



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

“LA FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN UNA
INSTITUCIÓN DE SALUD CUSI ALMARAZ”

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
MARIA DE LOS ANGELES HERNÁNDEZ PÉREZ

ASESORES:

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





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Padres míos, papás por fin entiendo todas sus recomendaciones y regaños,
y todos sus consejos que en un tiempo me parecían tan vanos,
tan absurdos e irreales.

Hoy entiendo papás, la razón de sus advertencias,
las reprimendas y lecciones.

La vida me ha enseñado que es gracias a ellas y
gracias a su amor que he crecido y triunfado.

DIOS LOS BENDIGA

A mi madre, gracias por estar con migo en las situaciones buenas
y malas pero sobre todo por el amor que me has dado.

A mi padre, gracias por tus enseñanzas, por tus palabras
y deseos pero sobre todo gracias por ser un padre
“mi padre”.

Especialmente a mi esposo, gracias por amarme como lo haces,
por compartir mis alegrías, sueños y frustraciones;
así como ayudarme a librar diversos obstáculos para poder llegar a esta meta.

Gracias por estar siempre a mi lado,
ayudándome a levantarme cuando lo he necesitado
y por ser parte de mi vida.

TE AMO

A mi hija, quiero compartir la alegría de este triunfo,
agradecerle por su paciencia, gracias por tus locuras que
me alientan a seguir adelante. Eres mi vida y TE QUIERO.

A mi hermano, gracias por estar con migo y tu apoyo
en diversos momentos, sabes que cuentas con migo
y que te deseo la mayor felicidad.

A mi hermana, por apoyarme a mi y
a mi familia, por cuidar del humor y
la armonía en nuestro entorno. Te quiero

Gracias a toda mi FAMILIA, por enseñarme que cada momento
tiene sus lados tanto positivos como negativos
y de los cuales se aprende algo para crecer como persona.
Así como que en el trayecto y al final de todos los caminos
quien siempre ha estado y estará a mi lado son ustedes mi familia.

Gracias a todos y cada uno de los miembros de mi familia,
porque con ellos se aprende lo que queremos y no hacer
de nuestra vida.

Gracias:

Fam. Pérez Montiel	Fam. Pérez Carrasco
Fam. Hernández Escandón	Fam. Rojas Hernández
Fam. López Pérez	Fam. Guadarrama Pérez
Fam. Cervantes Pérez	Fam. Córdoba Pérez
Fam. Hernández Miranda	

Gracias también a todos aquellos que a pesar
de la distancia siguen siendo mis amigos.

A Jorge E. Maldonado Martínez
por enseñarme que no hay que apresurar la vida,
que los frutos maduran en el momento preciso
y que hay que disfrutar de el.

A Gloria Espejel, por enseñarme
que la vida se toma de manera serena y
se disfruta, gracias por tu comprensión.

A Sonia, Gisela y Yaneth
por permitirme ser parte de su grupo
cuando más lo necesite. Las quiero mucho.

A Leti, Nadia y Aline, por ser parte
de la realización de este proyecto,
por las risas nacidas en su compañía y
por compartir su vida con migo; así como
pertenecer a la mía. No las olvidare.

Gracias a mi asesora Blanca Leonor Aranda Boyzo por permitirme lograr la realización de este sueño, por su apoyo, comprensión, tolerancia y disposición para enseñarme y aclarar mis dudas, lo cual me ha llevado a ser una mejor profesional y persona.

Gracias al Profesor Emiliano Lezama Lezama y al Profesor Francisco Bautista Ochoa, por ser parte de mi formación académica y de la realización de esta tesis gracias por sus enseñanzas compartidas.

Gracias a todos y cada uno de los que a lo largo de mi vida, han sido mis guías y maestros en mi educación y con ello se me ha permitido finalizar esta etapa de mi formación como psicóloga.

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	7
Introducción	8
Capítulo 1: La psicología de la Salud	14
1.1. Definición de Salud	14
1.2. Antecedentes de la Psicología de la Salud	17
Capítulo 2: El psicólogo de la Salud	29
2.1. Funciones del Psicólogo de la Salud	30
2.1.1. Evaluación	32
2.1.2. Diagnóstico	34
2.1.3. Tratamiento e Intervención	34
2.1.4. Consejo, asesoría, consulta y enlace	37
2.1.5. Prevención y promoción de la Salud	38
2.1.6. Investigación	39
2.1.7. Enseñanza y Supervisión	40
2.1.8. Dirección, administración y gestión	41
2.2. Técnicas e Instrumentos del Psicólogo de la Salud	42
2.2.1. Procedimientos, técnicas e instrumentos	42
2.3. Lugares en donde actúa el Psicólogo de la Salud	50
2.3.1 El servicio del Psicólogo de la Salud	51

Capítulo 3: Principales Técnicas y Procedimientos de la Psicología de la Salud	55
3.1. Técnicas e Instrumentos	56
3.2. Psicoterapia	65
3.3. Psicoanálisis, PBIU	68
Capítulo 4: El desempeño de el Psicólogo en la CUSI Almaraz	79
4.1. La práctica profesional	80
4.2. La CUSI Almaraz	82
4.3. Servicio de Psicología	85
4.4. Funciones desempeñadas en la CUSI Almaraz	86
Conclusiones	153
Anexos	165
Referencias	174

RESUMEN

En el presente trabajo se realiza una exposición general de la labor del psicólogo clínico social de la salud y el desempeño que realiza dentro de una institución de salud como lo es la Clínica Universitaria de Salud Integral Almaraz, en donde su inclusión a este ámbito, clarifica el papel real que este profesional desempeña como alternativa viable en la solución de problemas relacionados con la salud, colocando así a los factores psicológicos en un primer plano.

