciones laborales.
- Secuestros.

Por último las crisis vitales universales, tienen que ver con el grado en que un acontecimiento involucra a varias personas en la crisis, por lo tanto en los siguientes eventos (Rubin y Bloch, 2001) se puede expresar la crisis universal:

- Embarazo no deseado o esterilidad.
- Embarazo con dificultades.
- Padres con una infancia complicada.
- Infancia temprana.
- Adolescencia.
- Identidad sexual.
- Crisis de madurez.
- Divorcio o separación.
- Jubilación.

- Crisis familiar.
- Enfermedades.
- Viudez.
- Adicciones.
- Envejecimiento.
- Muerte.

Gómez (1999), menciona algunos de los aspectos que coexisten en la crisis:

- Eventos que causan tensión a las personas.
- Las personas responden como habitualmente para solucionar sus problemas.
- Se enfrascan en la solución de un problema, aumenta la tensión y surgen sentimientos de incapacidad.
- Se busca nuevos métodos y métodos de emergencia para solucionar el problema.
- Las defensas se debilitan, y si el problema no se resuelve puede ocurrir una distorsión de la realidad, una resignación o una tensión inmanejable.
- El clímax de la crisis representa el momento óptimo para la intervención.
- La crisis se puede resolver de manera adaptativa o desadaptativas.
- La experiencia del éxito en la solución de la crisis, aumenta las posibilidades de éxito en el futuro.
- La intervención en las crisis no necesariamente tienen que ser ofrecidas por profesionales.
- Los aspectos situacionales influyen en la crisis. Los cambios situacionales afectan el curso de la crisis.
- Las crisis normalmente incluyen pérdidas reales o imaginarias para las personas.
- La resolución efectiva de la crisis es una experiencia de aprendizaje que permite prevenir crisis futuras.

Por su parte Rubin y Bloch (2001), mencionan las características de la respuesta de crisis, dividiéndolas en los siguientes niveles:

1. **nivel cognitivo:** afecta las habilidades de solución de problemas y los mecanismos de afrontamiento.
2. **nivel psicológico:** posteriormente al shock, suelen presentarse: confusión, negación, temor, terror, tristeza, etc. alterando el equilibrio psicológico del individuo.
3. **nivel fisiológico:** stress general como: cambios en el ritmo cardiaco, respiración y sudoración excesiva.

De igual forma Rubin y Bloch (2001), enlista las siguientes consecuencias derivadas de las crisis:

- aplanamiento emocional.
- Incredulidad.
- Perturbación del sueño.
- Enojo e irritabilidad.
- Pensamientos intrusivos.
- Tristeza.
- Olvido y pérdida de concentración.
- Miedo.
- Culpa
- Perdida de confianza
- Sensación de que la vida no tiene sentido.
- Uso de alcohol y drogas.
- Aislamiento social.
- Excitabilidad, inquietud y nerviosismo.
- Quejas de dolor.
- Minimización del incidente traumático.
- Hipervigilancia.
- Vergüenza, desesperación, desesperanza.

- Invulnerabilidad.
- Vértigo, temblor, mareo.
- Taquicardia
- Euforia.

Es importante mencionar que gran parte de las bases teóricas de la intervención en crisis, como lo menciona Gómez (1999), se basan en un trabajo de Erich Lindemann, asentado en la observación de 101 pacientes, quienes presentan las siguientes reacciones de duelo ante una pérdida:

- Reacciones somáticas: respiración entrecortada, trastornos digestivos, fatiga y falta de energía, etc.
- Intensa preocupación por la imagen del finado.
- Sentimientos de culpa: Ej. Autorecriminación por pequeñas omisiones o negligencias hacia el finado.
- Reacciones hostiles: irritabilidad, coraje y rechazo de las manifestaciones de simpatía y consuelo.
- Dolorosa incapacidad para el inicio y mantenimiento de patrones organizados de conducta.

Para Lindemann, la duración normal del duelo depende de la misma elaboración del duelo, es decir, la liberación del vínculo con el finado.

Por su parte, Aguilera y Messick (1976, citado en: Gómez, 1999), el paradigma de intervención en crisis es el siguiente:

- Se presenta un acontecimiento crítico que provoca una pérdida del equilibrio en el organismo, que experimenta una necesidad de restaurar el equilibrio.
- Si existen factores niveladores, una percepción realista del acontecimiento, apoyos situacionales adecuados y mecanismos de defensa adecuados, se resuelve el problema, se recupera el equilibrio y no hay crisis.
- Si prevalecen las condiciones opuestas, continuara el desequilibrio y con el la crisis.

La meta de la intervención en crisis, como lo menciona Gómez (1999), consiste en dar solución psicológica a la crisis inmediata y reestablecer el funcionamiento del paciente, pero la meta máxima de la intervención en crisis consiste en mejorar el funcionamiento de la persona sobre el nivel anterior a la crisis. La intervención en crisis es un tratamiento intensivo que requiere la habilidad para crear un clima óptimo de comunicación que facilite:

- Libertad de expresión por parte de la persona en crisis.
- Aceptación de la persona y de su situación.
- Capacidad de escuchar de manera empática.
- La búsqueda de soluciones realistas.
- Expresión de cercanía.

Descrita la crisis y sus aspectos podemos retomar el tema de la PBIU, pues esta se presenta como una factible opción para intervenir en la crisis, siendo una psicoterapia que pretende dar una solución a los problemas que enfrenta la clínica tanto en la anterioridad como en la actualidad, es importante mencionar que este enfoque se basa no solo en la teoría psicoanalítica ya que también retoma la teoría del aprendizaje y la teoría de los sistemas.

Slaikeu (1996), menciona que la psicoterapia breve es elegida en la intervención en crisis por ser un proceso breve, ya que se estima que el transcurso de ayuda en la crisis debe ser alrededor de 1 a 6 semanas, tiempo aproximado en que las personas pueden superar la crisis, resalto que este tiempo es considerablemente diferente a el tiempo que pueden llevarse otras terapias que oscila en meses o años pues los objetivos de ambas terapias son diferentes, mientras las terapias a largo plazo pretenden reducir los síntomas, reorganizar la personalidad o lograr cambios en el comportamiento; la psicoterapia breve pretende que la persona recupere el equilibrio o el funcionamiento que tenia previo a la crisis. Otros aspectos referentes a la corta duración de esta terapia, es que ofrece una disminución en el costo del proceso terapéutico, también brinda una disminución en el peligro derivado de la

crisis, de igual forma, es ventajosa al actuar a tiempo en la cognición del paciente, ya que entre mas tiempo pase, aumenta la posibilidad de que los pensamientos sean mas fuertes.

La PBIU como lo menciona Bellak (1993) se describe por los siguientes 10 aspectos.

1. Se encauza en los rasgos trascendentales del trastorno que presenta el paciente, ya que estos nos ayudan a comprender al mismo.
2. Se debe comprender el porque de la asistencia del paciente en ese día, cuando inicio su problema, su pasado inmediato y cuando y en que forma parecida existió en su historia personal anterior.
3. Se intenta salvar la discontinuidad entre infancia y adultez, pensamientos de vigilia y sueño y consciente e inconsciente, todo esto relacionado con factores biológicos, sociales, familiares y físicos del paciente.
4. Comprender que los síntomas son intentos de resolver problemas, por ende entre menor sea la capacidad de enfrentar situaciones adversas, mayor será el trastorno. Es importante que la respuesta o conducta es aprendida según la experiencia del paciente.
5. Dado el punto anterior la PBIU, se basa en una forma de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje.
6. Se debe tomar en cuenta las defensas y proposiciones psicológicas del Yo.
7. Se enfoca y selecciona los síntomas principales y su causa, para así decidir la intervención psicoterapéutica más indicada.
8. La esencia de la PBIU no consiste en seis u ocho sesiones si no, en una aproximación enfocada y sistemática.
9. Los beneficios de la PBIU, se ven como una reacción en cadena, como resultado de las intervenciones.
10. La PBIU, selecciona el problema para tratamiento, no al paciente y por ello se puede intervenir en prevención primaria, secundaria y terciaria.

Bellak (op. Cit., 1993) enlista 11 principios de la PBIU:

1. la PBIU, se relaciona con la terapia tradicional, ya que la terapia breve necesita de habilidades especiales y no momentáneas.
2. es necesaria pensar, planificar y hacer una conceptualización fiel.
3. se debe seleccionar las metas y problemas para cada caso particular.
4. la PBIU se basa en una historia clínica exhaustiva, que se guía por conceptos claros y con el uso de comunicación adecuada, es decir comprender al paciente desde su historia, vida actual, etnia, cultura, experiencia, etc.
5. a las personas con un relativo conocimiento limitado sobre la psicodinamica se les puede enseñar a llevar con éxito la PBIU, pese que el tener un vasto conocimiento y preparación en psicoanálisis es lo ideal.
6. la medicina de urgencias se considera el paradigma de la PBIU, ya que cuenta con un vasto cuerpo de conocimientos.
7. la PBIU, no se limita a la eliminación del síntoma pese a la brevedad del tiempo, ya que suele alcanzar mayores niveles de soluciones de problemas.
8. la PBIU, es eficaz en la intervención primaria.
9. referente a lo administrativo la PBIU, permite excluir las largas listas de espera, evitando que se desarrolle una cronicidad o resistencia a la terapia en algunos casos.
10. dentro de las clínicas existen dos formas de emplear la PBIU, las cuales son: 1) un director medico ve a los pacientes en admisión, posteriormente los asigna al personal apropiado y 2) cualquier miembro del personal puede tomar al siguiente paciente.
11. es necesario la participación activa del terapeuta ya que a la par que escucha al paciente deberá conceptualizar y planificar la terapia.

2.2 Perfil Básico de la PBIU

Ya descritos los aspectos importantes y los principios de la PBIU, es preciso describir el perfil básico de la PBIU, ya que éste refiere las características que se deben considerar en el proceso terapéutico. Bellak (1993), enlista el perfil básico en los siguientes 10 puntos:

1. Cinco sesiones de 50 minutos, generalmente una por semana. Ya que la experiencia de algunos expertos indica que esta cantidad de sesiones se adecua a la mayoría de pacientes así como el tiempo de sesión. Sin embargo lo anterior no son leyes inmutables, ya que cada caso particular dictara el tiempo necesario de sesiones y tiempo.
2. sesión de seguimiento un mes después. Con la necesidad de evaluar la fluidez de los avances logrados en terapia o la existencia de una posible dificultad.
3. anamnesis completa.
4. valoración psicodinámica y estructural.
5. consideración de los aspectos médicos y sociales. La valoración de los factores étnicos, culturales, económicos, etc., beneficiara evidentemente en el estilo de comunicación necesario con el paciente, en cuanto a los factores médicos se deben considerar ya que estas pueden complicar el cuadro clínico como la prescripción de drogas.
6. plan para las áreas de intervención.
7. plan para métodos de intervención.
8. plan para las secuencia de las áreas y métodos de intervención. Varia según el paciente, este plan debe se flexible y debe revisarse conforme se tiene mayor conocimiento del paciente.
9. decidir si la terapia será individual o se combinara con sesione conjuntas o familiares.
10. consideraciones de condiciones facilitadotas como fármacos u hospitalización breve.

2.3 Proceso Terapéutico

Dado lo anterior es importante aludir que el proceso de la terapia no solo depende de los anteriores factores sino que gran peso lo lleva la guía del terapeuta; es decir, el psicólogo debe tener la habilidad de mantener una terapia fluida, destacar los episodios importantes, debe regular el proceso terapéutico con asertivas intervenciones, en concreto debe tener el control de cada sesión, para lograr esto será necesario que logre cierta alianza con el paciente con la finalidad de que el último se sienta cómodo. Sin embargo, cabe la duda de cómo lograr un propicio proceso terapéutico, para ello Bellak (1993), menciona los siguientes factores indispensables a considerar:

- **Explicar el proceso terapéutico de forma sencilla al finalizar la sesión.** Este comprenderá en explicar que la finalidad de la psicoterapia será identificar y comprender el porque de la distorsión cognitiva actual a causa de experiencias pasadas.
- **Aprendizaje facilitador.** Como se sabe la terapia trata de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje, y es labor del psicólogo que este proceso sea lo más fiable posible en el paciente.
- **Técnicas proyectivas.** Estas serán herramientas para el psicólogo, las cuales favorecerán con un uso adecuado a que el paciente se de cuenta de actitudes no tan explícitas, que sin embargo son de suma importancia en su problema.
- **Importancia de la educación: en el tratamiento de urgencias de las reacciones emocionales a la enfermedad física.** Para ello es importante que el paciente esboce el órgano enfermo con la finalidad de ayudar a aclarar las distorsiones que el paciente suele hacer de la realidad, facilitando así la aceptación de lo real.
- **Comunicación entre paciente y terapeuta.** Esta facilita la identificación de algunos denominadores comunes entre la conducta actual del paciente y su historia pasada y la relación terapéutica.
- **Interpretación.** Es la indicación del terapeuta hacia el paciente sobre los denominadores entre los patrones conductuales y afectivos del paciente en el pasado y presente.

- **Insight.** Cuando el paciente reconoce y toma conciencia de estos denominadores comunes.
- **Translaboración.** Se dice cuando el paciente es capaz de aplicar a su cotidianidad el insight que aprendió.

Cabe destacar que los anteriores elementos no serán suficientes en el desarrollo de la terapia ya que se deben considerar otros métodos de intervención como lo menciona Bellak (1993), los cuales favorecen al ya mencionado proceso terapéutico. A continuación describiré brevemente algunos de estos métodos de intervención en la PBIU.

- **Catarsis y Catarsis Mediata.** La expresión del terapeuta de proposiciones con una carga emocional, que influya sobre el paciente.
- **Prueba auxiliar de la realidad.** Somete a prueba la realidad que aqueja al paciente con el fin de aclarar las distorsiones que el paciente crea.
- **Represión del impulso.** Se utiliza la directividad para emitir algunas ordenes (“no lo hagas”) cuando el paciente realiza conductas riesgosas, posteriormente se trabaja mas a fondo con la conducta de riesgo.
- **Sensibilización a las señales.** Se le hace consciente al paciente de los sucesos o conductas de su parte que suelen ser previas a su problema.
- **Educación.** Hacer consciencia en los pacientes de sus conductas, que las conozcan para prevenirlas y saber manejarlas.
- **Intelectualización.** Asegura al paciente que el terapeuta comprende su síntoma, por lo menos intelectualmente.
- **Apoyo.** Es decir, que el terapeuta acepte los sentimientos del paciente, sean cuales fueren, con la finalidad de disminuir la ansiedad que estos le provocan.
- **Sesiones conjuntas y terapia del sistema familiar.** Sirven para lograr ciertas metas en la intervención que en aislado con el paciente no es posible.
- **Fármacos psicoactivos.** Pueden ayudar en terapia cuando tienen una prescripción de un especialista, de lo contrario podrían afectar en la motivación de la terapia.

La PBIU nos brinda varios recursos a utilizar en la psicoterapia, y es responsabilidad del psicólogo recurrir a los más propicios según cada paciente y su situación en particular, entendiendo que los elementos que conforman la PBIU en aislado seguramente no serán fructíferos en la terapia, será preciso poner atención las diversos conocimientos que nos brinda este modo de intervención, pero también será importante considerar las herramientas y habilidades con los que cuenta el psicólogo y como conjuga esto en la práctica. El siguiente capítulo brinda una aproximación de la práctica del psicólogo de la salud valiéndose de los ya mencionados conocimientos, herramientas y habilidades.

CAP. 3 EL PSICÓLOGO CLÍNICO SOCIAL DE LA SALUD EN LA CUSI ALMARAZ

3.1 Descripción y características de la CUSI ALMARAZ

La Clínica Universitaria de Salud Integral Almaraz se ubica en el Municipio de Cuautitlán Izcalli región noreste de la cuenca de México dispuesta en el Fraccionamiento Industrial, Parque Industrial San Sebastián Xhala; dicha clínica pertenece a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala dependencia de la UNAM. La Clínica fue inaugurada el 24 de enero de 1984, construida con el diseño de atender a la comunidad académica de la entonces Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala (ENEP) ahora Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES), esta Clínica trabaja con aspectos: preventivos, curativos y de rehabilitación y cuenta con diversos servicios como son: aulas, biblioteca y material de apoyo didáctico (televisores, reproductores DVD, VHS y proyectores).

“CUSI ALMARAZ”



Cuadro 1. Clínica Universitaria de Salud Integral “ CUSI Almaraz” .

Para atender de forma optima a los pacientes que acuden a esta clínica, se cuenta con los siguientes recursos: sanitarios, consultorios equipados, laboratorios de análisis clínicos, rayos x, servicio de enfermería, optometría, medico, unidades odontológicas, archivo clínico, sala de espera, cubículo de información, administración y servicio psicológico, este último cuenta con 6 consultorios y 5 cámaras de Gesell para la asistencia cómoda y confidencial de sus usuarios, también cuenta con un cubículo de recepción de pacientes que ofrece: información, verificación y confirmación de citas para el usuario, en este espacio siempre esta dispuesto un psicólogo para la aptitud del servicio, por último cuenta con un cubículo para impartir el taller de estimulación temprana.

A través de este organigrama reafirmamos el trabajo multi e interdisciplinario de la Clínica, destacando que existe una comunicación constante entre los jefes de cada área con la finalidad de tener proyectos en común, un ejemplo de esto es el taller de Estimulación Temprana que lo llevan a cabo enfermeras y psicólogas.

Cabe destacar que este organigrama esta sujeto a cambios en cuanto a su personal directivo y administrativo.

3.2 Servicio de Psicología

Propiamente el servicio de atención psicológica surge como una respuesta a las necesidades de las personas que asisten a esta Clínica y como alternativa para los estudiantes que realizan su servicio social, o tal es mi caso prácticas profesionales. Dicho servicio se orienta principalmente a la promoción, prevención y tratamiento de factores de riesgo que afecten la salud psicológica del paciente y es realizado dentro de la Clínica y en diferentes Escuelas o lugares cercanos del municipio de Cuautitlan gracias a un acuerdo de colaboración entre el municipio y la Clínica Almaraz.