Por lo tanto, el trabajo está estructurado de la siguiente forma: En el primer apartado se hace una recopilación teórica sobre los antecedentes y aparición de la psicología de la salud. En un segundo momento se establece teóricamente las funciones y labores que desempeña el psicólogo dentro del ámbito de la salud. En un tercer apartado se hace referencia a los métodos y técnicas que utiliza el psicólogo para su desempeño profesional dentro de la asistencia que brinda en las instituciones de salud; realizando hincapié en el método de la Psicoterapia Breve Intensiva de Urgencia (PBIU), ya que esta fue la herramienta principal para nuestro desempeño dentro de la CUSI ALMARAZ. Por último, en el cuarto capítulo se realiza la descripción de las actividades que lleve a cabo durante mis prácticas profesionales dentro de la CUSI ALMARAZ.

Así se concluye que las resoluciones en el campo de la salud dependen (en parte) de nosotros mismos, como profesionales en este ámbito, que a pesar de la importancia adquirida, el servicio debe tomar mayor auge para ser visto tanto por profesionistas y usuarios como parte de una nueva educación que lleve a la mejora de la salud de cada persona y de la comunidad. Depende de los usuarios, quienes resultan ser los principales actores de la connotación sobre la salud y del quebranto de la misma, por lo que hay que enfatizar en la educación de estos sobre que las conductas que se aprenden en un contexto y situación real pueden modificarse por otras conductas que den resultados favorables a una salud mayor. Por último las instituciones del sector salud, que si bien brindan la oportunidad de mejora de la misma a los usuarios, les hace falta homogenizar sus servicios tomando en cuenta todos los componentes que se vinculan para el desarrollo óptimo de la salud y con ello establecer equipos de trabajo multidisciplinarios enfocados a la integridad del ser humano como usuario y a no ver los servicios por separado, lo cual daría grandes beneficios para todos (beneficios sociales, económicos, etc.).

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas ha habido un desarrollo explosivo de la información y conocimiento en el campo de la salud. Ya que hasta hace un tiempo se prestaba una atención mayor y exclusiva a los factores biológicos involucrados en la salud. Sin embargo, en tiempos recientes, se ha ido reconociendo crecientemente la importancia de otros factores como los psicológicos y sociales, siendo la psicología una de las disciplinas que ha aportado mucho en este sentido.

El proceso salud-enfermedad ha sido el centro de interés de muchas disciplinas; sin embargo, son pocos quienes se han preocupado por la salud pensando en esta como un proceso bio-psico-social, que debe ser observado de manera integral buscando lograr una calidad de vida satisfactoria.

Así la concepción de salud como un estado de bienestar bio-psico-social, que reconoce en cada individuo la libertad de elección de un estilo de vida propio, lo cual con el tiempo lleva a reconocer la interconexión y no la identificación entre salud/ enfermedad y el comportamiento del ser humano; permite establecer, sobre todo en estos últimos años, un hincapié en que son los estilos de vida bajo los cuales se rige la sociedad a cada momento y que cambian continuamente los que contribuyen a promover, prevenir e incluso enfrentar un estado de salud, que tiene características específicas por el momento en el que se vive.

Por lo tanto tomando en cuenta esto último, podemos entender que cuando estamos enfrentándonos a cambios y evolución constante en la forma de vida del ser humano, se llegó a que en algún momento el concepto de salud se viera obsoleto, lo cual, a su vez llevo a la necesidad de pensar en un reconstrucción urgente del concepto de salud, en donde esta permitiese abarcar todos los factores que pueden estar inmersos en la misma concepción y que a su vez diera la posibilidad de un mejor y mayor entendimiento no solo del concepto de salud, si no de las repercusiones que este mismo pudiera establecer. Esta problemática con la definición del termino “salud” y la nueva visión de la misma, tomando

en cuenta diversos factores que anteriormente no eran muy entendidos, dio lugar a la concepción de la salud como el estado de bienestar bio-psico-social propuesto por la OMS y mencionado anteriormente, que abrió así la posibilidad no solo de elegir el estilo de vida propio, sino también da la posibilidad de manejar y modificar el entorno en donde se desarrolla este estilo de vida; y que a su vez marco la necesidad de la inserción de nuevas disciplinas al ámbito de los servicios para el cuidado, mantenimiento y reestructuración de la salud, que dieran prioridad a los programas de prevención de enfermedades y educación para la construcción de hábitos para un estilo de vida saludable, por lo que las funciones del psicólogo clínico social de la salud hasta el momento van adquiriendo mayor relevancia.

Por lo tanto, hay que resaltar la conducta social como factor importante a considerar dentro del marco de la salud, ya que se ha observado que las enfermedades dependen en gran medida de los estilos de vida como ya se menciono, si no también de los hábitos, actitudes y creencias hacia la salud que tienen y mantienen cada persona dentro de su comunidad y de sus relaciones familiares. Así la cultura, la época, el sistema de creencias de cada persona, la nacionalidad, etcétera, tipifica lo que debe ser la salud.

De acuerdo a lo ya mencionado se puede señalar que uno de los objetivos de la psicología de la salud, es el estudio del comportamiento precursor de la salud y en su rama aplicada a la intervención para la mejora de la misma y a la intervención preventiva. Con ello no es extraño señalar que el tema de salud ha dejado de ser exclusivo de los médicos, encontrando así una gran variedad de disciplinas (psicología, ecología, sociología, entre otras) que aunque con ideologías, prácticas y métodos distintos tienen un fin común, “la salud”.

Con todo ello es importante señalar que siendo tan numerosos los factores que intervienen en la salud y en la enfermedad, y tan variadas las respuestas del organismo, no puede pensarse que obedezcan a una sola causa, por ello es que se ha establecido el principio de multicausalidad que no tiene solo un valor teórico o académico sino que orienta para actuar, tanto en los factores específicos, como sobre los predisponentes a fin de promover la salud y evitar la enfermedad. Así se remarca de nueva cuenta la necesidad de tratar a la salud como parte de las actividades cotidianas de las personas; actividades que

implican una inversión de tiempo, dinero y esfuerzo, y que a su vez estas implicaciones resultan ser mucho menores que cuando consideramos a la salud como algo que se debe buscar cuando ya no se tiene, además de que se invierte en la construcción de un estilo de vida saludable.

Después de ser incisivos al señalar los factores que implican el entendimiento y la comprensión de la salud, así como de su tratamiento es importante tratar de establecer un panorama de la labor del psicólogo dentro del ámbito de la salud y para ello se hará de la siguiente forma. Estar enfermo y tener que asistir a una clínica o incluso de ser hospitalizado, puede y tiene muchos aspectos negativos para el paciente, ya que se interrumpe el estilo de vida de el mismo, se involucra cierta dependencia en otros y aparecen muchos eventos que sin duda pueden resultar estresantes. Esta situación comienza en el momento de la admisión, desde el momento en que se presentan los papeles para ingresar al servicio específico relacionado con la parte de la salud que se pretende consultar y que se tiene que interactuar con el personal a cargo del mismo servicio. El ajuste social y emocional requiere de la adaptación del paciente a su situación de estancia en el hospital y por supuesto dependiendo del problema que lo lleva requerir lo servicios del mismo. La conducta que presenta el paciente puede ser afectada por muchos factores adicionales a la gravedad de la enfermedad; sus ideas de como deben comportarse y reaccionar a la restricción del confinamiento.

Así al estar enfermo implica una serie de factores que se interrelacionan en el estado anímico del paciente, es decir, conocer que elementos contribuyen para que el paciente en determinadas situaciones o circunstancias, se deprima, este ansioso, temeroso, etc. Estos elementos deben ser conocidos por el psicólogo de la salud, así podrá realizar una mejor evaluación y por ende dar un mejor tratamiento. Algunos de los factores que pueden estar involucrados son: la relación médico- paciente y el ambiente de la institución de salud a la cual se asista, , pero no solo influyen la actitud en el resultado del tratamiento inquietudes y las esperanzas del paciente; las ideas y la conducta del servidor de la salud también producen un efecto profundo; una actitud comprensiva y de aceptación por parte de este ultimo; así como de las visitas frecuentes son importantes también para la mejora del paciente, según las considere el mismo.

Con lo anterior, el psicólogo debe estar en el área de la salud ya que tiene las habilidades para comprender la unidad de lo biológico con lo social, dando a los factores psicológicos el lugar que les corresponde por medio de procedimientos que ayuden tanto al equipo de trabajo al servicio de la salud, como al paciente, así como a la misma comunidad. Por ello resulta importante considerar los aspectos que se relacionan en el proceso de adaptación al servicio encaminado a la salud y considerar sobre todo, si son parte del personal del servicio a la salud, del ambiente de la institución a la que se acuda o que forman parte de la personalidad del paciente mismo, todo lo anterior, permitirá una evaluación más detallada y dar un mejor tratamiento por parte del psicólogo de la salud, no solo al servicio de intervención, si no mayor énfasis a lograr la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud misma. Por lo cual hoy en día se sabe y se reconoce que los psicólogos de la salud tiene los conocimientos y habilidades para participar activamente en las acciones de prevención y tratamiento de las enfermedades, lo que enmarca un desarrollo positivo en el crecimiento del psicólogo de la salud, y aunque en ocasiones su labor se ve limitada a ser parte de un servicio de atención a la enfermedad, es importante señalar el reconocimiento al trabajo que realiza en esta área, pero resaltar la necesidad de dar mayor énfasis a un área como lo es la preventiva, que bien diseñada, podría resultar mucho más beneficiosa para los usuarios de los servicios de salud. Así el sector salud debería considerar ampliamente otras profesiones que pueden aportar su conocimiento para un mejor servicio a la comunidad y con ello conformar un equipo multidisciplinario en beneficio de los usuarios que acuden a los servicios de salud.

Con lo anterior se ha dado un panorama general de la visión, concepción y tratamiento que se da a la salud, enfatizado en la labor que desempeña el psicólogo en esta área, así se puede señalar que hay instituciones de salud (las menos) como la “Clínica Universitaria de Salud Integral Almaraz” que integran diversas disciplinas en pro de la salud y que me brindo la oportunidad de formar parte de este equipo durante las practicas profesionales que realice en dicha institución, dando pie a una experiencia profesional como psicóloga.