Cuadro 2. Cubículo de recepción de pacientes y cubículo de estimulación temprana.

Quienes cubren este servicio son básicamente estudiantes de la FES Iztacala de 7º y 8º semestre que cubren créditos para el Servicio Social y algunos pasantes de psicología (ver anexo f) que como es mi caso realizan practicas profesionales. Las prácticas

profesionales que desarrolle plazeramente en esta Clínica tuvieron una duración de 6 meses.

Tanto pasantes como estudiantes, cuentan con la supervisión y asesoramiento de los Licenciados Blanca Leonor Aranda Boyzo y Emiliano Lezama Lezama, quienes previamente ofrecen una capacitación y elucidación acerca del servicio que se debe ofrecer, por su parte los estudiantes tienen que desempeñar actividades de prevención y promoción en escuelas o comunidades cercanas, así como desempeñar el servicio de asistencia psicológica. A la par, los pasantes de psicología cubrimos las actividades de servir de apoyo al jefe de área, participar y coordinar las actividades de comunidad, apoyar la consulta psicológica, supervisar la asistencia y puntualidad de los estudiantes de servicio social y administrar los expedientes de los pacientes de los días correspondientes.

En lo que respecta específicamente a las características del servicio de atención psicológica ofrecido en la CUSI Almaraz, es ejecutado a cabo por pasantes y estudiantes del servicio social; los horarios de atención son de lunes a jueves de 9 a.m. a 2 p.m., es decir la última consulta es a la 1 p.m., finalizando aproximadamente a las 2 p.m.; puntualizo en este tópico pese a que nuestro servicio cubre los horarios de 9 a.m. a 2 p.m., existe otro grupo de estudiantes de psicología coordinados por algunos profesores de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala que cubren un horario de 12 p.m. a 3pm.

La duración de las sesiones es aproximadamente de 50 a 60 min., según lo requiera el paciente. Se lleva un control de cada paciente y del terapeuta que atiende a esté, dicho control es posible gracias a una libreta que a la par sirve para conferir citas a los pacientes según sus posibilidades de horarios. Los datos que contiene esta libreta son los que se muestran en el siguiente ejemplo:

Jueves 10 marzo de 2005					
Hora	Paciente	Edad	Teléfono	Terapeuta	# de expediente
9 -10	Sara Juárez	11 años	00 00 00 00	Fátima Esmeralda	04 00 104 03

Tabla 1. Disposición de datos en la libreta de citas (datos no reales).

En ocasiones el paciente decide tomar la consulta en el mismo momento que pide informes, o bien existen quienes deciden conciliar una cita posteriormente, para ambos casos en la primera sesión es necesario obtener un carnet (ver anexo a) y un expediente que contiene un cuestionario psicológico (ver anexo b) y/o de cualquier otro servicio que brinde la Clínica, es por ello que esta sesión tiene un costo de \$25, las sesiones subsecuentes tienen el costo de \$15. La finalidad del expediente es obtener datos familiares, geográficos y personales (referentes a la situación por la que acude el paciente), dichos datos apoyan al psicólogo y a otros profesionales al tratamiento y seguimiento de cada paciente, ya que como se narró la Clínica trabaja inter y multidisciplinariamente, siendo así, dicho expediente en variadas ocasiones no solo contiene el cuestionario psicológico, sino también el médico, odontológico, etc., según lo haya requerido el paciente, por esto mismo el carnet le servirá al paciente no solo para registrar las fechas y horarios de sus siguientes consultas psicológicas, sino que también con el podrá acceder a todos los servicios que ofrece esta Clínica, obteniendo un trato más holístico.

Las citas que se le proporcionan al paciente serán concordadas por pacientes y psicólogos según las posibilidades de ambos y las necesidades del paciente, empero estas citas fluctúan regularmente una vez por semana, pretendiendo así finalizar el caso a lo largo de 5 ó 6 sesiones, lo cual como la teoría lo rememora no es una ley y esto dependerá de cada paciente.

Otro servicio que ofrece el área de psicología es el de estimulación temprana y es impartido por 6 psicólogos del servicio social en conjunto con algunas enfermeras. Los psicólogos son previamente instruidos en el desarrollo y particularidades de este taller por Blanca Aranda y Emiliano Lezama.

El trabajo del pasante en esta actividad fue difundir e informar sobre el taller de estimulación temprana, así como concertar citas y apoyar a los estudiantes en lo necesario. Por este motivo, en el siguiente apartado no se abarca este tema dado que fue un trabajo más extenso de los estudiantes del servicio social que del pasante, sin embargo por la importancia de esta actividad hago mención de algunas cualidades del taller: invitar a la

población de niños de un intervalo de edades de 0 a 4 años con la finalidad de estimular las funciones motrices del infante y hacer una evaluación del mismo para conocer el área en la cual se deberá apoyar su desarrollo.

El costo de dicho taller es de \$20 por sesión, pero de la misma forma que la consulta psicológica el primer pago será de \$25 por motivo de la expedición del expediente. Los horarios en los que se imparte este taller se visualizan en la siguiente tabla.

Horarios	Edades
9-10	0-1 años
10-11	1-2 años
11-12	2-3 años
12-14	3-4 años

Tabla 2. Horarios del taller de estimulación temprana.

Los psicólogos encargados de impartir este taller de Estimulación Temprana se dividieron en 2 grupos de 3 psicólogos, un grupo se hizo cargo de las edades de 0-1 años y de 2-3 años y el segundo grupo atendió a los niños de 1-2 años y 3-4 años, esto con la finalidad de tener un mejor control, especialización y manejo de los infantes. En concreto el objetivo de este taller es convertir la estimulación temprana en una rutina agradable que estreche la relación padres-hijo aumentando la calidad de experiencias vividas y la adquisición de importantes herramientas de desarrollo infantil, es por ello que pretende abarcar las áreas del desarrollo cognitivo y del desarrollo motor.

La exposición de temas como sexualidad, depresión, autoestima, estrés y manejo de estrés en la modalidad de talleres es un servicio en proceso (motivo por el cual no podré ahondar), estos talleres de igual forma que el taller de Estimulación Temprana será impartido por Estudiantes del Servicio Social asesorados previamente por Blanca Aranda y Emiliano Lezama. Se planea ser dirigido para la población de estudiantes universitarios y pretenden tener una duración de 8 sesiones por cada taller (con el propósito de que al finalizar uno pueda dar inicio otro), los tentativos horarios para este taller son de 12 p.m. a

2 p.m., su finalidad es hacer promoción y prevención de conductas de alto riesgo que pueden afectar la salud, esto se pretende lograr con la reflexión y formación de una consciencia sobre lo que les pueden afectar las conductas insalubres y con el desarrollo de habilidades que les permitan afrontar diversas situaciones.

Por último más no menos importante, el servicio comunitario que ofrece la Clínica Almaraz consiste en tener acceso a diferentes sectores educativos como lo son primarias, secundarias y Facultades de Estudios Superiores Cuautitlan. En el caso de las primeras se aplica el tests BARSIT (ver anexo c), el cual hace una evaluación del rendimiento escolar, tiene la finalidad de detectar a los alumnos con bajo rendimiento para sugerir la implementación de estrategias necesarias para un mejor desempeño del escolar, esto se logra llegando a un previo acuerdo con el personal de las escuelas y los padres de familia.

En el caso de las Facultades de Estudios Superiores Cuautitlan (campo 1 y 4) se realizaron varias exposiciones dirigidas a estudiantes, personal docente, directivo y administrativo de las Facultades, las exposiciones impartidas fueron: exposición del Síndrome Metabólico y la Feria de la Salud, estas contaron con un fin de prevención y promoción de la salud- enfermedad haciendo caso a las conductas de alto riesgo. Estas actividades fueron coordinadas por Blanca Aranda y Emiliano Lezama conjuntamente y las llevaron a cabo estudiantes del Servicio Social y pasantes de psicología. Ya que en esta actividad el pasante de psicología participo activamente, será descrita más a fondo en el siguiente apartado.

3.3 Praxis del Pasante de Psicólogo Clínico de la Salud en la CUSI ALMARAZ

Este apartado plasma como las prácticas profesionales de psicología desarrolladas en la Clínica Universitaria de Salud Integral Almaraz reflejan una labor multifactorial, es decir donde el psicólogo desempeña diversas actividades, empero, ninguna de estas es ajena a su labor, es por ello que esta forma de trabajo es visualizada como una opción más para el ejercicio del psicólogo inserto en el área de la salud, exhibe una alternativa de trabajo en el área de la salud apoyando a una población de economía escasa, esto se manifiesta no solo

en las actividades realizadas dentro de la Clínica sino fuera de ella gracias a la labor social que médicos, enfermeras, dentistas, psicólogos y otros profesionales desempeñan en las diversas Escuelas y lugares de los alrededores. De igual forma dichas prácticas permiten el desarrollo del psicólogo clínico de la salud haciendo caso a las funciones que debe desempeñar, como son: la evaluación, diagnóstico, tratamiento e intervención, prevención y promoción, investigación, etc., estas funciones se ejemplifican claramente cuando el psicólogo da paso a las siguientes actividades: a) aplicación de pruebas psicométricas a la población que permiten la investigación y la planeación de un posible diseño de intervención, b) talleres y promoción de diversos temas importantes en periódicos murales o trípticos, c) la administración y coordinación del servicio psicológico como la necesaria comunicación con los demás servicios de esta Clínica, d) la asistencia psicológica y orientación a las personas que así lo reclamen.

Por lo tanto es importante mencionar que el trabajo que realiza el pasante de psicólogo en esta Clínica es constante y en expansión ya que siempre se presentan nuevos y posibles proyectos a realizar.

No obstante de que cada una de las actividades previamente comentadas son de amplia importancia, en este apartado solo me enfocare a dos: el servicio a la comunidad y el servicio de atención psicológica dada su frecuencia y demanda así como la implicación e interés que tuve hacia ellas. Ahora bien daré inicio hablando del trabajo en comunidad.

3.3.1 Servicio a la Comunidad

Como lo comenta Gómez (1999), la psicología de la Salud se preocupa por aquellos comportamientos que amenazan la salud del individuo, pero también, se preocupa por los que la promueven, mejoran y mantienen, pero para que esto sea posible será necesario llevar los servicios de salud a las Comunidades, por ello el presente Servicio a la Comunidad tuvo la finalidad de cubrir ciertas necesidades de la población de Cuautitlan; estas se enfocaron al plano académico y a temas de salud (educación sexual, depresión, estrés, depresión, etc.), gracias a estas actividades se promovió la educación en la salud

como una alternativa de reflexión, para lograr un plan de vida saludable y pleno el cual siempre tendrá presentes las acciones e ideas que podemos tener ante una situación hostil de tal manera que la enfrentemos de la forma más optima.

Este servicio psicológico se fundamenta con la base de un programa integral en el cuidado de la salud de las personas y considera los aspectos sociales y psicológicos del paciente. Con base en el concepto de salud (previamente citado), pretende que el paciente recapacite sobre el compromiso que tiene hacia su salud, es decir que de cuenta de las conductas que practica y que benefician o repercuten en su organismo (biológicamente, psicológicamente y socialmente). De esta forma el paciente obtiene herramientas claves en pro de su salud emocional y física.

Retomo que este programa de psicología se encamino a diferentes actividades, según las principales demandas de la comunidad, estas actividades abarcaron aspectos como la prevención y promoción de la salud y mi actividad en estas cuestiones no abarcaron aspectos cuantitativos o de graficas, ya que tanto pasantes como estudiantes nos enfocamos a participar activamente en las Ferias y en algunos casos a efectuar la captura de datos, esta aclaración es importante ya que explica la ausencia de datos estadísticos, salvo las tablas de captura de datos.

A continuación describiré las actividades y la función del psicólogo dentro del Servicio a la Comunidad.

- Feria de la Salud
- Síndrome Metabólico
- Aplicación del tests proyectivo Barsit a Escuelas Primarias.

La Feria de la Salud, se realizo dentro de las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Cuautitlan Campo 1, se ubico específicamente en el patio frente a la Biblioteca. La Facultad, cuenta con las siguientes carreras: químico farmacéutico biólogo, ingeniería química, diseño grafico y artes visuales e ingeniería en alimentos. Esta feria contó con la

participación de enfermería, odontología, medicina, optometría y psicología, esta última bajo la coordinación de la Licenciada Blanca Aranda y el Licenciado Emiliano Lezama.

La dinámica de esta Feria de Salud fue la siguiente: se instalaron diversos módulos de información ubicados en el patio de la biblioteca de esta escuela, atendidos por pasantes y estudiantes del servicio social de medicina, psicología, odontología, enfermería y optometría; cada área contó con una mampara, con la finalidad de exponer diversos textos informativos y educativos. Se ofrecieron los siguientes servicios:

- Valoración integral (chequeo de presión, talla, peso, etc.)
- Consulta psicológica
- Diagnósticos de optometría
- Diagnostico dental y limpieza dental
- Aplicación de vacunas
- Distribución de desparasitantes y vitaminas
- Distribución de condones
- Valoración ginecobstrétrica

Cada especialidad de la Salud se enfocó en diversos temas según sus conocimientos y habilidades; en lo que respecta al área de nuestra importancia (psicología), su participación consistió de proporcionar información sobre diversos tópicos veraces y oportunos ya sea de forma impresa o en charla, según lo requiriera la comunidad. También, pese a que fueron temas dirigidos a la población en general, fue necesario en ocasiones ofrecer orientaciones o intervenciones a pacientes específicos quienes aprovecharon pertinentemente el espacio para expresar sus dudas y sentimientos personales. Estas actividades nos brindaron la oportunidad de difundir el servicio de la Clínica Almaraz, haciendo una invitación o canalizando a diferentes personas que lo precisaban.

Mi labor en esta Feria de la Salud consistió en: verificar la asistencia y puntualidad de los demás compañeros psicólogos, así como apoyar y corroborar su siempre óptima

participación dentro de las actividades; de lo cual acentuó que siempre se trabajó en armonía y profesionalmente logrando un excelente equipo de trabajo, donde lejos de establecer jerarquías se hizo manifiesto el compañerismo y respeto.

Por otra parte, algunos de los temas que se distribuyeron impresos y/o verbales, en el área de Psicología son los siguientes:

- Trastornos de la conducta: Bulimia y Anorexia
- Alcohol y drogas
- Sexualidad
- Depresión
- Violencia en la pareja
- Estrés
- Autoestima

Pese a la distribución de diversos trípticos, ante lo que se mostró especial interés por parte de los estudiantes fue la aplicación de un tests de depresión (ver anexo d), ya que una representativa muestra de estudiantes contestó ávidamente el tests, cabe mencionar que este cuestionario no solo lo contestó la población estudiantil, sino todo interesado.

La metodología para la aplicación del tests fue la siguiente: incluir al reverso del tests los datos indispensables para el futuro registro, estos fueron: nombre, edad, y carrera. Nos vimos en la necesidad de obtener estos datos pues ante el creciente interés de la población fue imposible verter los resultados en ese momento salvo en casos muy específicos. Posteriormente, de forma individual cada participante contestó el tests según sus características personales. Se procuró que el aplicador siempre se mostrara accesible ante cualquier duda o comentario del alumnado resultando de gran ayuda para brindar el interés que el paciente merecía. Al finalizar el tests de depresión se les invitó a los interesados acudir a la CUSI Almaraz donde se les hizo entrega de los resultados derivados de sus respuestas y a la par se les ofreció una orientación personal y una invitación a un seguimiento terapéutico si lo requería y lo aceptaba el paciente.

Los casos excepcionales que por su alto nivel de ansiedad se les hizo entrega en el momento el diagnóstico para reducir la ansiedad que presentaban ante la incertidumbre de su resultado, fue necesario darles pie a una orientación sobre la depresión y como podemos enfrentarla esbozando sobre los motivos del posible origen de su depresión. Se sugirió asistir a nuestro servicio psicológico o a otro para lograr un mejor trabajo terapéutico con la finalidad de prevenir posibles crisis severas de depresión u otras conductas desfavorables derivadas de la depresión.

Cabe mencionar que las reacciones de los estudiantes fueron diversas según el resultado obtenido, ya que expresaron frases anímicas de acuerdo a su valoración, cuando se les informaba que su nivel de depresión era nulo, exclamaban alegremente afirmaciones como las siguientes: ¡ya lo sabía ¡ hay, que bueno! En contraste quienes presentaron depresión (de cualquier tipo), se mostraron preocupados e incluso hicieron exclamaciones tales como: ¡chin!, ¡mas o menos, ya sabia! Podríamos deducir que ante el resultado las personas decayeron o se sintieron tristes, pero precisamente hay surgió la labor del psicólogo como un canalizador y orientador, pues al informarles sobre que es la depresión y como esta suele estar asociada a otros factores, la ansiedad del paciente disminuye y se enfoca a un interés: que puede hacer para mejorar su situación, o incluso hubo quienes se interesaron en indagar la raíz de su problema y seguir un tratamiento psicológico mas personalizado y mas a fondo. Esta modificación en su actitud los lleva a buscar alternativas viables ante su situación.

Fue necesario explicar al paciente que la depresión la consideramos como la actitud que tomamos hacia la vida, la cual integra varios factores como son afectivos, cognitivos y conductuales, y por tanto al considerarla como una actitud puede ser negativa o en el mejor caso positiva, y depende de cómo la consideremos será como nos sintamos. También fue necesario comentarles a los pacientes algunos de los síntomas derivados de la depresión con la finalidad de que el paciente los identifique y reflexione sobre ellos. Los síntomas los dividimos en tres tópicos que son: 1) los afectivos: tristeza, llanto, vergüenza, ira, etc., 2) cognitivos: indecisión, autocrítica, problemas de concentración y memoria, etc. y 3) conductuales: pasividad, evitación, déficit en habilidades sociales, etc.