Por ello, el objetivo del presente trabajo, es el de efectuar una breve exposición sobre la aproximación de algunos de los aspectos más relevantes acerca de la psicología de la salud y la función del psicólogo dentro de esta área. Enfatizando sobre los conceptos y el desarrollo teórico de la misma que permite la comprensión de la práctica profesional llevada a cabo en la institución antes mencionada. En donde los primeros tres capítulos del presente trabajo están enfocados a la parte teórica que comprende lo relacionado a la salud y a la labor del psicólogo en este ámbito y el cuarto capítulo esta diseñado para describir propiamente la praxis del pasante de psicólogo de la salud en la Clínica Almaraz.

El primer capítulo hace referencia a los aspectos generales que comprenden el entendimiento de la salud y la aparición de la psicología en esta área, tal es el señalamiento de la conceptualización del termino “salud” y la descripción básica de la psicología a conformarse como psicología de la salud, con la finalidad de entender la necesidad de reestructurar la definición de salud para una mayor comprensión de la misma; así como de reseñar como la psicología se desarrolla e incursiona en este ámbito.

El segundo capítulo hace referencia al trabajo del psicólogo social de la salud, describiendo entre otras cosas las funciones, los lugares en donde actúa, así como el servicio que proporciona el psicólogo de la salud.

El tercer capítulo esta destinado a describir las técnicas e instrumentos que utiliza el psicólogo de la salud y al reconocimiento de las actividades que puede realizar con ellas, con el objetivo de mejorar, promover y prevenir, aspectos y características que se relacionen con la salud y en busca del beneficio de la comunidad. Este capítulo contiene información sobre la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia (PBIU), debido a que las funciones desempeñadas por el psicólogo dentro de la Clínica Almaraz, como la intervención psicológica, se encuentra directamente relacionada con esta técnica por los beneficios que aporta para el desempeño del psicólogo y los beneficios que aporta su usos en esta área de intervención.

Por último, el cuarto capítulo está destinado a la exposición mediante la descripción acerca de la experiencia profesional y personal realizada dentro de dicha institución de salud. En este capítulo se podrá atender la función del psicólogo de la salud en cuanto a diversos aspectos como son la organización, diseño, cooperación, intervención, etc., con el objetivo de dar un servicio óptimo a la comunidad. Entendiéndose la visión y trato de la salud como un trabajo multidisciplinario y la conformación de un equipo de trabajo con el paciente mismo, así como resaltar la responsabilidad del paciente en el mantenimiento de su salud.

La labor desempeñada como psicóloga dentro de esta clínica, se ve plasmada en este capítulo al describirse las actividades desarrolladas durante mi estancia en la misma, a su vez considera un aprendizaje adquirido en la práctica, en la realidad, que complementa la formación teórica de la que se es parte, lo cual permite un crecimiento profesional y personal.

CAPITULO 1

LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1. Definición de Salud

Para la definición de salud se debe dar el estudio del proceso salud- enfermedad y para ello es necesario definir cada uno de estos conceptos. San Martín (1985) nos menciona que la salud no es en si un fin para si misma, sino que va acompañada del goce pleno y del equilibrio de las facultades del hombre sano y del progreso social. Por lo cual la salud requiere más que una definición biológica, debe tener en cuenta todos los factores que intervienen en su determinación, dando a el concepto de salud, el sentido dinámico e histórico del cual siempre será parte de las condiciones de vida y las ideas que las poblaciones presenten en diferentes épocas.

Por lo cual salud no sólo significa estar libre de toda enfermedad, implica algo más. Existen diversas definiciones de salud.

En el 1956, René Dubos expresó lo que para él significaba salud: "Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado". En esta definición, Dubos circunscribe a la salud entre dos dimensiones, una física y la otra mental.

En el 1959, Herbert L. Dunn describió a la salud de la siguiente manera:

· ***Alto nivel de bienestar:***

- Un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz.
- Requiere que el individuo mantenga un continuo balance y de dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionado.

Tres dimensiones: Orgánica o Física, Psicológica y Social: El ser humano ocupar una máxima posición en las tres dimensiones para gozar de buena salud o tener alto grado de bienestar, lo cual dependerá en gran medida del ambiente que lo rodea.

- **Buena salud:** Estado pasivo de adaptabilidad al ambiente de uno.

- **Bienestar:** Un crecimiento dinámico hacia el logro del potencial de uno.

En este concepto de salud se menciona por primera vez la dimensión social y se define lo que significa bienestar. En los siguientes años este concepto social de la salud se sigue enfatizando. Edward S. Rogers (1960) y John Fodor etal (1966) también incluyen el componente social al concepto de salud: " Un continuo con gradaciones intermedias que fluctúan desde la salud óptima hasta la muerte".

Aquí vemos a la salud como en una escala continúa, es decir la salud es dinámica y cambia según pasa el tiempo. Igualmente, Milton Terris (1980) enfatizo en esta tercera dimensión social de la definición de salud. Este define salud como sigue: "Salud es un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad".

Otro ingrediente importante para el concepto de salud según Terris es que la salud no implica estar libre de enfermedades o incapacidades. Esto significa que va más allá de lo físico. Dicha definición es opuesta al modelo médico del concepto de salud, el cual describe a la salud como la ausencia de enfermedad (teoría de un solo agente).

Finalmente, Alessandro Seppilli (1971) define salud como "una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social".

La salud se define, así como la "normalidad" frente a la "anormalidad" de la enfermedad. Pero anormalidad no solo se define estadísticamente, si no que se define también socio-culturalmente; es por ello que algunos autores hablan de la construcción social de la enfermedad.

Así en el 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualizó a la salud como "un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad". Estableciendo dos áreas más para entenderla "la psicológica" y "la social" (Alvarado y Garrido ,1996).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) define la salud como: "un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia". Esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad

Según Matarazzo, "Psicología de la salud", es el conjunto de las contribuciones explícitas educativas y de formación, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología para:

- Promoción y mantenimiento de la salud.
- Prevención y tratamiento de la enfermedad.
- Identificación de la etiología y los correlatos diagnósticos de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones ligadas a ella para el análisis y mejora del sistema de cuidado de la salud y para la formación de la política sanitaria."

Así la ampliación y redefinición del concepto de salud que ha llevado al que ahora se maneja y se toma como el más apto ha estado motivado por los siguientes hechos.

- El desarrollo del conocimiento biomédico que ha permitido reducir el riesgo de padecer enfermedades infecto-contagiosas, estando ahora en disposición de cubrir objetivos mucho más ambiciosos.
- El fracaso de los sistemas sanitarios cuya concepción restrictiva y descontextualizada de la salud no había resultado socialmente satisfactoria, al no cubrir las demandas y expectativas de la población.
- Y al hecho de que en la actualidad estamos en disposición de comprender que, en un alto porcentaje, a los problemas de salud subyacen variables sociales y comporta mentales que antes no habían sido contempladas.

Por todo ello, el concepto de salud ha evolucionado desde la concepción tónica de ausencia de enfermedad hasta un concepto probablemente utópico como el estado de bienestar completo tanto físico, mental y social y es de este modo como la salud se convierte en algo que afecta a todos los estamentos sociales y repercute sobre todos. Y por lo cual, según González y Guevara (1999) de todas estas definiciones resulta con claridad que el proceso de salud- enfermedad en el que esta enfocada la psicología de la salud al igual que otras disciplinas, no es sólo privativo del médico clínico, ya que está siempre relacionado con el ambiente de vida de la población y del individuo con su cultura y educación, con los comportamientos sociales y con el nivel de desarrollo social.

1.2 Antecedentes de la Psicología de la Salud

Por su juventud como ciencia, la Psicología guarda relaciones de difícil equilibrio, con otras disciplinas, pero por razones vinculadas a su origen práctico son esencialmente delicadas con la Medicina.(Bayes, Masana, J. Y Toro, J.1979). Esencialmente estas dificultades entre ambas disciplinas son más marcadas al relacionarse con temas como el que nos ocupa “la salud”, ya que en principio este termino ha sido definido desde el ámbito médico, sin embargo hoy en día se cuenta con una definición más apropiada, que ya se a señalado anteriormente y que atribuye no solo la función del médico en esta rama, si no también la de otros profesionales como el del psicólogo.

Sin embargo, diversos factores de orden científico y relativos al cuidado de la salud, han contribuido al nacimiento de la psicología de la Salud (Matarazzo, 1980; cit. En Becoña, Vazquez y Oblitas, 1995). Por un lado el cambio en la concepción de los términos de salud y tener buena salud, que recientemente han sido redefinidos en términos más positivos como un complemento al estado de bienestar físico, mental y social incorporando los aspectos psicológicos. Por otro lado, paralelo al cambio de esta definición ha sido el cuestionamiento del modelo biomédico. Y finalmente hay que considerar que los factores psicológicos han pasado a un primer término y que además nos encontramos que las cuestiones económicas pueden ser parte de el proceso que representa

la salud, dado que los costos para mantener una buena salud se han disparado, lo cual no garantiza un estado óptimo de salud.

La Psicología de la salud tiene sus antecedentes teóricos y prácticos en los fundamentos y modelos de la Psicología general, pasando a través de sus diversas ramas como la Psicología clínica, asociado el trabajo que realiza en las instituciones para enfermos mentales y estrechamente ligada a la psiquiatría.

La medicina conductual que destaca el papel de los comportamientos aprendidos en el origen y las manifestaciones de las enfermedades y busca medios a través de los cuales los cambios en el comportamiento pueden desempeñar una función útil en el tratamiento y la prevención de las enfermedades.

Además de estos antecedentes, nos encontramos los siguientes, los cuales en conjunto permitieron el surgimiento de un concepto de mayor amplitud para referirse al tema que estamos tratando, es decir, propiciaron la consolidación de la Psicología de la salud. Entre estos:

- SCHOFIELD en 1969, dijo que la Psicología era una profesión de salud. Elaboró un informe sobre el estado actual de intervenciones psicológicas en el mundo sanitario.

- En el año 78 se creó la división 38 con el nombre de Psicología de la Salud.

- 1984, en España se celebró el I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos, en el mismo se establecieron cinco áreas de trabajo, una de ellas es la "Psicología Aplicada a la Salud".

Las razones que impulsaron a la aparición de la Psicología de la Salud, pueden resumirse en las siguientes:

- El cambio espectacular de las causas de mortalidad.

- Interés sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades debido al aumento de los gastos sanitarios.

- La consolidación de la Psicología como profesión y la eficacia de los tratamientos psicológicos.