La finalidad de que el paciente tuviera este conocimiento fue: que diera cuenta de cómo las partes que comprenden la depresión se convierten en un círculo vicioso que opera en contra de la calidad de vida debido a los pensamientos, sentimientos y acciones y actitudes negativas que presentamos.

A través de la aplicación del tests de depresión dimos cuenta de la gran cantidad de estudiantes que existen con índices de depresión ya fuese severa, crónica, leve o moderada. Esto nos lleva a considerar diferentes factores que influyen en la vida de las personas y que promueven o mantienen la depresión, estos factores no solo derivan de las presiones académicas, si no que también son factores familiares y personales.

De igual forma, este tipo de resultados hizo que visualicemos la depresión como un grave problema que aqueja a la población, dados nuestros hábitos, actitudes y costumbres de vida, es por ello que la finalidad de estas ferias es proporcionar información que ayuda a la población a reflexionar sobre como nuestras ideas y actos nos pueden llevar a la destrucción o deterioro de nuestra persona en todas las áreas con las que contamos, este resultado dio cabida a la planeación de un taller que vele por este y otros temas de especial cuidado. Es así como esta feria se vuelve un espacio acertado para que la población estudiantil y otros interesados solventen algunas dudas persistentes consultando directamente a especialistas de la salud, y se logre un trabajo multidisciplinario que abarque de forma más integra al paciente.

Por su parte la exposición del Síndrome Metabólico tuvo lugar los días 1 y 2 de diciembre 2004, dicha exposición se llevo a cabo frente a la Clínica Almaraz y se dirigió a la población en general. En esta Feria también hicieron presencia los distintos especialistas con que cuenta la Clínica: medicina, psicología, odontología, enfermería y optometría.

Es importante que antes de describir las actividades de esta exposición, se explique brevemente a que nos referimos con el “Síndrome Metabólico también conocido como Síndrome “X” o Síndrome de resistencia a la insulina”. Al hablar de este Síndrome hacemos referencia a un conjunto de factores de riesgo para la salud (ejemplo: la obesidad),

los cuales acrecientan la posibilidad de padecer enfermedades cardiacas, adquirir diabetes o algún tipo de cáncer. Dado lo anterior, es lógico pensar que para tratar el Síndrome metabólico es necesario tener un control y conducción de los factores de riesgo, así como adquirir conductas saludables como lo son la actividad física, la alimentación balanceada y un peso corporal favorable.

Respecto a la Feria, en esta ocasión se ofrecieron los siguientes servicios:

- Platicas (Síndrome Metabólico, diabetes mellitas, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia)
- Tests, que permiten conocer el riesgo a padecer el Síndrome Metabólico
- Prueba de azúcar en la sangre
- Toma de presión arterial
- Toma de peso y talla
- Calculo de peso ideal
- Perímetro abdominal
- Índice cintura/cadera
- Calculo de índice de masa corporal
- Diagnostico de estado nutricional
- Exhibición de cocina
- Platicas de cuidados periodontales
- Examen de agudeza visual
- Aplicación de tests de depresión
- Aplicación de cuestionario de hábitos conductuales

La dinámica con la que se llevo a cabo esta exposición fue la siguiente: colocación de mesas y mamparas por especialización en el patio de la Clínica; la colocación de las mesas fue en forma circular, de tal manera que los asistentes a esta exposición recorrieran cada servicio.

Al inicio los asistentes tuvieron la oportunidad de abrir un expediente Clínico; en dicho expediente se capturaron datos importantes, en algunos casos pueden ser considerados como factores de riesgo para la salud del paciente (presión arterial, peso, talla, estatura, etc.), este expediente los pacientes se lo quedaron para llevar un registro de cada cambio que pudieran presentar en un futuro.

En el caso de psicología se realizaron las actividades de asesoría psicológica, exposición, charlas y entrega de trípticos a los asistentes; los temas que se tocaron fueron similares a la Feria de la Salud, (educación sexual, bulimia, anorexia, depresión, estrés, etc.), en esta exposición además de aplicar el tests de depresión se anexo un cuestionario de hábitos conductuales (ver anexo e), este último tuvo la finalidad de formar una consciencia a través de un listado de diferentes conductas y actividades que ponen en riesgo la salud.

En esta ocasión se tuvo la oportunidad de regresar de forma inmediata los resultados de las pruebas de depresión, gracias a que contamos con el programa computarizado de calificación a esta escala. Con este beneficio se pudo atender a las personas de forma más personalizada e invitarlas al servicio psicológico que ofrece la Clínica Almaraz, además de disminuir la incertidumbre ante el desconocimiento de los resultados.

La mayoría de las personas que solicitaron la prueba de depresión fueron los estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Cuautitlan Campo 4, esta Facultad cuenta con las siguientes carreras: administración, contabilidad, ingeniero mecánico eléctrico y medico veterinario zootecnista.

Con la finalidad de ejemplificar los resultados del tests de depresión a continuación presento una de las tablas de la captura de datos.

TABLA DE DEPRESIÓN CAMPO 4.

Genero	Edad	Carrera	Tipo de Depresión
Fem.	21	Adm.	Leve
Fem.	19	Adm.	Leve
Fem.	26	Adm.	Mayor
Fem.	19	Adm.	Profunda
Fem.	22	Adm.	Leve
Fem.	21	Adm.	Profunda
Fem.	19	Adm.	Leve
Fem.	20	Adm.	Mayor
Fem.	19	Adm.	Moderada
Fem.	19	Adm.	Mayor
Fem.	20	Adm.	Leve
Fem.	21	Adm.	Moderada
Fem.	19	Cont.	Leve
Fem.	23	Cont.	Leve
Fem.	20	Cont.	Profunda
Fem.	19	Cont.	Leve
Fem.	20	Cont.	Leve
Fem.	21	Cont.	Profunda
Fem.	20	Cont.	Mayor
Fem.	22	Cont.	Mayor
Fem.	20	Cont.	Moderada
Fem.	19	Cont.	Moderada

Tabla 3. Tabla De Depresión de la Facultad de Estudios Superiores Cuautitlan Campo 4, donde:

Adm. =administración y Cont.=contabilidad.

Sobre esta tabla puedo comentar que fueron resultados muy similares a los obtenidos en Campo 1, y que los estudiantes también se expresaron de diversas formas según las valoraciones, empero se encontraron con la ventaja de tener una valoración inmediata además de contestar un cuestionario de hábitos saludables que apoyo fuertemente la reflexión de los alumnos.

Debido al tema de “Síndrome Metabólico”, se le dio especial interés a la detección y prevención de aquellas conductas que afectan nuestra salud, siendo así se introdujo el cuestionamiento de: ¿Cómo lograr la salud?, para lograr esto nos apoyamos del

cuestionario de los hábitos saludables, pues al termino de este se dio pie a hablar sobre cómo alcanzar este estado saludable tan deseado, para ello nos vimos en la necesidad de concluir que debemos adoptar hábitos saludables, buscar cuidados médicos y buscar el bienestar psicológico.

En cuanto a los Comportamientos que ponen en riesgo nuestra Salud, se hablo de los siguientes:

- Conductas alimentarias: comer en exceso, dejar de comer, no seguir una dieta equilibrada, etc.
- Ingesta de drogas: fumar, beber alcohol, consumir cocaína, heroína, etc.
- Descanso: trasnochar, dormir pocas o en exceso horas, exceso de trabajo, etc.
- Actividad: no realizar ejercicio físico o exceder de el.
- Higiene personal: no lavarse las manos, no cepillarse los dientes, no bañarse, etc.
- Trabajo: falta de comunicación, conflictos laborales, agotamiento, etc.
- Pareja y familia: discusiones frecuentes, no afrontar problemas cotidianos, conductas sexuales riesgosas, etc.

De igual forma se retomaron las conductas saludables, conceptualizándolas como aquellas en las que toma parte un individuo cuando favorece a su salud y previene la enfermedad. Estas conductas saludables o estilos de vida saludables son los siguientes:

- Hacer ejercicio
- Alimentación balanceada
- Adoptar comportamientos de seguridad
- Evitar el consumo de cualquier tipo de drogas u otro vicio.
- Tener practicas sexuales seguras
- Procurar un estilo de vida saludable, disminuyendo al máximo las emociones negativas (estrés, depresión, etc.).

Como se puede apreciar, la finalidad de esta exposición como el de la Feria de la Salud, fue fortalecer y hacer énfasis a las conductas y estilos de vida que conllevan a una vida saludable.

Por último, describiré el trabajo realizado en las Escuelas: Lázaro Cárdenas, Rubén Salas Estrada e Isidro Fabela, todas ellas se localizan en el Municipio de Cuautitlan Izcalli. La comunidad estudiantil de estas instituciones participó en la resolución del tests proyectivo de Medición Rápida de la Habilidad Intelectual (BARSIT).

Con la finalidad de cubrir los diversos servicios de la Clínica, fue necesario que solo algunos días específicos asistiéramos a las instituciones. Los días que me correspondió participar se realizaron múltiples asistencias comunitarias donde el servicio de psicología compartió la atención de estas escuelas con los servicios médicos y de enfermería que realizaron actividades como: toma de peso y talla, prueba de vista, desparasitantes, etc.

Subrayo que para el traslado a las diversas comunidades, La Clínica Almaraz cuenta con un servicio de transporte a la disposición de los pasantes de las distintas especialidades, permitiendo así una organización optima que procura que las diversas especialidades lleguen juntas a las diferentes escuelas, promoviendo que el trabajo multidisciplinario sea ordenado y en un mismo tiempo y, evitando que los grupos pierdan mucho tiempo de clases. De igual forma, el que en el transporte viajen diversas especialidades, permite la comunicación e intercambio de ideas entre las mismas especialidades.

Antes de describir la dinámica empleada para la aplicación del programa de evaluación de la habilidad intelectual en escolares con bajo rendimiento académico, describiré brevemente en que consiste dicho programa:

Debido a que una de las grandes preocupaciones del personal docente y de los padres de familia es precisamente, el desempeño escolar de los alumnos, siendo este desempeño la base clave para un futuro académico, por ello este programa asentándose en

la aplicación del BARSIT, pretende que a través de los datos obtenidos sea posible una correlación entre la baja capacidad intelectual y el bajo rendimiento escolar.

Retomando lo dicho, ante las dificultades que presentan algunos alumnos en ciertas actividades académicas cotidianas en las cuales, la mayoría de los alumnos no presentan conflicto, surge la preocupación y la necesidad de preguntarnos sobre los posibles factores que puedan relacionarse con el desempeño académico del alumno.

Se puede entender que la hipótesis de este programa, giró entorno a que la baja capacidad intelectual, en su mayoría, se relaciona con el bajo rendimiento escolar, por ello es importante que se evalué la habilidad intelectual de los alumnos con dificultades en su rendimiento académico, con el fin de identificar si esto se debe a factores intelectuales o de otra índole, para así poder proponer acciones que ayuden a los niños a su óptimo desarrollo académico y personal.

Los objetivos de este programa, se encaminaron a los siguientes 2 puntos:

- Detectar si el bajo rendimiento académico de los niños de 4º, 5º y 6º de primaria, esta relacionado con una baja habilidad intelectual.
- Implementación de estrategias cognoscitivas que permitan a los niños y padres mejorar el rendimiento académico de los alumnos.

Por otra parte, la dinámica que llevaron a cabo los psicólogos para la aplicación del BARSIT (ver anexo d), fue la siguiente: el pasante de psicología, en este caso yo, acudí a la dirección de la escuela para entrevistarme con la directora o en caso extraordinario con la encargada en ese momento. La persona encargada ya estaba informada previamente sobre nuestra participación en su institución, posteriormente se le hizo entrega de un formato donde explicaba que era el BARSIT, sus objetivos y su función, así como la forma en que se aplicaría.

Hubo escuelas donde los directivos o encargados de la dirección, ya contaban con un listado de los niños a los que se les aplicaría este tests, este listado contaba también con

el grado y grupo de cada niño, facilitando en gran medida nuestro trabajo, pero también hubo escuelas donde fue necesario que se pasara directamente a cada grupo para que el profesor del mismo, según su conocimiento de los alumnos permitiera la salida de quienes consideraba tenía problemas académicos.

Las escuelas destinaron para nuestra actividad un salón específico, sin embargo, debido al tamaño de cada escuela y a sus posibilidades, en ocasiones se trabajó con los médicos o enfermeras en un mismo salón, surgiendo la necesidad de dividirlo espacialmente.

El método utilizado para la aplicación del BARSIT, fue el siguiente:

Sujetos: niños de 4º, 5º y 6º de primaria, que fueran reportados con bajo rendimiento académico.

Instrumento: tests BARSIT (Medición Rápida de la Habilidad Intelectual).

Escenario: Escuelas primarias participantes de los programas multidisciplinarios de la CUSI Almaraz.

Materiales: formatos del BARSIT, lápices, gomas y sacapuntas.

El **procedimiento**, se desarrolló de la siguiente forma:

Se les indicaba a los niños que pasaran al salón previsto para esta actividad. El orden en que pasaron los niños, para un mejor control, fue el siguiente: se pasó grupo por grupo, comenzando por los cuartos grados hasta los sextos. En el caso de que los niños de un grupo fueran una muestra muy pequeña o en ese momento el grupo no pudiera participar debido a otra actividad, se retomaron a los niños del siguiente grupo, pero del mismo grado, ejemplo: aplicación de BARSIT al 4º “A” y al 4º “B”. Se procuró que los salones acondicionados para esta actividad contaran con el espacio y los materiales necesarios para que los niños contestaran cómodamente el BARSIT. Ya ordenados los niños en cada lugar, proseguimos a la distribución de los ejemplares y a la lectura de las instrucciones. Posteriormente se les dio la instrucción de contestar los ejemplos de la primera hoja, los cuales ilustraban la forma en que se contestaría el BARSIT y a la par ejemplifico el tipo de cuestiones con que cuenta este tests proyectivo, consecutivamente se hizo lectura de la

siguiente leyenda: “A continuación se encuentran 60 preguntas parecidas a éstas. Para hacer estos ejercicios se les darán 10 minutos, que deben aprovechar lo mejor que puedan. Recuerden que es mejor hacer las cosas bien que de prisa, pero si no saben cómo resolver una pregunta, no se entretengan mucho en ella y pasen a la siguiente. Procuren que la rapidez no les haga cometer errores. No nos pueden preguntar nada, ni distraerse con sus compañeros.” Previamente a los alumnos se les dio una breve explicación de que este tests no sería examen y que no afectaría de ninguna forma sus calificaciones, que solo lo contestaran lo mejor que pudieran y que no era necesario que lo contestaran todo.

Cuando los niños finalizaron el BARSIT, se recogieron cada uno de los formatos, revisando que contaran con los datos correctos, y se finalizó agradeciendo a los niños por su participación, posteriormente se llevaron a los niños a su respectivo salón.

Cuando el tiempo fue propicio, el grupo de psicólogos calificó ahí mismo los ejemplares, pero nunca se entregaron los resultados en ese momento a los directivos, ya que el reporte que se entregó a cada escuela, contiene el informe general de todos los grupos a los que fue aplicado en esa institución. La recopilación de datos según los resultados del BARSIT, se llevó a cabo en la Clínica Almaraz, ya que se insertaron directamente a una base de datos. Sin embargo, mi participación en esta actividad solo correspondió hasta la captura de datos, ya que la tabulación, gráficas de los resultados y reporte final correspondió a la Licenciada Blanca Aranda y al Licenciado Emiliano Lezama.

El tiempo en que se terminó de aplicar el BARSIT en una escuela fue muy relativo, ya que se involucraron diversos factores como: la cantidad de grupos y la muestra de niños, las actividades que llevaron a cabo esas escuelas, también fue importante la secuencia en que se visitó a la comunidad escolar, pues por algunos factores adversos se llegó a suspender esta actividad. También es importante recordar, que siempre fue necesaria una coordinación entre el grupo que visitaba la comunidad escolar el día diferente al de nosotros, con la finalidad de mantener una lógica secuencia de las escuelas y los grupos a los que se les aplicó el BARSIT.

Algunos de los problemas que se suscitaron en esta actividad fueron los siguientes: la ya mencionada situación de tener que compartir un salón con otros especialistas, el motivo por el cual esto se mostró desventajoso fue porque al ser una batería en forma de cuestionario, se requirió de toda la concentración y atención de los niños, además de la necesidad de que cada niño se ubicara en una sola banca para que no indagara en las respuestas de su compañero. Obviamente en estas condiciones fue imposible cubrir los requerimientos ya mencionados, empero, se trato de controlar en lo posible estas variables, de tal forma que los compañeros médicos o enfermeras, respetaron nuestra labor sin dejar de realizar la suya, pero con la precaución de no hacer más ruido y actividad de lo necesario. También procuramos que la muestra de niños requerida en ese momento fuera pequeña, con la finalidad de que no se sentaran en pareja, pese a que esto alargó el tiempo en que se terminaría de aplicar el BARSIT en la escuela, pero fue de gran utilidad para una mejor comodidad de los alumnos. Este problema no se presento siempre, pero cuando llego a acontecer, fue necesario actuar de la mejor forma, empleando las herramientas con las que contábamos, ya que seria imprudente requerir de los materiales o espacios con los que no cuenta la escuela, pues como psicólogos nos adecuamos y comprendimos la situación de estas instituciones.

El problema más significativo fue el comentar a los maestros que indicaciones se les daría a los niños a los que se les aplicaría el BARSIT, este inconveniente se deriva a partir de que la muestra de niños, como ya se menciona, tenia la característica de ser alumnos con un bajo rendimiento académico, ante esta característica surgió la necesidad de dar una instrucción correcta a estos alumnos, para que no fueran etiquetados por sus profesores o compañeros siendo contraproducente en el desarrollo del niño, por ello se sugirió la siguiente frase: “ algunos de ustedes, ayudaran a los psicólogos a contestar algunos ejercicios, que necesitan para un trabajo de investigación”.

Solucionado este inconveniente, se les explico a los niños que las preguntas que contestarían no correspondían a un examen y no influirían en sus calificaciones, cubriendo 2 finalidades, la primera fue disminuir su estrés ante un examen y la segunda despejar su

duda de que si influiría en sus calificaciones, para que no trataran de contestar toda la batería.

Fue de suma necesidad, procurar que los profesores solamente mandaran a los alumnos que consideraban de bajo rendimiento académico y no enviaran a niños con algún otro problema conductual que no se relacionara con el rendimiento académico, previamente se comentaba con los profesores esta cuestión y también si era necesario se daría solución a cualquier duda referente a la batería.

Favorablemente destaco que no tuvimos ningún inconveniente con el personal docente ni directivo, ante la aplicación del BARSIT, siempre nos demostraron respeto y privacidad a nuestro trabajo, mostrándose accesible y cooperativo, forjando esta actividad como algo que en un futuro les beneficiaría, esto favoreció de gran manera la aplicación de esta batería y el buen clima laboral.

En cuanto a la calificación y captura de resultados, menciono lo siguiente: la evaluación de esta batería es relativamente fácil y rápida, cuenta con una hoja guía que contiene las respuestas correctas, a la par cuenta con una tabla que indica una interpretación cualitativa según la puntuación obtenida en el BARSIT.

Los percentiles que maneja esta batería son los siguientes: MUY INFERIOR, INFERIOR, MEDIANO, SUPERIOR Y EXCELENTE, estos se consideran según el grado del estudiante (4° a 6°).

A través de la captura de datos de los resultados de las diversas escuelas, dimos cuenta de que existe por lo menos en estas muestras, un marcado bajo rendimiento académico, ya que el percentil que mas destaco fue el de MUY INFERIOR, siguiéndolo el INFERIOR, en los datos que capturamos pocos fueron los alumnos que destacaron con un percentil mediano, superior o excelente. Por lo tanto los percentiles que se consideran con mayor atención son los de INFERIOR Y MUY INFERIOR, debido a la necesidad de

evaluarlos de forma medica y psicológica, con la finalidad de encontrar el porque de su bajo rendimiento escolar.

A continuación ejemplifico los resultados antes mencionados, exponiendo una tabla de resultados del grupo 4 “X” de la Escuela Lázaro Cárdenas, antes expondré, la tabla de parámetros establecidos para calificar la prueba.

Grado escolar	MUY INFERIOR (MI)	INFERIOR (I)	MEDIANO (M)	SUPERIOR (S)	EXCELENTE (EX)
6°	Hasta 34	35-37	38-43	44-46	Mas de 46
5°	Hasta 30	31-33	34-39	40-43	Mas de 43
4°	Hasta 23	24-27	28-34	35-39	Mas de 39

Tabla 4. Parámetros de calificación para el BARSIT.

BARSIT del grupo de 4° “X”

ALUMNO	Edad	Grupo	Puntos	percentil
*1	10	4° “X”	30	MI
2	9	4° “X”	25	MI
3	9	4° “X”	31	MI
4	9	4° “X”	34	MI
5	10	4° “X”	25	MI
6	11	4° “X”	35	I
7	9	4° “X”	40	M
8	11	4° “X”	36	I
9	9	4° “X”	37	I

Tabla 5. Resultados arrojados del BARSIT donde:

M= mediano

I= inferior

M.I.= muy inferior

*se mando a revisión de optometría por su dificultad de lectura, para descartar algún otro problema.

En esta muestra de un grupo destacaron los percentiles INFERIOR o MUY INFERIOR, mostrando un bajo desempeño académico, de estos 9 participantes solamente uno logro un percentil medio, lo cual demuestra la necesidad de una ayuda urgente y profesional en el área de problemas de aprendizaje, por esta razón se sugirió la asistencia a

la Clínica para una ayuda individual y conveniente, de acuerdo a las necesidades del alumno.

A reserva de un análisis mas exhaustivo de los casos en particular, podemos visualizar que si se esta presentando una relación entre la baja capacidad intelectual con el rendimiento escolar, esto nos lleva a reflexionar sobre las posibles soluciones que como psicólogos debemos de presentar y estudiar.

Este es un problema que no podemos pasar por alto, y es necesario indagar sobre las variables que persisten en este asunto, para poder ofrecer estrategias viables a estas instituciones, a los alumnos y a los padres de familia. La otra alternativa es invitar a el servicio psicológico que ofrece la Clínica, con la intención de que el trato de los niños sea mas personalizado y se pueda ofrecer un ahondamiento en la búsqueda del factor que afecta al alumno, para saber si es un problema académico o de otra índole. Esto se puede lograr con la aplicación de otras pruebas proyectivas, y con el apoyo psicológico a través de diversas estrategias que ayudan al desarrollo de las habilidades académicas del niño, así como técnicas que motiven e interesen al alumno a las diversas actividades escolares.

3.3.2 Servicio de Atención Psicológica

Antes de introducirnos al tema, cabe destacar que esta práctica de atención psicológica no se podría haber llevado a cabo sin la valiosa e importante asesoría de un tutor, que en este caso corresponde a la profesora Blanca Aranda, quien me orientó y coordinó en las dudas y progreso de las sesiones psicológicas, siempre mostrando respeto y confianza hacia mi trabajo.

Los casos que aborde en el servicio psicológico en ocasiones fueron remitidos por los médicos o por las enfermeras o bien, los pacientes se dirigían personalmente a solicitar este servicio. La demanda de pacientes en esta Clínica es muy frecuente, sin embargo existe un porcentaje de pacientes que tiende a dejar el servicio ya sea por motivos personales, por la falta de seguimiento (ya que los psicólogos son cambiados según los periodos

semestrales y algunos pacientes no se adaptan al cambio), porque algunos solo tienen curiosidad sobre el servicio psicológico o el más frecuente, porque los horarios del servicio no coinciden con los del paciente.

El trabajo psicológico que realicé se fundamentó en la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencias, sin dejar de aplicar técnicas cognoscitivas o conductuales, pero enfocada a comprender la historia del paciente, considerando siempre aspectos básicos como lo son: educación, cultura, hábitos, ideologías, etc., gracias a la reestructuración de esta información el paciente puede reflexionar y lograr el insight y la translaboración de su problema, previniendo nuevas trabas en su vida, gracias a las herramientas con las que cuenta y puede desarrollar.

En cuanto al número de casos que abordé fueron un total de 16 pacientes, 5 de estos solamente fueron una vez a consulta o bien solo pedían una cita y no asistían, sobre estos pacientes es difícil saber el motivo por el cual decidieron no continuar las sesiones o no asistir a estas. Once pacientes llevaron un seguimiento de sesiones e incluso 5 fueron dados de alta, 2 fueron canalizados con otro terapeuta para la sesión de seguimiento, dada la limitación de tiempo que me quedo en la Clínica. Un paciente por motivo de un nuevo empleo tuvo que dejar las sesiones pese a sus óptimos resultados; 2 pacientes más, dejaron el servicio después de dos sesiones sin explicar el motivo de esta decisión, y un paciente dejó el servicio por su ingreso a la escuela a nivel medio superior. Cabe destacar que debido a que la Clínica carece de atención psicológica en el turno de la tarde, a varios de los pacientes que sus actividades son a lo largo de la mañana y parte de la tarde les es imposible aún deseándolo asistir a este servicio.

El total de pacientes que atendí a lo largo de 6 meses, se comprende si hacemos caso a que desempeñe más servicios que no restaban de importancia, sin embargo, esto me imposibilitó a dar asistencia psicológica durante todo el tiempo que labore. No obstante, destacó la cooperación de los estudiantes del servicio social, quienes al cubrir actividades como atención a las comunidades y atención psicológica, dieron paso a que pudiera cumplir la asistencia psicológica durante un plazo idóneo.

Por otro lado, las personas que atendí fueron niños desde 5 años de edad hasta una persona adulta de 61 años y los diferentes tipos de casos e incidencia que aborde son los siguientes:

- Uno por autoestima baja debido a la obesidad
- Uno por problemas de lenguaje
- Dos por problemas académicos
- Uno por problemas de conducta agresiva y apatía escolar
- Uno por problemas de autoestima baja y falta de habilidades sociales relacionado por la epilepsia
- Uno por depresión por padecer papiloma humano
- Uno por duelo ante la pérdida de su esposo
- Uno por problemas de pareja
- Uno por miedo a las películas de terror y conducta agresiva
- Uno por problemas de conducta (arrancarse el cabello) por ansiedad

De estos once casos pese a que algunos presentaban el mismo problema como las dificultades académicos, fueron tratados de distinta forma según las características de cada paciente, no obstante algunos casos se trataron de manera similar, como fue el asunto de dos adolescentes que presentaron una conducta agresiva (responder de forma grosera y gritar), ya que a ambos les indiqué ejercicios reflexivos ante la responsabilidad de su conducta y el esbozo de ventajas y desventajas que les ofrece esta conducta así como la búsqueda de alternativas para enfrentarla. Otro ejemplo fue el caso del papiloma humano y la epilepsia en los que trabaje con los estilos de vida saludables o que fueran óptimos para mantener una mejora en sus enfermedades, así como la identificación de las situaciones que desencadenaran los síntomas de su enfermedad, con la finalidad de hacer consciencia ante las conductas o situaciones que alteran la salud. Identificadas y conscientizadas estas conductas promoví al cambio de sus hábitos y situaciones insalubres y perjudiciales, esto lo logre mediante técnicas cognitivas y conductuales.

Como se puede apreciar se dispuso de variados casos, no obstante por su clara relación y por su seguimiento destacaré 5 de estos con la finalidad de ejemplificar la praxis del psicólogo social de la salud en la atención psicológica:

El caso de un joven de 22 años, quien asistió a terapia argumentando que mantenía una relación de pareja disfuncional, el joven asistió 7 veces a las sesiones. En la primera sesión su narración se enfoco a comentar su relación de pareja y como lo hacia sentir la misma. En su charla destaco que su novia era casada y esto le causaba mucha inseguridad pues no podía llamarle ni verla cuando el quisiera. Pese a que en reiterados momentos comento que su relación le hacia mucho daño, pensaba que si terminaba su noviazgo nunca más podría tener otra relación. En las siguientes sesiones a través del discurso, se encontró que este joven había sido obeso y que aún bajando bastante de peso con la ayuda de dietas y ejercicio, se seguía sintiendo una persona obesa y poco atractiva causándole mucha inseguridad y baja estima, el mismo paciente dio fe de esto y relaciono este problema con lo que sentía con su pareja. Enfatizo que el paciente era de complexión delgada y con hábitos higiénicos muy destacables (aunque estos fueron más evidentes a partir de la tercera sesión, donde ya se notaba un cambio en el estado anímico del paciente).

Durante la primera sesión el estado anímico del paciente era de angustia y enfado, el mencionaba sentir un gran enfado hacia el mismo por no poder controlar sus sentimientos, en esta sesión su tono de voz fue en variadas ocasiones elevado (no por agresión más bien expresando desesperación).

Retomo el tema de la obesidad del paciente, esto le causaba obsesión y miedo a volver a engordar al grado que era muy meticuloso en su nutrición, en algunas ocasiones consumía alimentos que consideraba que lo subían de peso (chocolates o nueces), a su parecer consumía grandes cantidades de estos (3 chocolates o todas las nueces que hubiera en la despensa, ¼ aprox.). El paciente expresaba reiteradamente miedo a volver a subir de peso, sentía un gran rechazo de las demás personas ante su anterior obesidad, él explico que esta situación lo hizo retraído y promovió dificultades para iniciar y mantener una charla, problema que aún siendo delgado persistió, (un ejemplo de esto lo retoma al mencionar que

para hacerse novio de su pareja actual tuvo que recurrir a enviarle una carta ya que le costo trabajo hablarle).

Este joven destaco en varias ocasiones que no se sentía atractivo y que si terminaba su relación actual no lograría otra o le costaría mucho trabajo, todo esto lo llevaba a comportarse muy complaciente con su pareja y a depender de las decisiones que ella tomara con respecto a su relación.

Un dato significativo fue que el paciente tiene un hermano mayor que vive en EU., del cual comentó con mucha admiración que es una persona muy delgada y con un abdomen plano y marcado. El paciente siente ciertos celos hacia la condición de su hermano quien supuestamente tiene mucha suerte con las mujeres ya que es muy desenvuelto y seguro de si mismo.

Lo anterior fue un breve esbozo de la consulta y demanda del paciente, sin embargo esto da pie a describir las partes fundamentales del proceso terapéutico que emplee. Es importante comentar que debido a que cada paciente es diferente dadas sus características, y contando con el conocimiento de que las personas contamos con varios canales sensitivos, aunque cada persona desarrolla más unos que otros, estas características nos hacen personas auditivas, visuales o quinesicas, y según nuestras características será nuestra sensibilidad a los diferentes estímulos. En el caso de este joven la forma en que aborde la terapia fue en su mayoría por la vía de la narración a detectar que le era fácil y útil narrar la situación (era muy fluido en sus platicas) y además en el proceso de la narración lograba la reflexión y el insight.

En primera instancia enfatice la importancia de que él se dio cuenta de que la situación en la que estaba no era saludable e incluso le afectaba a su organismo como al sistema nervioso, él afirmo que lo sabia y que por ello acudía a una ayuda; posteriormente le hable sobre que eran los pensamientos irreales y como estos tienen una relación directa en nuestros comportamientos y sentimientos, además se reflexiono sobre la percepción de las situaciones: “en si no es la situación la que nos hace sentir de tal forma, sino es la forma

en que percibimos y enfrentamos”, concordando en esto (ya que para mi fue importante en que comprendiera y concordara con lo anterior, con la finalidad de que los siguientes ejercicios fueran significativos y no los hiciera en aislado) se prosiguió la terapia.

También trabajé su concepción de obesidad y como se relacionaba con su baja estima, el comentó que lo sabía pero no sabía como manejarlo, para ello empleé varios ejercicios cognitivos - conductuales, que nos llevaron a identificar los pensamientos irracionales, se prosiguió con la identificación de los pensamientos, las horas, los lugares y las situaciones cuando eran más frecuentes dichos pensamientos. Al hacer esta búsqueda destacaron algunos de los siguientes pensamientos:

“me voy a quedar solo si termino con “X””

“no soy atractivo”

“si logro un abdomen plano y marcado seré una persona atractiva”

“me cuesta trabajo entablar conversaciones”

“aún me siento gordo”

Estos pensamientos eran muy recurrentes y por lo regular aparecían cuando se encontraba en su casa esperando la incierta llamada de su pareja o cuando había pasado por una situación adversa con ella. Ya identificados los pensamientos se derivó a refutarlos y a establecer pensamientos alternativos que lo hicieran sentir bien; también se le enseñó los tipos de pensamientos (absolutistas, fatalistas, determinantes, etc.) con la finalidad de que los identificara y supiera lo que estos provocaban en él, así el paciente se fue haciendo más consciente de su conducta y de la responsabilidad que tenía para sentirse mejor, ya que en un principio responsabilizaba mucho a su pareja sobre como se sentía, esto lo pude identificar a través de su discurso porque frecuentaba frases como “ si no me llama me hace sentir mal”, “si no se decide siento desesperación”. Identificados los pensamientos irreales se busco la forma de cambiarlos, un ejemplo de cómo se trabajaron los pensamientos irreales fue el siguiente: “aún me siento gordo”, se le pidió al paciente que trajera una foto cuando era obeso y una actualmente (la diferencia entre ambas fue muy marcada), charlamos sobre lo mucho que cambio y la forma en que lo logro, además fue necesario que le concertará una cita con el medico donde pretendí que el le explicara como se toma la

talla y peso indicado de una persona, lo que lo convenció y animo más porque según los resultados estaba dentro de su peso y talla óptimos y no estaba pasado de peso como el decía. Posteriormente hablamos sobre los hábitos saludables que llevaba (corría e iba al gimnasio y al nutriólogo, afirmando que no caía en el exceso), estos se enfatizaron para refutar la idea de que engordaría nuevamente debido al conocimiento de que manteniendo estos hábitos se reduce el riesgo de muchas enfermedades y además se reduce la probabilidad de engordar. Otro ejemplo fue enlistar en una columna algunos de sus pensamientos irrealistas, subsiguientemente en una segunda columna identifiqué las distorsiones de estos pensamientos y en la última columna se le preguntaba: ¿si este pensamiento no es cierto o totalmente cierto, cómo lo puedo cambiar de forma que no me afecte y sea algo real?

Esta terapia fue muy fructífera, ayudo a que el joven reconociera sus pensamientos erróneos y la habilidad de cambiarlos se generalizó rápidamente, incluso en terapia esto se evidencio, en ocasiones en el desarrollo de su discurso cambiaba sus oraciones negativas por unas más reales y positivas, ejemplifico: en una ocasión mientras narraba como se sentía comentó que se iba a quedar solo y rápidamente corrigió (aparentemente como si pensara en voz alta), ¡no verdad como me voy a quedar solo si soy joven ni que fuera un viejo!.

El joven logró una reconceptualización de su persona, comenzó a cambiar sus hábitos alimenticios, esto último se logro identificando los lugares, las situaciones y las horas donde perdía el control de su alimentación. También le dio mayor importancia e interés a sus actividades escolares o de ejercicio fomentando su autoestima.

Con respecto a su relación de pareja pese a que la siguió manteniendo, ya tenía más control con lo que él quería de ella y adquirió resiliencia para enfrentar las situaciones indeseadas al tener una clara consciencia de lo que estas le afectaban a su salud, además se volvió un poco más independiente, como lo comente centro interés en sus actividades.

Rescato la última sesión, fue de seguimiento y se dio de alta al paciente, en esta sesión él manifestó estar contento con sus cambios, además que estos se reflejaban en un cambio de actitud, de tono de voz y apariencia. El paciente consideró que tenía más control sobre su inseguridad y sobre sus actitudes.