Paralelamente al movimiento de defensa y promoción (1987) se establece la:

- Salud como derecho social básico.
- Pautas de morbilidad y mortalidad derivadas de la salud.
- Los cambios en la mortalidad indican que las personas ya no se mueren principalmente por contagio de ciertos gérmenes, si no por lo que hace. Los factores de riesgo son otros, los tratamientos convencionales ya no sirven y hay que empezar a pensar en otros distintos. Esto influye positivamente en la aparición de la Psicología de la salud.

Aunque forma parte del mismo curso de la Psicología, importa vislumbrar las vicisitudes de la Psicología de la Salud hasta su confluencia con la Psicología Clínica. Se trata propiamente de la Psicología (clínica) interesada en el ámbito médico. De hecho, la Psicología de la Salud puede verse como la conjunción entre la Psicología Clínica y la Medicina. Igualmente que la Psicología Clínica y la Medicina, y por lo mismo, la Psicología de la Salud tiene antecedentes centenarios, por no decir milenarios si se retrae a Hipócrates. Ciñéndose a su establecimiento formal, habría que remitirse a la Medicina Psicosomática, un término acuñado en 1918 en el contexto de la extensión del psicoanálisis para entender trastornos funcionales supuestamente debidos a conflictos psicológicos, destacando a este respecto Georg Groddeck. En el año 1939 aparece la Revista Psychosomatic Medicine en donde, su objeto era "estudiar la correlación existente entre los aspectos fisiológicos de todas las funciones corporales, tanto normales como anormales, y de esta manera integrar la terapia somática y la psicoterapia".

Así la medicina psicosomática tradicional se desarrolló en los años treinta como una rama especial de la medicina, porque un pequeño grupo de médicos se hallaban insatisfechos, con los esfuerzos por explicar los síntomas de los pacientes sólo en términos bioquímicos. Esta nueva rama de la medicina se desarrolló como una reacción contra la medicina biológica y supuso un esfuerzo científico para estudiar algunas ideas que tenían su origen en la prehistoria, en el folklore y en la observación clínica. Había dos características esenciales en este primer enfoque psicosomático:

- las enfermedades psicosomáticas se percibían de forma diferente a las enfermedades restantes.
- las explicaciones psicosomáticas estaban muy mediatizadas por la Psicología psicoanalítica.

A pesar de intentar correlacionar la terapia somática y la psicoterapia con los aspectos fisiológicos de todas las funciones corporales, la medicina psicosomática terminó por distinguir entre distintas enfermedades, donde unas serían propiamente psicosomáticas y, terminó por proponer explicaciones psicológicas a menudo más especulativas que empíricas. Con todo, la medicina psicosomática también se atuvo a la metodología científica y ha constituido así un campo de investigación y clínico que intercepta la Psicología experimental con la aplicación biomédica. Si bien su nombre e instituciones subsisten, bien puede acogerse sin embargo al ámbito más amplio de "Psicología de la Salud".

Se ha de situar también en esta perspectiva histórica el trabajo de Iván P. Pavlov relativo al condicionamiento de respuestas viscerales, con lo que ello supuso precisamente en el entendimiento de la "enfermedad psicosomática". En esta línea se ha llegado a hablar incluso de toda una 'medicina córtico-visceral' y, en particular, las 'neurosis experimentales' fueron ciertamente modelo de investigación de las influencias de condiciones psicológicas sobre el funcionamiento corporal. No se dejaría de alinear aquí la figura de Gregorio Marañón (1887-1960) con sus estudios sobre endocrinología y comportamiento y en particular su teoría experimental de las emociones. Así mismo se citaría igualmente a Novoa Santos (1885-1933), por la incorporación de nociones pavlovianas psicodinámicas a la medicina.

En 1977 Engel critica el modelo médico tradicional por sus planteamientos reduccionistas y mecanicistas y los califica de dogma.

La enfermedad hasta esta época es considerada como:

- Un modelo unifactorial, solo disfunción biológica.

- Reducido a un proceso simple.
- Mayor importancia de la enfermedad (importa más la enfermedad que la preocupación de no estar sanos)
- Permite una relación de poder obediencia del paciente.

Engel critica este modelo y surge el modelo bio-psico-social, para integrar estos tres grupos de elementos.

Por su lado, el condicionamiento operante supuso la posibilidad de una autorregulación de respuestas (hasta entonces) involuntarias mediante técnicas de biofeedback. El uso del biofeedback revolucionó el campo de las contribuciones de la Psicología al ámbito médico, llegando a imponerse desde 1973 el nombre de "Medicina Conductual" (si bien ya existía desde 1970 el nombre de 'behavioral pediatrics'). La medicina conductual vino a ser, más allá del procedimiento de biofeedback, la aplicación de las técnicas de Modificación de Conducta al campo biomédico. Hoy día, como sucediera con la Medicina Psicosomática, la Medicina Conductual aun contando con sus instituciones propias incluyendo sus revistas, quedaría incluida en la Psicología de la Salud.