En lo personal, este proceso me permitió reflexionar junto con el paciente y me enfrente a distintas trabas de las cuales debí ser cuidadosa, un ejemplo de esto fue tratar de no caer en criterios personales con respecto a las relaciones de pareja o la apariencia estética favorable, con el fin de que el paciente se sintiera comprendido y no rechazado por mis ideas.

Como psicóloga este caso me dio mucha satisfacción, al ver que el joven tuvo un progreso relativamente rápido, además su reflexión se generalizó a otras áreas de su vida gracias a las habilidades y herramientas con las que contaba, las cuales siempre enfatice con el fin de reforzarlo a que las utilizara. Cabe destacar que este paciente siempre fue muy puntual y nunca faltó a ninguna cita, factores importantes para su progreso.

El segundo caso que expondré se refiere a un adolescente de 10 años, quien acudió a terapia por determinación de su mamá que lo describe como un niño con una conducta agresiva (entendida como contestón, gritón y enojón). Es importante señalar el hecho de que al ser enviado por su mamá, él no presentó genuino interés hacia la terapia, fue muy importante lograr empatía a partir de la primera sesión con el fin de que lo motivara a asistir a las siguientes sesiones.

Este paciente asistió a 7 sesiones, siempre fue puntual y nunca faltó a ninguna. En la primera sesión se llenó el cuestionario del expediente, estuvieron presentes el adolescente y su madre, al preguntar por el motivo de la consulta la madre comentó que últimamente (hacia aproximadamente 1 mes antes de esta sesión) el comportamiento de su hijo era muy agresivo, es decir, que respondía gritando y que se irritaba fácilmente. Cuando le pregunté a la madre que esperaba que sucediera en esta sesión, ella respondió que su hijo fuera tranquilo que no respondiera, que le obedeciera en cuanto ella le ordenara algo y que

además dejara de tener una imaginación tan grande (con esto se refería a que dejara de tener miedo a las películas de terror, ya que siempre se imaginaba a los fantasmas y cuando iba a dormir no quería que le apagaran la luz).

La madre utilizaba frases como las siguientes ¡es que ya me tiene harta!, ¡me desespera!, ¡ya hable mucho con él pero, no entiende!, etc. Dado lo anterior decidí trabajar la terapia con ambos, destinando 20 min. a la madre y 30 min. al adolescente, no obstante cuando fue necesario la terapia fue conjunta madre-hijo, para lograr ciertos acuerdo o confrontarlos. El trabajo con ellos se enfoco a ejercicios reflexivos que fueron de gran utilidad, algunos de estos son los siguientes:

Con la madre trabaje las altas expectativas que dirigía a su hijo y como estas no le permitían ver las cualidades y logros del mismo, resultando en un sin fin de quejas dirigidas al adolescente. Esto lo ejemplifica claramente el ejercicio de “la idea que tengo de mi hijo: perspectiva real vs perspectiva imaginaria”, en este ejercicio se le pidió a la madre que identificara e hiciera un listado de las actitudes o acciones reales positivas de su hijo así como las actitudes o acciones negativas, a lo largo de su listado identifique que con gran fluidez ella destaco y escribió las acciones o actitudes negativas, sin embargo al buscar las positivas tardo demasiado e incluso ya haciendo esta lista se regresaba a la otra al recordar mas actitudes negativas. Posteriormente le pedí que en otra columna escribiera la perspectiva ideal de su hijo es decir, como le gustaría que fuera su hijo, nuevamente con fluidez describió una serie de cualidades un tanto exageradas, un ejemplo de esto son las siguientes: que sea cariñoso y juguetón y deportista (más de lo que es), que su carácter se vuelva tranquilo. Ya identificadas estas cualidades se prosiguió a desglosar cada una de ellas para saber que significaban claramente para ella y cuales de estas características que pedía eran posibles según la personalidad de su hijo.

Este ejercicio me ayudo a comprender lo que la madre entendía que era un hijo bueno y a la par ayudo a que la madre reflexionara sobre que algunas de las cosas que deseaba de su hijo eran irreales, además aprendió a encontrar y destacar más las cualidades de su hijo. Para este proceso me apoye de otros ejercicios que ayudaron generosamente al

cambio de la madre, un ejemplo de estos ejercicios son los siguientes: aprender a identificar algunas conductas indeseadas de su hijo que se pueden ignorar, reflexionando previamente el porque le producen molestia. Este ejercicio tuvo la finalidad de eliminar largas discusiones y disminuir la frecuencia de dichas conductas. La madre logro ignorar una frase frecuente de su hijo, que era motivo de larga discusión y de caprichos; la frase ignorada era “tú no me quieres, y por eso, yo ya no quiero vivir en esta casa”. Este logro de la madre, desanimó al adolescente a frecuentar esta frase.

Por último se le animó a que constantemente identificara los buenos comportamientos de su hijo por pequeños que estos fueran, incluso los intentos que realizara para lograr un buen comportamiento, esto para que diera un incentivo a su hijo ya fuera material o social, para motivar, mantener o incrementar la buena conducta.

En lo que respecta al proceso terapéutico del adolescente también se enfocó en ejercicios escritos que encausaran a la reflexión de una conducta auto responsable, para ello fue necesario saber que opinión tenía el adolescente con respecto a su conducta y si él la deseaba cambiar. Sobre esto comentó lo siguiente: que se consideraba muy grosero, definiéndolo como: levantarle la voz a su mamá o abuela y no obedecer cuando le pedían algo. Cabe destacar que en la primera sesión el paciente decía que él no tenía nada, que solo su mamá lo había traído no sabe porque, no obstante, a lo largo de las sesiones el paciente simpatizó con la forma de trabajo e incluso comentó que le gustaría cambiar su comportamiento porque no le gustaba que lo regañaran.

Para lograr un avance se revisaron algunos ejercicios como los que a continuación ejemplifico: en primera instancia se recurrió a una escala de percepción para que el adolescente valorara que tan mal comportamiento creía tener, la escala se construyó de la siguiente forma:

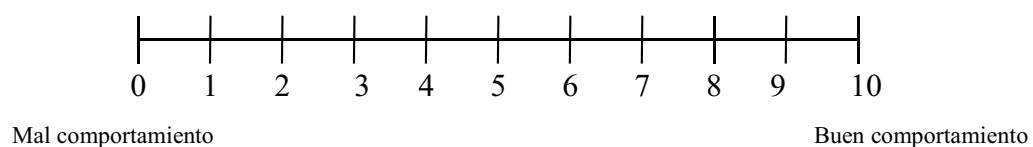


Figura 1. Escala de comportamiento.

Esta escala ayudo al adolescente a explicar de forma más clara como se consideraba, ya que el número 0 representa un mal comportamiento y el número 10 un buen comportamiento, en el caso de este paciente, al inicio del tratamiento terapéutico comentó que se ubicaría en el número 3 ya que si tenia un mal comportamiento, pero no tan malo.

Como se puede observar, esta escala tiene más de una función, ayuda al paciente y al terapeuta a comprender la percepción del adolescente, y a la par motiva al adolescente al preguntarle: ¿qué numero le gustaría alcanzar? y ¿como lo lograría?, este paciente menciona que le gustaría lograr un 8 y que lo lograría obedeciendo más a sus papas. Esta misma escala se utiliza en las últimas sesiones para que el paciente valore los cambios que ha logrado, como en este caso, al final el adolescente estimo un número 6, que si bien no era el que el deseo alcanzar es muy significativo dado el poco tiempo del proceso terapéutico.

Otro ejemplo de los ejercicios reflexivos con los que se trabajo se enfocaron al manejo del enojo, se le explico al adolescente que es el enojo y la agresión y se le motivo a expresar sus sentimientos imaginando una situación en la cual se hubiese sentido molesto, posteriormente realizo un cuadro de 4 columnas; en la primera columna describió la situación adversa, en la segunda las consecuencias de esta situación, la tercera columna sirvió para que expresara sus sentimientos ante dicha situación, por último la cuarta columna sirvió para buscar alternativas que fueran más satisfactorias. También se reflexiono sobre las ventajas y desventajas de su conducta, así como pensar en las acciones que realiza impulsivamente y las consecuencias de estas.

Estos y otros ejercicios fueron de gran utilidad, pues al ser adolescente rápido di cuenta de que una terapia muy narrativa le sería tediosa, no obstante el llenar cuadros con distintas idas y reflexiones ayudo a expresar cada vez con mayor fluidez sus sentimientos, esto es de suma importancia dando pie a la terapia en conjunto con su madre.

En la terapia en conjunto, debido a las diferentes expectativas de los pacientes fue necesario lograr una confrontación, en la cual ambos pacientes expresaran sus sentimientos

y deseos para que reconocieran los decesos y necesidades de cada uno, y también dieran cuenta de cómo podían lograr una mejor relación en la que ambos se involucraran. Efectivamente ante la confrontación la madre expreso que le molestaba la conducta grosera de su hijo, en especial que le contestara mal cuando le mandaba algún quehacer y en variadas ocasiones lo regañaba o castigaba por su actitud, por su parte el adolescente expreso sus sentimientos de tristeza y enojo ante el enfado de la madre, argumentando que el llegaba cansado de la escuela y por eso se enojaba que lo mandara a algo cuando apenas llegaba. Esto fue muy importante porque se logro que visualizaran la situación de una forma diferente, en la cual reluciera el porque de los comportamientos y esto ayudo a la comprensión mutua, también les ayudo a lograr un acuerdo donde la madre trataría de no mandarlo a nada hasta pasado un tiempo razonable para que su hijo reposara, y por su parte el adolescente obedecería sin responder de forma agresiva.

Se propuso que el adolescente llevara un auto registro de cuantas veces contestaba de forma grosera, dicho registro tenia la siguientes características: un listado de los días, en frente de cada día se le dejo un espacio propicio para que el adolescente reportara cada que respondiera mal dibujando una carita triste; y si no respondía o lo hacia de una forma agradable dibujaba una carita feliz. Este ejercicio pese que fue exclusivo para el adolescente, es descrito en esta sección, pues por iniciativa de la madre y de él mismo adolescente lo comenzaron a llenar juntos, siendo muy motivante para ambos, aumentando el agrado al ver como a lo largo de los días iban disminuyendo las caritas tristes. Estos resultados satisficieron a la madre con el comportamiento de su hijo y en ocasiones se lo expresaba, reforzando su actitud.

Sobre este caso es importante vincularlo con el área de la salud, lo cual no fue muy complejo, al lograr una reflexión en el adolescente y en su madre se genero una mejor y más saludable relación, no solo madre- hijo, sino de familia, pues se reporto que las peleas entre hermanos disminuyeron un poco.

Se les explico como se desarrolla un conflicto o una discusión y como podemos detenerla antes de lastimar o alterarnos demasiado, se recurrió a ejemplificar una pelea

como una cadena, en la cual cada eslabón era una persona contestando a la otra y así sucesivamente, con este ejemplo se les pregunto en que momento de la discusión podían parar. Esta forma metafórica ayuda a reflexionar sobre los problemas y como estos afectan nuestras relaciones y por ende nuestra salud, pero mejor aún ayuda a darnos cuenta como tenemos responsabilidad ante nuestra forma de actuar y como lograr esta responsabilidad previene, evita o no mantiene o no incrementa situaciones que afectan nuestro organismo y estado anímico, no importando la edad que tengamos. En este caso especial, este control y reflexión de las conductas disminuyó un porcentaje representativo la frecuencia de las discusiones, también disminuyo la probabilidad de una relación disfuncional entre madre-hijo, lo cual sabemos conlleva a mayores problemas del área de la salud.

Lo más significativo para mí sobre este caso fue, que la madre aprendió con un poco más de facilidad a identificar las características positivas de su hijo logrando así una perspectiva más real de lo que es su hijo y no una tan negativa. Sobre el adolescente fue grato ver como se involucro en la búsqueda de soluciones y alternativas hacia sus problemas.

El siguiente caso clínico expone el duelo hacia un ser querido. La paciente es una mujer de 61 años de edad, asistió 3 veces a terapia, siempre fue puntual, en su apariencia se apreciaba triste o deprimida sin embargo, siempre fue fluida en su conversación a excepción cuando hablaba de sus sentimientos. La paciente se mostró muy flexible a las cosas que se le explicaron y siempre estuvo abierta a la reflexión, por ello considero que pese a la brevedad de su asistencia se lograron avances significativos, que en un futuro y en lo cotidiano podrán ser herramientas para la paciente.

Durante la primera sesión comentó que hace tres años falleció su esposo, motivo por el cual decidió solicitar el servicio psicológico, desde la muerte de su esposo siente que “la casa le queda grande”, como ella lo menciona textualmente.

La paciente actualmente vive sola, pero los días lunes, martes, miércoles y jueves, cuida a uno de sus nietos, pues su hija labora estos días. No obstante, la hija de la paciente

lleva por las mañanas a su hijo (nieto de la paciente) a la escuela, y la paciente va por su nieto a la escuela en la tarde, a la 1 p.m., posteriormente regresan a la casa de la abuela y ahí están hasta las 5 p.m., hora a la que llega la mamá por su hijo. Cabe mencionar que la hija vive a 3 calles de distancia de la casa de la paciente.

En el lapso de tiempo libre que tiene, mientras su nieto esta en la escuela, la paciente prepara la comida y realiza la limpieza de la casa, explico que la limpieza la hace diario sea o no necesaria, esta actividad la mantiene un poco entretenida, incluso comenta que cuando llegan a ir sus hijos (3 hijas y un hijo), le dicen que es muy exagerada al estar siempre haciendo la limpieza cuando la casa no esta sucia, pues solo vive ella ahí, ante esto ella no suele contestar, piensa que sus hijos no la comprenden, sin embargo asevera que en mas de una ocasión sus hijas le han propuesto que se vaya a vivir con ellas, la paciente no quiere aceptar esta propuesta, argumentando 3 razones: primero, dice que no quiere ser una carga y obstáculo para las familias de sus hijas, segundo, no quiere que se den cuenta de la depresión que siente porque extraña mucho a su esposo y tercero, ella quiere vivir sus últimos años en su casa, que no quiere abandonar.

Por otra parte, los días viernes que no cuida a su nieto se siente especialmente melancólica, lo mismo pasa los demás días pero solamente por las tardes, aunque dice que hay un incremento en las noches a la hora que se va a dormir, (aproximadamente a las 9 p.m.). Esto no pasa los días sábados y domingos, días en que la van a visitar sus hijos. Tiene 3 hermanas y con una mantiene una fuerte comunicación pero vía telefónica pues vive en Texcoco, sin embargo dice que hablar con su hermana la hace sentir muy bien.

Como se puede observar, para iniciar el tratamiento de esta paciente fue necesario hablar y clarificar algunos conceptos clave del DUELO, como fue hablar de las etapas de este (negación, culpa, ira y aceptación). Previo a esto fue necesario indagar sobre las expectativas de la paciente recurriendo a las siguientes preguntas claves: ¿Qué espera de esta sesión?, ¿Qué cosa espera que cambie? y ¿Cómo lo lograría? Ante estas interrogantes, la paciente contesto decidida que deseaba llevar una vida normal sin extrañar tanto a su esposo, ella pensaba que lo que sentía no era ya normal y que la limitaba mucho, decía que no sabía como podía solucionar este problema.

Posteriormente se hablo sobre el duelo, y que significaba esta palabra. Esta sesión fue muy fructífera pues la paciente nunca había escuchado sobre este tema, así que al hablar del duelo y sus fases no solo se identifico con estas, sino que lo comprendió como un proceso normal que pasamos todos ante cada perdida, por lo tanto, permitió que la paciente ya no se sintiera tan frustrada y anormal por seguir sintiendo soledad. También al hablar del duelo la ayudo a identificar en que etapa se encontraba, dando pauta a las siguientes reflexiones, ¿Cómo puedo llegar a la aceptación?, ¿Quién o quienes me pueden ayudar y como supero las siguientes etapas? Estas reflexiones auxiliaron a la paciente a comprender que tenía una gama de posibilidades para superar el duelo.

Antes de indagar sobre estas posibilidades, fue necesario explorar los sentimientos que guardaba la paciente con el fin de identificarlos, asimilarlos y reflexionar sobre ellos, fue necesario indagar sobre la muerte de su esposo y que sentimientos guardaba sobre este tema (coraje, sentimientos de culpa, etc.), sin embargo fue muy difícil trabajar con sus sentimientos, la paciente se mostró renuente a encarar el tema y solamente comentó que se sentía triste y sola. Ya que la paciente no quería tocar el tema todavía, procedimos a identificar los momentos y lugares en los cuales se sentía mal y a la par identificamos que era lo que pensaba en estas situaciones, un ejemplo es lo siguiente: la paciente decía sentirse peor los días viernes y en general todos los demás días por las noches, algunas de las cosas que más pensaba eran: ¡esta casa me queda grande, sin mi esposo!, ¡me hubiera gustado que yo me muriera con el! y ¡lo extraño demasiado, que ya no se que hacer!. Para trabajar estos pensamientos se propuso un cambio de cognición, en el cual fue necesario aceptar que es normal extrañar a la persona que falleció, se trato de pensar de una forma mas positiva, por ejemplo, se le pidió a la paciente que expresara de forma mas positiva algunos de sus pensamientos, retomo la frase ¡lo extraño demasiado, que ya no se que hacer!, la paciente la reestructuro de la siguiente forma: ¡extraño a mi esposo, pero tengo cosas que hacer para continuar mi vida!, este reconstrucción del pensamiento se logro gracias a que previamente se le explico los tipos de pensamiento (maximizar, generalizar, etc.), y como influyen directamente con nuestra forma de sentirnos, es decir, se le explico la tríada cognitiva, que manifiesta que nuestra percepción y distorsión de los eventos nos dificulta el razonamiento lógico.

Este tipo de reflexión ayudo a que la paciente visualizara su vida y sus posibilidades de una forma mas clara, la paciente comenzó a pensar en cosas que le gustaría realizar en su tiempo libre como visitar a sus hermanas e incluso pensó en trabajar vendiendo algo de comida afuera de su hogar. Esto me pareció un gran avance para la paciente, sin embargo ya no continúo su tratamiento debido a que su hija ya no podría llevar a su hijo a la escuela y le pidió a la paciente que ella lo hiciera.

Aunque la paciente dejo la terapia me parece que adquirió habilidades que le podrán ayudar a pasar de una mejor forma el proceso de duelo, pues ella reflexiono sobre la consecuencia de no llevarlo de la mejor manera sabiendo que esto afecta directamente a la salud y bienestar personal.

Espero que en un futuro la paciente retome su proceso terapéutico, me parece indispensable trabajar sobre los sentimientos que guarda con respecto a la perdida de su esposo porque la exploración y reflexión de estos seguramente serán una clave para terminar satisfactoriamente su duelo.

Otro caso clínico se realizo con una joven de 15 años, esta paciente solo asistió en dos ocasiones a consulta, sin embargo esto no le resto interés al caso. Es importante mencionar que la paciente no asistió por determinación propia, sino por interés de la madre que se mostraba muy preocupada por la conducta de la joven.

La madre de esta joven mostró gran preocupación por su hija, comentó que su hija se arrancaba puños de cabello y que no sabia el motivo por el cual recurría a esta conducta, decía que ya la había llevado al medico porque incluso le salio un hongo por causa de arrancarse el cabello y como resultado había zonas del cuero cabelludo donde ya no le crecía el cabello. Debido a la preocupación de la madre le propuse el trabajo en conjunto, empero mencionó que le seria imposible debido a su trabajo, no podía faltar a este porque la podían correr, por eso dijo que la joven asistiría sola a consulta, ya que solamente en esta ocasión había pedido un permiso para faltar al trabajo.

En esta ocasión la joven traía una gorra de estambre negra que impedía ver su cabello, solo por comentario de la joven supe que traía un corte de cabello muy corto como hombre. Al iniciar la terapia (ya ausente la madre) la paciente se mostró tímida y un poco nerviosa (en presencia de la madre ella no comentó nada) sin embargo, rápidamente se logro el rapport y la joven comenzó a platicar sobre su conducta.

En un comienzo dijo que no sentía que tuviera algún problema, que ella no decidió asistir a terapia, sino su mamá la llevó. Al preguntarle que pensaba sobre lo que su mamá comentó, dijo que era verdad que con sus manos se jalaba el cabello hasta arrancarse pequeños puños de pelo. La cito: “me gusta arrancármelo, porque no pienso en los problemas”.

La paciente dijo que llevaba aproximadamente 3 años arrancándose el cabello, al salir de la primaria cuando tenía 12 años. También me comentó sobre el hongo que le salio a raíz de esta conducta, le salen granos y caspa y en ocasiones el cabello se le cae. Por otra parte, dijo que le gustaría dejar crecer su cabello, pues le nace grueso y negro y así le gusta. En ocasiones para no arrancarse el cabello le gusta mover las manos y mordérselas, recalco sentir temor hacia todo, por ejemplo, a que nadie le hable, que se estrelle la combi y que se caiga.

La relación con su papá dijo ser mala, siempre se pelea con él porque es alcohólico, ella suele defender a su mamá cuando su papá llega discutiendo. En lo que respecta a su mamá argumentó que la relación es buena normalmente, pero que su mamá no la comprende porque siempre le dice que no hace nada, aunque si lo haga. La paciente tiene tres hermanos, dos de sus hermanos son menores que ella y mientras sus papas trabajan ella los cuida de lunes a viernes de 3 p.m. a 7pm., también tiene un hermano mayor, tiene 17 años y tiene una mala relación con él, pelean muy seguido debido a que su hermano consume marihuana y pese a que ella se lo ha comentado a sus papas, parecen ignorarla.

En la escuela no tiene ningún problema, dijo que los problemas solo son en su casa, por ello se arranca el cabello con el fin de dejar de pensar en los problemas.

Para trabajar este caso, por la gran carga emocional de la joven comencé por explorar y reflexionar sobre los sentimientos que guardaba hacia su familia o hacia ella misma, con el objetivo de identificar que papel o postura adquiriría la joven en esta familia disfuncional. En su discurso pude observar que empezó a adquirir responsabilidades y conductas que no le correspondían, un ejemplo de esto era intervenir en las discusiones de sus papas, resultando siempre en sentimientos de culpabilidad, pues después de contestarles a sus papas sentía ganas de pedir perdón. En ocasiones defendía a su papá y en otras a su mamá, esta dinámica se le hacía muy conflictiva y a veces la insultaban por intervenir en las discusiones. Piensa que sus papas se desquitan con ella, además de que nunca le expresan nada pues nunca la abrazan.

Con respecto a su papá, dijo que el que su papá sea un alcohólico la enseñó a darse cuenta de que: cito sus palabras: “todos los hombres son iguales, si se casan es para tener criadas, los hombres no tienen sentimientos”.

Mencionó que trata de hacer cosas buenas y sin embargo, para su mamá todo lo que hace está mal, y por esa razón hace que todo le “vale” (como un mecanismo de resiliencia), aunque en realidad ella piensa en todos y que solo se cuida porque no quiere que la lastimen.

Desafortunadamente con esta paciente solo pude trabajar e indagar un poco la expresión de sentimientos a través del discurso, como menciono al principio solo asistió en dos ocasiones a terapia. El aparente motivo por el cual solo asiste a dos sesiones, es porque ya iniciaba su segundo semestre de bachillerato y no podía faltar a clases pues no quería reprobar ninguna materia, en realidad no se si este fue el motivo efectivo o existió otro, como el hecho que desde un principio el interés de asistir a terapia no fue de ella, sin embargo este caso se me hizo de gran interés ya que evidenció claramente como los problemas cotidianos mal encaminados y una relación disfuncional familiar, desencadenan en algunas conductas insalubres y ante la falta de procurar una consciencia sobre como las conductas que realizamos no son las mejores formas para canalizar nuestros problemas o ansiedades, estas resultan directamente en un deterioro de la salud, como le paso a esta

joven, quien ante la falta de desarrollo de habilidades para solucionar de una mejor forma su problema, recurre a lastimar su cuerpo, al parecer de una forma inconsciente, y con esto quiero expresar que realmente no quisiera maltratarse su cabello y cuero cabelludo, ella misma menciona que le gustaría dejárselo crecer y ya no arrancárselo. Ahora bien, destaco que la familia de la joven influye directamente en la conducta de la paciente, el ambiente familiar propicia y mantiene la conducta de ella, por ello la necesidad de una terapia familiar y de no ser viable esto posibilitar a la joven con ciertos recursos que la ayuden a solucionar de la mejor forma su situación, aún viviendo en ese ambiente familiar.

Dado lo anterior, destaco la necesidad de que en un futuro si es permisible trabajar con esta paciente, se destaquen puntos como: la responsabilidad que tenemos de nuestros actos y como estos impactan en nuestra salud, también será necesario trabajar habilidades de resiliencia para que la joven indague y reflexione sobre mejores alternativas para encaminar su ansiedad y/o sentimientos negativos, para ello será ineludible que reflexione sobre las ventajas y desventajas que le proporciona su actual conducta. Será de suma importancia trabajar el auto concepto y auto imagen de la joven, para que comience a conocer y cuidar su cuerpo e imagen, pero de mayor importancia será trabajar los sentimientos y pensamientos de la joven ya que como se menciono, la conducta de arrancarse el cabello, solo refleja un problema mas fuerte el cual se debe indagar y reflexionar, y que seguramente tiene que ver con la dinámica familiar.

El último caso que expondré trata sobre un joven de 26 años, quien padece de convulsiones desde que tenía 15 años, él se encuentra en tratamiento neurológico, al cuál asiste esporádicamente. Su tratamiento requiere que consuma medicamentos que controlan las convulsiones, sin embargo cada que presenta una crisis retoma el tratamiento neurológico y cuando se siente aparentemente bien lo suspende.

Como lo muestra la descripción anterior, la necesidad de una reconceptualización de la enfermedad y salud fue necesaria en el tratamiento de este caso, pues al ser uno de los más representativos en lo que respecta a este tópico, fue necesario tratar a fondo los valores y creencias del paciente, para comprender y ofrecerle nuevas alternativas.

El paciente asistió a 4 sesiones. A diferencia de los casos anteriores, este joven fue muy renuente a la terapia, en dos ocasiones llegó aproximadamente 15 min. tarde y en otra ocasión faltó, no obstante, al expresarle como la falta de compromiso dirigida a la terapia afecta el progreso de la misma, y que además por normativa de la Clínica podría dársele de baja, ante esto a las subsecuentes citas fue puntual y no faltó más. Esto nos da un indicio de cómo para el paciente la asistencia al psicólogo al parecer no era de gran compromiso, no tenía el hábito de frecuentar y seguir un tratamiento hasta su final, por ello el mismo hecho de destacarle el compromiso de la asistencia y puntualidad dio pauta a que tomara con más responsabilidad el trabajo terapéutico.

En lo que respecta a la nula vinculación que percibía ante sus crisis con algunas situaciones adversas y al no seguir de forma correcta el tratamiento neurológico, fue necesario que reflexionáramos sobre esta situación. Se propuso trabajar con un diario, gracias a que el paciente de antemano ya llevaba uno y le era fácil escribir las situaciones sobresalientes de su día. Empero ahora la función del diario sería localizar las situaciones estresantes de cada día que podían aumentar la probabilidad de una crisis, además de lograr una reflexión de cómo evitar o buscar alternativas efectivas ante estas situaciones. También fue necesario aprovechar ciertas situaciones que fomentaron el establecimiento de una relación terapéutica que resultó fundamental para el proceso de las sesiones, las cuales tuvieron como objetivo presentar al paciente alternativas para lograr una propicia calidad de vida.

La redacción del diario fue un ejercicio cotidiano y en las sesiones se revisaron algunas notas y se comentaron los sucesos sobresalientes así como las alternativas que se podían desarrollar. En la redacción del diario se expresó mucha angustia y coraje ante la enfermedad, para el paciente estos sentimientos lo limitaban a un pequeño círculo de amigos, este coraje e incorfomidad en variadas ocasiones se expresó en palabras altisonantes y despectivas dirigidas a sus compañeros o a diversas situaciones. Estas sesiones de retroalimentación demostraron la necesidad de ser escuchado y comprendido.

Se recurrió al apoyo de diversos ejercicios que apoyaran el uso del diario, tales ejercicios tuvieron que ver con la identificación de las situaciones y lugares estresantes así

como los pensamientos negativos recurrentes. Gracias a estos ejercicios se pudo identificar que la mayoría de sus crisis (completa o incompleta, como el llamaba, refiriéndose a una convulsión como tal o a un desmayo, respectivamente), se presentaban después de bajar del camión llegando a la escuela.

Considerando el dato anterior, fue necesario centrar nuestro interés en que era lo que pasaba desde el momento previo a subirse al camión hasta el bajar de él. Fue así como descubrimos que para el paciente era muy estresante el transporte, no sentía fluida su respiración y sentía que iba entre mucha gente, todo esto lo orillaba a pensar que se iba a sentir mal y que se iba a convulsionar, por ello se trabajó en el cambio de pensamientos en el transcurso de la situación, apoyado de un ejercicio de respiración que favorece a la disminución de ansiedad, el cual al final de cada respiración se daba una auto orden de un sentimiento positivo, eje. Voy a estar bien.

Con estos ejercicios y con el diario, se le ayudó al paciente a identificar y valorar los sentimientos, pensamientos y comportamientos que dificultaban o promovían su estado saludable.

Posteriormente se trató el tema de la importancia de que asistiera constantemente a sus consultas neurológicas. Fue necesario identificar que motivo lo orillaba a faltar tanto a las consultas y por ende no terminar un tratamiento, para indagar sobre ello procure no emitir juicios que hicieran sentir incomprendido al paciente. Comprendí que el paciente asistía a un servicio del IMSS, el cual según lo comentó, carecía de un trato humano. El neurólogo fue descrito como una persona déspota que lo hacía sentir muy mal y cada vez que se acercaba la cita a su próxima consulta, el paciente sentía de mal humor y desganado a asistir a la misma. Desgraciadamente sobre este tema ya no fue posible llevar a cabo la terapia ya que el paciente dejó de asistir sin explicar el motivo.

A pesar de que no puedo destacar con certeza los resultados del trabajo terapéutico ya que la baja del paciente no permitió el fin del proceso y por lógica la falta de un seguimiento, si puedo hablar de algunos notables logros, entre ellos el cambio de

pensamiento del paciente ante la situación del transporte y la generación de alternativas positivas como fue: asistir a la escuela ciertos días a la semana en bicicleta (vivía cerca de la escuela), este incremento de actividad también favoreció a una práctica saludable pues el paciente presentaba un poco de sobrepeso.

Con respecto a la baja del paciente, fue desmotivado pues el paciente mostró interés en la terapia e incluso como ya se ejemplifico comenzó a tener actitudes que favorecían su salud, sin embargo la intervención terapéutica me pareció de gran importancia por el carácter reflexivo que logro, el paciente generalizo su actitud a más aspectos de su vida.

Este caso terapéutico ejemplifica como las personas vamos construyendo ideas con respecto a ciertas situaciones según las circunstancias que hemos pasado, y como estas experiencias nos llevan a comportamientos no favorables, como es el hecho de no seguir un tratamiento médico o psicológico. En este caso específico, por lo que pensaba y sentía el paciente por el IMSS se genero desconfianza por el sector salud y quizás sataniza como malo el trabajo de muchos especialistas de la salud, no con ello quiero decir que no existan especialistas que carezcan de una formación humanitaria y de comprensión al paciente, pero también existen profesionistas con una ética profesional muy arraigada. Sin embargo estas experiencias llevan al paciente a que desconfié y no recurra a las clínicas u hospitales, cayendo en otras prácticas en ocasiones no tan saludables, como puede ser el automedicarse o como en el caso ya expuesto, no llevar un seguimiento de un medicamento. Por mi parte di fe a la necesidad de indagar sobre el problema del paciente con la finalidad de entender el porque de su conducta, ya que el emitir juicios valorativos, nos pueden llevar a interpretaciones erróneas.

A lo largo de estos ejemplos, los pacientes rescatan de la terapia sus reflexiones que promueven un cambio de sus conductas, actitudes y de la forma en que conciben las situaciones, y como todo esto tiene un fuerte vinculo en el como llevamos nuestra calidad de vida presente y futura y quizá hasta llegue a afectar a las siguientes generaciones, ya que nuestros proyectos de vida dependen de lo que hemos aprendido durante nuestro desarrollo y de lo que nos puedan enseñar (la educación), es por ello, la necesidad de desaprender y

aprender nuevas formas de enfrentar las dificultades, estas alternativas deben ser reales y adaptativas a la vida y sociedad presente, obviamente esta reestructuración de creencias y valores viene a crear un conflicto en las personas y entonces el hecho de que superen estas adversidades dependerá del desarrollo de sus herramientas y habilidades.

Por otro lado, algunos de los casos aquí expuestos y de los no expuestos, coincidieron en la falta de que el paciente relacionara (al menos de forma consciente) las conductas insalubres con la forma en que estas afectan el estado anímico o emocional, por lo tanto, cualquier cambio de conducta logrado actuó en el estado anímico y físico del paciente, convirtiéndose en una motivación excelente para procurar un cambio de vida, por esta razón el trabajo que se realizó tuvo el fin de procurar que no se presentara la reincidencia de la conducta negativa, para lograr esto se recurrió a la toma de consciencia en los pacientes y la responsabilidad que cada uno de ellos tiene para prevenir situaciones adversas.

En este servicio fue necesario trabajar con la intervención primaria, secundaria y terciaria, ya que traté con pacientes que se encontraban psicológicamente en riesgo, pacientes que ya presentaban el problema y pacientes con un estado crónico del problema, no obstante, el tratamiento que se llevo a cabo con los pacientes, tuvo la intención de que reflexionaran y adquirieran recursos que les ayuden a enfrentar situaciones adversas y no solo la situación en la que se enfrentaban en ese momento, sino que en el futuro puedan generalizar estos recursos a su vida cotidiana.

El identificar el verdadero motivo de la consulta, la causa de este problema y las conductas que el paciente aprendió y que mantienen o generan el problema, para así destacarlas y enseñarle alternativas favorables a su salud, fue el proceso clave para el desarrollo de la terapia.

Una parte muy importante del tratamiento fue enfatizar (por muy austeros que estos fueran) los resultados positivos de los pacientes. Encontré que algunos de los padres que llevaron a sus hijos a este servicio, ya fuera por su iniciativa o por que las escuelas los

obligaron, de cualquier forma, no suelen ser muy sensibles a los cambios positivos de sus hijos, como se ejemplifico en el caso del adolescente y su madre. Considero que el motivo de esta actitud tiene que ver con la sobre expectativa que los padres tienen hacia el significado de ser hijo y del trabajo psicológico, al parecer esperan que al asistir el hijo a terapia se genere un gran cambio en muy poco tiempo. En estos casos fue necesario trabajar en conjunto (padres e hijos), con la finalidad de ocuparse de las altas expectativas y encausarlos a identificar los cambios de los hijos. Fue necesario que fuera de las sesiones, en lo cotidiano, los padres identifiquen y vigoricen las conductas positivas de los hijos para así incrementarlas. Cuando esto se logró, los padres y pacientes empezaron a darse cuenta de sus progresos y el resultado favorable, promovió la credibilidad en el psicólogo y en ellos mismo. Siendo para mi muy gratificante esta reacción del paciente, tornándose un momento propicio para darlo de alta o iniciar con una sesión de seguimiento.