En donde un elemento característico de la Psicología conductual y que posteriormente también lo es de la Psicología de la salud, es el interés que manifiestan por la prevención y la rehabilitación. En donde la prevención es un elemento importante en donde los campos de la intervención le es difícil obtener resultados o estos resultan ser escasos. Por lo cual a su vez la delimitación entre la prevención y el tratamiento, es difícil; pero en la actualidad la mayoría de los profesionales (y no profesionales) consideran que la salud requiere un enfoque y tratamiento que sea multidisciplinario, lo cual a su vez genera cambios en la concepción de los términos de salud y de tener buena salud y ha ido proporcionando una concepción más holística. Por lo cual según Engel (1977) citado en Becoña E, Vázquez F, y Oblitas L. (2000), a la par del cambio de la definición de salud, se ha ido cuestionando la eficacia del modelo biomédico, el cual, solo tomaba en cuenta los aspectos físicos de la enfermedad y dejaba de lado los aspectos psicológicos de la misma

Por su parte, la Psicología Médica también se sitúa en esta perspectiva de la Psicología de la Salud. En general, la Psicología médica se refiere a los aspectos curativos que se dan en la interacción entre el médico y el paciente. Más concretamente, es la enseñanza de la Psicología que se imparte en la carrera de Medicina, incluyendo entonces toda una variedad de conocimientos psicológicos y sociales de interés para la formación médica.

Actualmente al hablar de prevención nos encontramos con tres tipos básicos de prevención que intervienen en el manejo del proceso de salud/ enfermedad (Saldaña, 1984). La prevención primaria que establece su campo de acción en la identificación de los comportamientos inadaptativos que parecen estar implicados en el proceso de enfermar y promover, la adquisición de hábitos sanos y adaptables que acompañen el proceso de salud, modificando así los anteriores.

La prevención secundaria, que está encausada a la intervención o realización del tratamiento durante el proceso de enfermedad. Y finalmente la prevención terciaria, que está encaminada a la reducción de los efectos residuales y perjudiciales que siguen al tratamiento, lo cual permita la rehabilitación y la reinserción en el mundo social (y sus implicaciones, trabajo, etc.); así como la prevención de recaídas.

Por su parte Buela (1997) señala que los comportamientos y actitudes de las personas frente a la situación de salud o de enfermedad, están determinados culturalmente y dan el contenido a lo que es sano y no como consecuencia de estos comportamientos. Y considera a la familia como una unidad básica en donde se desarrollan dichos comportamientos, ya que suelen intervenir en la interpretación de los síntomas del enfermo, en la prescripción del tratamiento, en el uso de medicinas alternativas, en la automedicación, así como en la decisión de buscar ayuda del profesional. En este sentido la Psicología de la Salud, al centrarse en el aspecto preventivo debe establecer y suscitar cambios en los comportamientos de riesgo.

Es así como los factores psicológicos han pasado a un primer plano ya que los principales problemas presentados en la salud en este tiempo están estrechamente relacionados con nuestra conducta.

Así este panorama de continuo crecimiento de la Psicología de la salud ha tenido como determinante el cambio que en las últimas décadas ha experimentado el concepto de salud. La vieja dicotomía de salud física - salud mental se ha superado con el reconocimiento del componente bio-psico-social del enfermar, disolviéndose sus límites al conocerse, cada vez con mayor exactitud, la interdependencia entre la conducta o la "psique" y el cuerpo. Una consecuencia inmediata de este cambio ha sido la necesidad creciente de los equipos ínter disciplinares en todos los campos sanitarios, incluso en aquellos más alejados de los tradicionales como la "salud mental" (Stone G. 1988).

En el campo tradicional de la salud mental, el rol de los psicólogos clínicos también ha sufrido cambios notables en éstas últimas décadas. Desde su encasillamiento inicial como psicólogo evaluador ha tomado cada vez un mayor protagonismo como profesional, cuyos conocimientos le permiten dar una nueva visión y perspectiva a los padecimientos llamados "mentales".

Conviene resaltar que la Psicología Clínica y de la Salud constituye un campo de especialización de la Psicología, aparentemente el más relevante si se toma en consideración el número de psicólogos que realizan sus funciones en este campo, mayor que el de cualquier otro ámbito aplicado de los actualmente existentes. La consideración de disciplina especializada de la Psicología conlleva, por su parte, la inseparable característica de que los expertos que la practican han de ser necesariamente Psicólogos con una formación complementaria especializada en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Psicología de la Salud, de acuerdo con el ordenamiento legal que actualmente esté vigente en nuestro país.

El nuevo ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud integra, por su parte, dos campos de especialización separados previamente existentes: la Psicología Clínica y la

Psicología de la Salud, dedicadas específicamente, una a los trastornos considerados clásicamente clínicos o mentales y la otra a los fenómenos y problemas psicológicos en su relación con los problemas médicos o de salud en general. Todo ello, de acuerdo con la visión holística e integradora actualmente mantenida tanto sobre la salud como sobre la enfermedad como un todo integrado biológico, psicológico y social.

Respecto a los fenómenos a los que se aplica o que constituyen el centro de atención de la Psicología Clínica y de la Salud, éstos son, en primer lugar, las denominadas anomalías o trastornos mentales o del comportamiento, entendidos éstos en un sentido amplio del término y no sólo en el estrictamente psicopatológico y más restringido habitualmente concedido en los manuales estandarizados de clasificación de trastornos psicopatológicos del tipo de la CIE-10 (OMS, 1992) o del DSM-IV (APA, 1994). Además de los comportamientos anómalos o alterados, la Psicología Clínica y de la Salud estudia y toma en consideración, igualmente, cualquier otro tipo de comportamiento que sea relevante para los procesos de salud y enfermedad, sea éste normal o patológico y referido tanto a un individuo como a un grupo.