Algunas escuelas demandaban a los padres llevar a sus hijos al psicólogo, con la convicción de que al generarse los cambios deseados (en ocasiones muy exigentes o sobre estimados) se les permitiría seguir en la escuela, al no lograr estos cambios con la velocidad o exigencia que ellos desearon, volvían a poner en aviso a los padres sobre la posible baja de sus hijos en la escuela, provocando gran ansiedad e incertidumbre ante el futuro académico de sus hijos, a la par, esto promovía frecuentes discusiones entre madre-hijo. Por esta razón se envió a algunas escuelas un oficio donde se confirmaba la asistencia del paciente al servicio psicológico, y donde se anexó una breve explicación de que la terapia era un proceso en el cual según cada paciente lograría cambios gradualmente. En contraste, hubo profesores que enfatizaron los cambios del paciente y aún más, estimulaban al alumno y a sus padres con halagos positivos referentes a sus progresos, resaltando que era positivo para sus alumnos el apoyo psicológico. Estos comentarios y halagos motivaron a los pacientes, convirtiéndose dichos profesores en un apoyo implícito del proceso terapéutico.

Por otra parte en variadas ocasiones se canalizaron pacientes por problemas académicos, sin embargo, al aplicar algunas pruebas evaluatorias dimos cuenta que algunos de los niños no tienen problemas de aprendizaje o de educación especial, mas bien, carecen de las bases de las operaciones aritméticas o de los procesos básicos para comprender el

porque de las cosas, obteniendo como resultado la falta de comprensión de la lógica de un proceso, empero ante el desconocimiento de esto, los padres esperaban una especie de regularización para sus hijos, empeñándose en que no querían que reprobaran el año o ciertas materias y por ello querían que se les enseñara algunas cuestiones académicas. La alternativa a este inconveniente fue recomendar una regularización u otro apoyo docente pues, la función del psicólogo en este caso fue apuntalar al niño, desarrollando habilidades y hábitos que le fueran útiles al proceso de aprendizaje, incluso, se indagó sobre otros factores que afectaran al aprendizaje del infante. Un ejemplo de esto fue el trabajar con ejercicios de gimnasia cerebral, que estimulan procesos de memoria, comprensión etc., además de identificar los factores que pueden motivar al paciente a asistir a la escuela e incrementar su participación en clases y tareas, no obstante, la carestía de un apoyo docente siguió vigente y nuevamente las escuelas y algunos padres fueron proclives a demandar resultados en lo académico o en un cambio drástico de conducta del paciente.

A modo de ejemplo, describo brevemente el siguiente caso que atendí: Un niño de 11 años fue remitido por su escuela al servicio psicológico. El profesor, quién pensaba que el niño tenía retraso intelectual, pidió la aplicación de un tests que fortificara su hipótesis. Después de la aplicación del tests BARSIT, el cual indicó un bajo rendimiento académico, proseguí a identificar los factores que pudieran afectar al desarrollo académico del niño. En si, el tests fue una herramienta para dar cuenta de los problemas del niño, permitió observar que su proceso de lectura era como de un niño de 3º de primaria pese a que el grado en que se encontraba el infante era 5º y que nunca había reprobado. Encontré que tenía las mismas dificultades en las diversas áreas académicas, para ello se le aplicó una muestra de operaciones aritméticas, de lectura, de redacción, etc. obteniendo como resultado que el niño no comprendía lo básico de estos procesos, sin embargo, entendía con claridad lo que yo le decía e incluso en el desarrollo de la terapia que se trabajó con ejercicios de gimnasia cerebral, siempre se mostró muy hábil. Otro dato importante fue que en un corto periodo vacacional aprendió a manejar, hago mención de este dato con la intención de mostrar que el niño no presentaba retraso mental o intelectual, como incluso ya lo creía la madre, quien en su discurso decía que no podía exigirle mucho a su hijo, por el problema que él tenía. Decidí trabajar la terapia en conjunto con la madre, con el fin de lograr una reflexión ante la

conducta que le dirigía a su hijo y como esta afectaba en el desarrollo del niño, también, fue necesario explicarle como el niño no tenía los conocimientos básicos y por eso se le dificultaban las cosas. Sugerí la necesidad de una regularización para que un pedagogo le enseñara estos procesos básicos. La madre fue cooperativa y pronto inserto a su hijo a regularización apareciendo eficaces resultados en el empeño del niño en la escuela y en su seguridad, también estos resultados ayudaron a que la madre percibiera a su hijo de forma diferente y a disminuir comentarios o conductas que promovían la inseguridad del niño.

Cabe mencionar que las situaciones con las que se presentan los pacientes, constituyen una traba o una posibilidad para el proceso terapéutico. Es decir que cada situación adversa y la forma en que la enfrenta el paciente, lleva a este último a crear barreras, las cuales no le permiten la libre expresión de sus sentimientos forjando en ellos una actitud renuente. El caso contrario es que para algunos pacientes la situación los incita a expresarse fluidamente al tener los sentimientos a flor de piel y ante la necesidad de ser escuchados. Dado lo anterior se puso suma atención e interés a la primera entrevista y a las charlas de cada sesión, con la finalidad de que los pacientes expresen de una forma más comfortable sus angustias, miedos, temores, etc., de esta forma el pasante de psicólogo puso en práctica la observación, para no pasar por alto algunas expresiones, movimientos, gesticulaciones o miradas que se añan al discurso del paciente y que ayudan a la interpretación del mismo. Un ejemplo de esto lo mostró un paciente, él a lo largo de las sesiones fue cambiando su forma de vestir y poniendo más esmero en su arreglo personal así como matizando su tono de voz y expresión del rostro, reflejando su motivación y su cambio anímico.

La cooperación de las enfermeras o médicos para el tratamiento de algunos paciente que asistían a consulta psicológica por causas relacionadas a enfermedades o infecciones o bien, por ser familiares de un paciente con una enfermedad determinada, fue de gran ayuda para el proceso terapéutico, dando un ejemplo del trabajo interdisciplinario, también es grato decir que los médicos estuvieron dispuestos a orientarme ante algunas incertidumbres relacionadas con el desarrollo y tratamiento de algunas enfermedades que presentaron

algunos pacientes. Este conocimiento fue clave para que el paciente se sintiera comprendido y seguro, sin caer en la necesidad de dar explicaciones incómodas.

Por último, con el fin de promover el Servicio Psicológico de la CUSI Almaraz y con la intención de disminuir algunas creencias erróneas sobre la labor del psicólogo que perpetúan en los pacientes y que no les permiten iniciar un tratamiento psicológico, se les invitó a los pacientes dados de alta a que si tenían algún familiar o conocido que requiriera de este servicio lo incitaran a asistir a esta institución, pues como ellos se pudieron dar cuenta es una alternativa viable para solucionar conflictos personales y familiares. Asimismo, se les invitó a las ferias de la Salud o a los diversos talleres que ofrece la Clínica, donde los psicólogos desempeñan actividades enfocadas a la prevención y promoción de la Salud.

CONCLUSIÓN

Actualmente, los estilos de vida a los que nos exponemos nos llevan a participar en diversas actividades y situaciones que ponen en riesgo nuestra salud y que dan como resultado una gran cantidad de enfermedades psicosomáticas, las cuales al paso del tiempo suelen volverse enfermedades de mayor gravedad o crónicas; evidentemente, esto afecta directamente la calidad de vida del individuo; sin embargo, a través de la práctica profesional pude apreciar que ante esta situación que vivimos, muchas personas comienzan consiente o inconscientemente una constante búsqueda para lograr un equilibrio y bienestar ya perdidos; al perecer algunas personas responden ante las reacciones fisiológicas o biológicas apoyándose de los medios que conocen, predominando la medicina, pero no siendo esta la única, pues el desgaste que sufre el individuo no solo tiene que ver con lo fisiológico y cuando se da cuenta de ello recurre a diversas practicas en muchas ocasiones no saludables, pero en su desesperación opta por probar los remedios que se le ofrezcan. Infortunadamente este aspecto no lo ha cubierto en su totalidad la psicología en el área de la salud, por esta razón considero necesario recurrir a la educación de la población, donde es preciso clarificar el papel real que desempeña el psicólogo y la psicología, es decir, mostrar a la psicología como una alternativa viable para la solución de problemas que afectan al sujeto; un ejemplo de esta situación la vivimos en el trabajo terapéutico, cuando el paciente no asiste o lo hace pocas veces, dejando inconcluso el proceso terapéutico y los posibles avances que ofrece el mismo, pueden existir varias explicaciones, pero sin duda una de estas tiene que ver con la falta de conocimiento que las personas tienen hacia el trabajo del psicólogo, que si bien, aceptamos que la medicina sigue siendo la práctica más recurrente y bien vista cuando el paciente siente algún malestar, no es así cuando llegan a recurrir al psicólogo, puesto que suelen sentirse incómodos debido a la existencia de creencias tales como: el psicólogo es para locos, no necesito contarles mis problemas a alguien que no conozco, o solo asisten por curiosidad sin un interés genuino, es por estas ideologías que algunos pacientes se muestran tan herméticos o recios al momento de comentar su situación.

Respecto al proceso terapéutico y a los casos atendidos en terapia, que aunque todos fueron diferentes y personales, en ellos siempre se encontraron factores, circunstancias o patrones de conducta que afectaban la salud física y psicológica del individuo, tales como: estrés, depresión, relaciones disfuncionales, tristeza, miedos, desesperanza, etc.; vemos como estos fenómenos no excluyen entre niños o adultos, lo cual me llevó a pensar sobre el trascendental papel de la educación del individuo, no solo en el área familiar (aunque si principalmente), también en la escuela, comunidad, trabajo, tiempo de ocio, etc., ya que en muchas ocasiones las personas se acostumbran a estas situaciones nada saludables y las hacen parte de su vida cotidiana, accediendo a un ambiente que afecta la salud y resultando en un aprendizaje de vida no solo individual sino un aprendizaje en las demás personas con las que se convive, desencadenando en relaciones disfuncionales y/o destructivas de severas consecuencias psicológicas; esta situación origina un círculo vicioso o una repetición de patrones conductuales, que lejos de ayudarles les repercuten, por este motivo la participación de conductas saludables la deben llevar a cabo todos los miembros de la familia (en lo posible), para que así las nuevas generaciones crezcan con una consciencia en favor de la salud.

Fue de sumo valor que durante el proceso psicológico, a los pacientes se les orientara hacia el análisis exhaustivo de las conductas que conllevan al deterioro de la salud, sabemos que el vivir de una forma más consciente acrecienta la calidad de vida del individuo, para este fin es necesario que el psicólogo rescate los preceptos sociales, culturales y personales de los pacientes; no solo deben ser estimados, sino comprendidos y respetados por el psicólogo y cualquier otro especialista de la salud, deben considerarse como la clave del trabajo terapéutico. Estos factores sociales son una constante en el proceso, formación y expresión de nuestra conducta, y para que el análisis de los sistemas de salud sea próspero, deben tener una visión orientada a la cultura, creencias, posturas, economía, etc., según el ambiente en que se desarrolla la población o individuos a los que presta su servicio, al comprender a las personas como socioculturales damos fe de que los comportamientos son formas de manifestar el bienestar o malestar del individuo.

Continúo hablando del paciente, y en específico de algunos detalles que me parecen substanciales del proceso terapéutico; primeramente destaco la utilidad de comentarle al paciente el seguimiento de su terapia, ofreciéndole seguridad y tranquilidad. También fue importante que el paciente identificara el origen del problema para lograr el análisis de las conductas que mantiene o provoca el mismo, para posteriormente descubrir y desarrollar los recursos con los que cuenta encarando así la situación. Estos aspectos son elementos básicos para lograr el insight y la translaboración, para este fin, será preciso que las personas adquieran una cultura y educación sobre la responsabilidad que tienen hacia su salud, ya adquirida esta podrán modificar o incluso cambiar su entorno, aún expuestos directa o indirectamente al medio serán capaces de mantenerse seguros. A través de estos argumentos puedo manifestar que la salud psíquica es tan importante como la física o biológica, siendo estas inseparables en un estado de salud óptimo, que permite a los individuos un desarrollo propicio para las áreas de la vida cotidiana, como pueden ser: el trabajo, la realización personal, la sexualidad, etc.

Por otra parte, una distinta actividad del psicólogo de la salud tubo que ver con el servicio a la comunidad, esta labor me permitió percibir diversos problemas sociales, como: la depresión, la baja habilidad intelectual, ansiedad, etc., y cómo los individuos que padecen de estos síntomas en ocasiones acuden a los psicólogos en un estado de desesperación acrecentado, debido a que previamente han acudido a más de un especialista (psicólogo, medico, neurólogo, psiquiatra, etc.), las personas acuden con altas expectativas dirigidas al trabajo psicológico, indiscutiblemente esta situación desencadena en una complicación del trabajo psicológico, algunos pacientes demandan una pronta solución a sus problemas esperando se de explícita solución, en la medida en que no se cubran las expectativas del paciente, esté decae y se siente desilusionado, siendo preciso aclarar al paciente el trabajo psicológico.

He destacado una serie de elementos que derivan de mi experiencia en la práctica profesional, a su vez de estos elementos emergen una serie de inconvenientes, es por esta razón que a continuación describo algunas propuestas o recomendaciones que

tentativamente favorecerán el trabajo psicológico en el área de la salud. Los puntos básicos que rescato son los siguientes:

- **La difusión de la labor del psicólogo en el área de la salud.** Para este fin, será relevante difundir lo que es un psicólogo y su labor, tenemos que buscar nuevas formas que rompan con los mitos y prejuicios que desvirtúan el trabajo del psicólogo, para ello, será importante que se realicen acciones educativas, como: charlas, trípticos, exposiciones, etc., que hagan que el trabajo del psicólogo en el área de la salud sea visto tan natural como el del médico, de forma tal que el paciente no sienta pena o incomodidad a que sea etiquetado de forma negativa por asistir a terapia psicológica.
- **La educación en el individuo y en la familia.** Es ineludible que el paciente haga consciencia de la responsabilidad que tiene con respecto a su salud y que no dirija la responsiva a otras personas en forma de chantajes, culpas o posturas de víctima, para este fin el psicólogo debe contar con una gama de ejercicios reflexivos que orienten al paciente a actuar positivamente en su salud. Siguiendo este tópico de la educación pero en un nivel familiar, sería interesante que en un futuro se desarrollen proyectos en los cuales padres e hijos realicen actividades que encaminen a una calidad de vida en la familia y que adquieran herramientas para enfrentar posibles situaciones adversas, de igual forma, sería importante que los padres tuvieran un espacio educativo, donde pudieran hacer consciencia de las actitudes y acciones negativas que suelen transmitir a sus hijos, esto podría prevenir patrones repetitivos de conducta. Siendo fundamental que el tratamiento psicológico ponga especial interés a la reincidencia de estas conductas, para este fin nos podemos apoyar en lo que menciona la teoría sobre el proceso de crisis, la comprensión de este proceso nos ayuda a orientar certeramente a los pacientes, pues si las situaciones en las que se encuentran son mal encaminadas, provocan que los individuos recurran a medios no propicios con el fin de, tolerar o evadir la situación, por esta razón es tan importante lograr el vínculo paciente-psicólogo, para apoyar al paciente durante la crisis, de forma tal que pueda concebir las situaciones de una manera que no lo dañe

ni física, ni psicológicamente, ya que existen ciertas situaciones imposibles de cambiar o modificar, sin embargo, sí podemos modificar nuestra forma de enfrentarlas y pensarlas. En este sentido, considero que el psicólogo como objetivo principal debe modificar las cogniciones y comportamientos perjudiciales de los individuos, ya que actualmente los malos hábitos amenazan el bienestar individual y social.

- **Rescatar los aspectos socioculturales.** Para ello considero necesario que en la formación del psicólogo se pueda rescatar este aspecto, una alternativa para lograr este punto sería que dentro del currículo de la carrera de psicología se le de un importante peso a la psicología social de la salud, que explica la importancia de dichos aspectos del individuo, debido a que la psicología social tiene un gran campo de acción, en el cual debe ofrecer alternativas reales, integrales y humanizadas; siempre comprendiendo la situación del individuo o población, de la misma forma, la constante preparación del psicólogo en esta área es importante para lograr un mejor desempeño de su labor, esta aseveración la debo a la experiencia terapéutica en esta práctica profesional, al vivenciar el trascendental papel que desempeña el psicólogo social de la salud, al cargar con la responsiva de la educación y reflexión en los pacientes, en este sentido, pude percatarme de la importancia de apoyarnos y poner en práctica las diversas técnicas y habilidades psicológicas, todo ello para encausar al paciente en pro de la salud, a la práctica de conductas que de acuerdo a su situación promovieran beneficios en su vida.
- **Explicar el proceso de salud considerando las conductas que favorecen y las que entorpecen dicho proceso.** Es pertinente que el proceso de la salud, lo expliquemos estudiando y enfatizando lo que amenaza y lo que promueve el bienestar del individuo, de esta forma se pretende que las personas no solo dejen de practicar conductas de riesgo para la salud, sino incrementen a su rutina actividades favorables para incrementar una calidad de vida, esto da un gran giro al pensamiento de que “la salud solo se comprende desde la enfermedad” y siendo la

salud el fin que deseamos alcanzar, se espera que al hablar de ella, se entienda como un estilo de vida que permita al ser humano sentirse funcional y satisfecho.

- **La labor en la comunidad.** Para un mejor desempeño en las diferentes comunidades será necesario que los psicólogos estemos preparados para atender y comprender las demandas, aclarando al paciente la forma de trabajo y descartando que el psicólogo será el responsable de la solución a su problema. Es pertinente que al ser identificados estos fenómenos que padecen algunas personas, se trabaje más a fondo sobre los posibles factores que les afectan, pues muchos de estos alteran directamente o indirectamente no solo al individuo sino a quienes lo rodean, siendo una fuente que mantiene e incluso provoca la situación adversa. Un ejemplo de una posible alternativa para enfrentar los ya mencionados fenómenos conductuales, son los distintos talleres que se podrán realizar dirigidos a las poblaciones mas susceptibles a dichos fenómenos. Otro factor que podrá hacer más satisfactorio el trabajo en la comunidad, es contar con mayor expansión de esta labor, como recurrir a los medios masivos de comunicación; una alternativa real pueden ser los medios locales (periódico, canal local, gacetas, etc.), con el fin de difundir las prácticas comunitarias a poblaciones de otra índole diferente a la universitaria (que en su mayoría fue quien asistió a estas prácticas), de esta manera se generaría un mayor interés por la salud y por la labor del psicólogo de la salud.

En el caso específico del BARSIT, es oportuno que en un futuro trabajo se ofrezca previo a la aplicación de la batería, una plática informativa al personal docente, de lo que es el BARSIT, destacando sus características y objetivos. También será viable que se comente el trato que se les debe dar a los alumnos requerientes de esta batería, con la finalidad de que el personal docente se sienta interesado, familiarizado e involucrado en la aplicación de esta batería u otra, es pertinente proponer según los resultados que arroja el BARSIT, se realicen talleres propositivos para profesores y para alumnos, en el caso de estos últimos y con respecto a la habilidad intelectual, promuevo el trabajo con gimnasia cerebral, el cual estimula los sentidos del niño, promoviendo el desarrollo de procesos tales como, memoria, psicomotricidad, atención, etc.

- Otro punto interesante, se refiere a **la frecuencia de casos con necesidades psicológicas o de otra índole, pero relacionadas con la salud**. Es trascendental que organizaciones gubernamentales presten atención a este tópico, pues gracias al cambio conceptual de la palabra salud, hoy en día las instituciones de salud como es el caso de la CUSI Almaraz, realizan y amplían las actividades relacionadas con la salud; de igual forma las instituciones deben prestar atención a su organización y al ambiente propicio que deben ofrecer a la comunidad, determinando esto la evolución del paciente, sin embargo sabemos que existen otros determinantes aunados al progreso de la salud en el individuo como son: las condiciones físicas cotidianas a las que se expone el paciente y el lugar que ocupa en la sociedad; un ejemplo de estos factores que tiene que ver con la persona y el medio es el progreso mercantilista que rige al país en vías de desarrollo, este determina la introducción de diversos productos y con ello el cambio de actividades y actitudes; estos productos (antes no consumidos) presiden un nuevo estilo de vida, en el que impera el consumismo, derivando en serias alteraciones de nuestra salud; precavidos de esta situación, debemos tener cuidado de no adquirir culturas consumistas que conducen a la enfermedad, ya que ligado a nuestra libertad de elección, existen también productos nocivos (no prohibidos), que son consumidos sin distinción por niños o ancianos, en esto prevalece la importancia de que la salud adquiera una fuerza de difusión que iguale o supere a la empresa mercantilista. Gracias a estos aspectos que no debemos dejar de lado doy cuenta de la necesidad de un análisis para adaptar los servicios Clínicos (como lo hace la Clínica Almaraz, con sus servicios a la comunidad), a las características y necesidades de la población y de cada paciente; es importante este análisis debido a que nos sitúa en la comprensión de el por qué las personas frecuentan ciertos hábitos insalubres. Reitero, en este sentido, el importante trabajo que desempeña la Clínica Universitaria de Salud Integral Almaraz, siendo un ejemplo de esfuerzos para ofrecer servicios de salud que beneficien a una comunidad, tratando de cubrir en lo posible la demanda de sus problemas. Esta institución fomenta en sus trabajadores una consciencia de interés dirigida a la salud de las personas, y no un mero interés lucrativo, puesto que sabemos que las instituciones de salubridad, no están al alcance de todos, pero

instituciones como esta, se esmeran por ofrecer sus servicios, proponiendo y desarrollando temas atractivos de salud, para el beneficio de la comunidad de Cuautitlan y sus alrededores.

Para lograr los fines ya mencionados, es conveniente decir que no todo el compromiso debe morar en las Instituciones, que si bien sabemos son parte importante para el transcurso de la salud, también lo son el personal de salubridad y los pacientes, de los primeros quiero enfatizar que es necesario que sean sensibles a las características y aspectos que conforman a la persona, siendo que la relación personal de salud – paciente no debe prescindir de un trato humano y comprensión, con el objetivo de fomentar el cambio positivo en el individuo. En lo que concierne a los pacientes, sabemos que es su compromiso asistir a las diferentes instituciones de salud y seguir las propuestas de los especialistas, no solo cuando se perciban enfermos o con malestar, sino que acudan para prevenir posibles daños en su equilibrio, es decir, que practiquen conductas saludables para la obtención de beneficios que les motivaran para continuar con una vida prospera.

Este reporte es producto de una revisión teórica, pero también, de una interesante y favorable práctica profesional, que ha influido de forma positiva en mi actitud frente al campo laboral; gracias a ella vivencí reflexivamente mi responsabilidad como psicóloga, pero también reafirme el gusto por esta profesión; a la par, este trabajo me hizo ver la importancia de la labor interdisciplinaria y la necesaria adquisición de conocimientos de otras disciplinas, así como de las habilidades que debemos desarrollar como psicólogos, pero también me permitió practicar y darme cuenta de las habilidades que tengo como psicóloga, desarrollando diversas estrategias encaminadas a la solución de problemas de los pacientes, de forma tal, que los conocimientos que adquirí y apropié a mi vida, me indujeron a la meditación sobre la calidad de vida que deseo disfrutar, provocando que reconsiderara mis actitudes y pensamientos al tener bien sabido que estos mantiene una fuerte conexión con mi desempeño como psicóloga y como ser humano.

En resumen, pienso que el servicio del pasante de psicología, es una actividad que pretende ahondar en el campo de la salud apoyando con aspectos de investigación y

prevención, de promoción e intervención, utilizando como herramientas los estudios realizados en la comunidad para la adquisición de conocimientos referentes a los problemas y sus repercusiones psicológicas, esto ayuda a la comprensión de cómo la comunidad significa las situaciones de riesgo para la salud, de esta forma el psicólogo integra estos conocimientos a los ya adquiridos en su historia académica, desarrolla habilidad y experiencia profesional reflejada en su práctica profesional.

Por último, agradezco el trabajo con compañeros psicólogos y de otras especialidades, así como administrativos quienes me enriquecieron con experiencias y desempeñaron cuidadosamente su labor, sin pretender cargar con la exclusividad de la salud, destacando siempre el respeto y primordialmente compartiendo la ideología de un trabajo no solo multidisciplinario, sino, interdisciplinario, teniendo como base un trato holístico y cortés dirigido al paciente y la comunidad. Sin embargo, resalto la especial satisfacción que me proporciono el trabajo con los pacientes de forma individual o en comunidad, ya que ahora los concibo como pilares en mi formación como psicóloga.

REFERENCIAS:

- ❖ Amigo, I, Fernández, C. y Pérez, M. (1998). Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Ediciones Pirámide
- ❖ Álvaro, J., y Garrido, A. (1996). Psicología social aplicada. España: McGraw-Hill.
- ❖ Bellak, L. (1993). Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencias. México: Manual Moderno.
- ❖ Buela, G. y Caballo, V. (1991). Manual de Psicología Clínica Aplicada. España: Siglo Veintiuno Editores.
- ❖ Buela, G., Caballo, V. y Sierra, C. (1996). Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. España: Siglo Veintiuno Editores.
- ❖ Branon, L. y Feist, J. (2000). Psicología de la Salud. España: Paraninfo
- ❖ De la Campa, U. (2004) “Psicología Social de la Salud: El desempeño profesional del psicólogo dentro de una institución de salud”. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztzcala, Edo. Méx., México.
- ❖ Dorantes, F. y Viques, V. (2004) “El Quehacer del Psicólogo de la Salud”. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztzcala, Edo. Méx., México.
- ❖ Gómez, C. (1999). Psicología de la comunidad, perspectivas teóricas, modelos y aplicaciones un punto de vista humanista. México: Plaza y Valdéz.
- ❖ Oblitas, L. y Becoña, E. (2000). Psicología de la salud. México: Plaza y Valdéz

- ❖ Phares, E. (1996). Psicología Clínica: conceptos, métodos y práctica. México: Manual Moderno.

- ❖ Rubin, B. y Bloch, E. (2001). Intervención en Crisis y Respuesta al Trauma. Teoría y Práctica.españa: Desclée de Brouwer.

- ❖ Slaikeu, K. (1996). Intervención en Crisis. Manual para práctica e investigación. México: Manual Moderno.

Anexo (b): ENTREVISTA PSICOLOGICA.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
C.U.S.I. ALMARAZ
ENTREVISTA PSICOLÓGICA

NOMBRE:

EDAD:

ESCOLARIDAD:

OCUPACIÓN:

ESTADO CIVIL:

DIRECCION:

TELEFONO:

SINTOMA PRINCIPAL

4-¿Cuál es su motivo de consulta?

5-¿Cuándo comenzó?

6-¿Qué hacía usted en ese momento?

7-¿Había tenido en otra ocasión el mismo problema?

8-¿Qué sucedía en su vida en esa época?

SINTOMAS SECUNDARIOS

9-¿Alguna otra cosa le preocupa?

10-¿Cuándo comenzó a preocuparle?

11 -¿Qué tanto interfiere en su vida?

ANTECEDENTES PERSONALES

12-¿Podría relatarme su vida? Comience por el principio

13-¿Donde nació?

14-¿Cómo era la familia?

15-¿Podría describirme a su padre con tres adjetivos o rasgos distintivos?

16-¿Podría describirme a su madre con tres adjetivos o rasgos distintivos?

17-¿Cómo es la relación con sus padres?

18-¿Tuvo hermanos? ¿Cuál era la diferencia entre edades? ¿Hermanos muertos?

19-¿Cómo es la relación con sus hermanos?

20-¿Cómo era ó es la atmósfera familiar?

21 -¿Quién más tuvo en su vida un papel importante?

ANTECEDENTES ESCOLARES Y LABORALES

22-¿Cómo fue su desempeño en la escuela?

23-¿Tuvo dificultades escolares?

24-¿Tuvo algún problema específico de conducta o de aprendizaje?

25-¿Cómo se desarrolló socialmente en la escuela?

26-¿Tenía amigos? ¿Era vergonzoso? ¿Era hiperactivo?

27-¿Hasta que grado escolar curso?

28-¿Le agrada su trabajo?

29-¿Cuanto tiempo tiene en el mismo?

30-¿Cuántos trabajos ha tenido? ¿Por qué los ha abandonado?

31 -¿Cómo es la relación con sus superiores?

32-¿Cómo es la relación con sus compañeros de trabajo?

33-¿Existe algo que le moleste en particular de su trabajo?

ANTECEDENTES FAMILIARES

34-¿De donde son originarios sus padres?

35-¿Cómo era la relación entre ellos?

36-¿A qué se dedicaban laboralmente?

37-¿Algún miembro de su familia tenía algún problema emocional en particular?

38-¿A qué se dedican sus padres y hermanos actualmente?

ANTECEDENTES MEDICOS


39-¿Qué enfermedades tuvo durante la infancia?

40-¿Tiene una enfermedad actualmente?

41 -¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?

42-¿Toma algún medicamento actualmente?

Anexo (c): Medición Rápida de Habilidad Intelectual (BARSIT).

 <p>UNAM CAMPUS IZTACIQUILA</p>	<p>MEDICIÓN RÁPIDA DE HABILIDAD INTELECTUAL</p> <p>BARSIT</p> <p>Francisco del Olmo</p> <p>CUESTIONARIO IZT. 0105185</p>	<p>Apellidos: _____</p>
		<p>Nombres: _____</p>
		<p>Edad: _____ Fecha: _____</p>
		<p>Puntos: _____ Normas: _____ Percentil: _____</p>

LEA ESTO CON MUCHA ATENCIÓN

Usted tendrá que ir resolviendo cuestiones parecidas a éstas.

No escriba palabras; subrayélas solamente, y escriba los números como se le ordena.
Subraye la palabra que mejor conteste a la pregunta:

EJEMPLOS:

- ¿Qué palabra nos dice lo que es una manzana?
libro, piedra, casa, fruto, animal
- ¿Qué palabra nos dice lo contrario de bueno?
anterior, mejor, malo, simpático, deseable
- De estas 5 palabras una pertenece a una clase diferente. ¿Cuál es?
gato, perro, zapato, caballo, vaca
- El agua es una bebida y el arroz es un:
objeto, alimento, juego, cosa, mineral
- Escriba los dos números que faltan a esta serie:
2 4 6 8 10 14 18 20
- Los peces viven en:
el agua, la tierra, el aire, el monte, el subsuelo
- Lo contrario de nuevo es:
moderno, viejo, bello, elegante, caro
- De estas 5 palabras una pertenece a una clase diferente. ¿Cuál es?
enero, febrero, marzo, año, abril
- La cama sirve para dormir, y la silla sirve para:
comer, jugar, sentarse, bailar, saltar
- Escriba los dos números que faltan a esta serie:
50 45 40 35 30 25 15 5

REVISE LAS RESPUESTAS
QUE USTED HA DADO

- Ejemplo 1: Debió subrayar:
la palabra fruto, según
el ejemplo.
- Ejemplo 2: Debió subrayar:
la palabra malo.
- Ejemplo 3: Debió subrayar:
zapato.
- Ejemplo 4: Debió subrayar:
alimento.
- Ejemplo 5: Debió escribir los nú-
meros 12 y 16.
- Ejemplo 6: Debió subrayar:
el agua.
- Ejemplo 7: Debió subrayar:
viejo.
- Ejemplo 8: Debió subrayar:
año.
- Ejemplo 9: Debió subrayar:
sentarse.
- Ejemplo 10: Debió escribir los nú-
meros 20 y 10.

A continuación se encuentran 60 preguntas parecidas a éstas.

Para hacer este ejercicio se le darán 10 minutos, que usted debe aprovechar lo mejor que pueda.

Recuerde que es mejor hacer las cosas bien que de prisa, pero si no sabe cómo resolver una pregunta, no se entretenga mucho en ella, pase a la siguiente.

Procure que la rapidez no le haga cometer errores.

No pregunte nada al examinador. Ni se distraiga mirando a los demás.

Copyright ©, 1957
Todos los derechos reservados por
The Psychological Corporation, San Antonio, Texas
D.R. © 1980 por la
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. de C.V.
P.O. Box 200, Cdad. Hipólito Bernal, 06100 - México, D.F.



ESPERE LA ORDEN ANTES DE PASAR A LA OTRA PÁGINA

Nota: Este Cuestionario está impreso en azul y negro. NO LO
ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.

Impreso en México

0996

Anexo (d): ESCALA DE DEPRESIÓN.

Marque con una "x" su respuesta.

	Nunca o rara vez	Algunas veces	Frecuente- mente	Casi siempre	Punt os
Me siento decaído, desanimado o triste					
Me siento mejor en las mañanas					
Siento ganas de llorar o lloro fácilmente					
Tengo problemas (me cuesta) dormir en la noche					
Como mas de lo acostumbrado					
Me gusta mirar, conversar, o estar con gente atractiva					
Noto que estoy bajando de peso					
Tengo problemas de constipación					
Mi corazón late mas rápido de lo normal					
Me canso sin motivo					
Mi mente esta tan clara como siempre					
Me resulta fácil hacer las cosas habituales					
Estoy inquieto y no me puedo quedar tranquilo					
Tengo esperanza en el futuro					
Estoy mas irritable que de costumbre					
Me es fácil tomar decisiones					
Siento que soy útil y me necesitan					
Me siento satisfecho, pleno con mi vida					
Siento que los otros estarían mejor si yo muriera					
Sigo haciendo con gusto las cosas habituales					

Anexo (e): CUESTIONARIO DE HABITOS CONDUCTUALES.

Marca con una X las conductas que presentes.

Conductas alimentarias	
Comer en exceso	
Dejar de comer (saltar comidas)	
Abusar de lo dulce y de lo salado	
Comer demasiado rápido	
Picar entre comidas	
Efectuar un numero inadecuado de comidas (no desayunar)	
Abusar de alimentos grasos	
Tomar bebidas gaseosas	
No seguir una dieta equilibrada	
No vigilar el peso	
Drogas	
Fumar	
Beber alcohol	
Consumir medicamentos sin prescripción medica	
Consumir drogas: cocaína, marihuana, heroína, etc.	
Actividad	
No llevar acabo ningún tipo de ejercicio fisico	
Realizar esfuerzos físicos bruscos	
Llegar al agotamiento físico	
Descanso	
Trasnochar	
Dormir pocas horas	
Dormir en exceso (incluso de día)	
Higiene personal	
No usar la ducha diariamente	
Descuidar la higiene del cabello, ojos, nariz y pies	
No lavarse las manos antes de comer	
No cepillarse los dientes después de cada comida	
Descuidar la limpieza de la ropa	
Trabajo	
Deficiente organización del tiempo de trabajo	
Falta de comunicación con los compañeros de trabajo	
Participar en conflictos laborales	
Desarrollar una actividad laboral que genere insatisfacción	
Deterioro en la comunicación con mandos y/o empleados	
Pareja y familia	
Falta de comunicación	
Entablar discusiones frecuentes	
Incompatibilidad de aficiones para el tiempo libre	
No afrontar los problemas cotidianos	
Amigos y entorno social	
No disponer de tiempo para las relaciones sociales	
Ruptura en la comunicación con vecinos y conocidos	
Desinterés por las actividades de tipo lúdico	
Relaciones sexuales	
Relaciones poco placenteras (insatisfacción sexual)	
Mala planificación de las relaciones sexuales	
Inestabilidad y falta de seguridad e higiene	
Promiscuidad sexual	
Otros comportamientos de riesgo	
Conducción temeraria de vehículos	
Falta de medidas de seguridad	
Comportamientos de riesgo domésticos (electricidad, productos tóxicos, etc.)	
Divorcio	
Desempleo	

Anexo (F): EQUIPO DE TRABAJO DE PSICOLOGÍA.



Pasantes de Psicología y tutora: Blanca Leonor Aranda Boyzo.



Pasantes de Psicología y estudiantes del Servicio Social.