En este mismo sentido, conviene llamar la atención sobre el hecho de que la Psicología Clínica y de la Salud no sólo se aplica o toma en consideración los fenómenos o procesos anormales o patológicos, sino que estudia y se aplica igualmente y cada vez con más dedicación, a los procesos y estados de salud y bienestar, tanto de los individuos como de los grupos humanos, tratando de asegurar los mismos o de reinstaurarlos en caso de que éstos se hubieran perdido, de acuerdo con las importantes funciones complementarias de prevención y de educación para la salud desarrolladas igualmente por la Psicología Clínica y de la Salud. En donde el enfoque está dado en los principales determinantes de la salud que están basados en el estilo de vida de las personas, por lo que Gil, León y Jarana (1995) señalan que en la actualidad la salud no solo está en manos de los especialistas de la psicología clínica y de la salud, si no en las propias manos de las personas que intentan alcanzarla y mantenerla, instándonos a promover cambios en nuestro estilo de vida que faciliten eludir la enfermedad y disfrutar del estado de bienestar

al cual ya se ha hecho hincapié, como un recurso positivo para una mejor adaptación a nuestro medio ambiente.

Así la Psicología de la salud surge

1. - Desde la Psicología y es una aplicación más dentro de la Psicología.
2. - La Psicología de la salud se nutre por lo tanto de cualquier aspecto de la Psicología que sea de interés en/ para el área de la salud.
3. - La Psicología de la salud estudia primordialmente el comportamiento en su significado más ambivalente de la persona sana o enferma. Sin embargo, su eje vertebrado se trata desde un posicionamiento de salud positiva, es decir, desde la promoción y comportamientos de salud y de las conductas o control de riesgo.
4. - La Psicología de la salud se ocupa prioritariamente, del comportamiento normal de la persona en el proceso de salud.
5. - Dentro de el proceso de la salud, la Psicología de la salud también se ocupa del comportamiento de los profesionales de la salud. (Aniorte, 2003).

Es así como la psicología ha luchado durante mucho tiempo por recobrar todos los campos que le han sido invadidos por otras disciplinas, a la vez que lucha por prescribir con decisión su ámbito de aplicación, en donde explora nuevas posibilidades que le proporcionen mayor entendimiento en el estudio de el proceso de la salud. Así la psicología de la salud no solo ha recuperado campos invadidos, si no también ha dado apertura a nuevas áreas de acción inter y multidisciplinario, lo cual permite ofrecer a otros profesionales la posibilidad de compartir la tecnología de la cual son partícipes en sus respectivas áreas y la posibilidad de conocer e incluso crear una mejor tecnología en beneficio de tener un mejor manejo en el ámbito de la salud, lo cual repercute en un mejor servicio a la sociedad.

Por lo anterior debe quedar claro que la Psicología de la Salud debe dirigir los medios, métodos y contenidos de la educación para la salud deben dirigirse a producir un cambio sin violencia a través de la modificación de comportamientos inadecuados y el

mejoramiento de las condiciones de vida, orientando los contenidos educativos al autocuidado y al bienestar físico, mental y social.

Aquí cabe señalar que la psicología de la salud no solo se vincula con otras profesiones como la medicina, sino que en la actualidad se deriva y se relaciona con lo que se conoce como psicología social.

Y lo que podemos retomar de esta última según Páez y Zubieta (2002 cit. en Morales, Páez, Kornblit y Asún (2002)) es lo siguiente: la satisfacción vital (sv) o bienestar subjetivo (bs), se compone de: a) juicios o evaluaciones cognitivas específicas y generales de satisfacción con la vida y diferentes aspectos de ella; b) juicios o evaluación globales sobre el grado de felicidad; c) la balanza o equilibrio de emociones positivas frente a negativas. Así cuando hablamos del estado de ánimo, de las emociones, del bienestar subjetivo o de los sentimientos, se mencionan distintas áreas o tipos de afectividad, con lo cual el bienestar subjetivo puede ser entendido como la balanza entre emociones negativas y positivas, en donde se pretende que las segundas predominen sobre las primeras, lo cual nos llevaría a establecer un mejor grado en la salud de las personas.

Por lo cual, Rivas y Fernández (1996 cit. en Buela- Casal, Caballo y Sierra, (1996)) mencionan que a pesar de que se considera a la psicología de la salud como un área reciente, introducida como un área de investigación por la Asociación Psicológica Americana en 1978 sus objetivos son claros y delimitados, en donde la psicología de la salud implica:

- La promoción y mantenimiento de la salud a través de programas escolares de educación para la salud y de campañas para motivar estilos de vida y conductas saludables.
- La prevención y el tratamiento de la enfermedad por medio del desarrollo de programas de rehabilitación y de medidas preventivas.

- La identificación de enfermedades y sus causas, lo que permite constatar la relevancia de los factores de personalidad, o la participación de procesos preceptuales y fisiológicos específicos en ciertos problemas de salud.
- La mejora del sistema de cuidado de la salud y de la política sanitaria, investigando el grado con el que los pacientes pueden verse afectados por las características de los hospitales, por el personal médico, los costos médicos, etcétera.

En este mismo contexto Buela- Casal y Carroles (1996 cit. en Buela- Casal, Caballo y Sierra, (1996)) señalan que la división de Psicología de la Salud de la Asociación Americana de Psicología (APA) ha establecido diez objetivos prioritarios para la psicología de la salud y son:

- 1.- Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
- 2.- Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoque biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
- 3.- Comprender la naturaleza de la respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
- 4.- Entender cómo los métodos y las técnicas utilizadas por la psicología pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
- 5.- Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea el de crear o incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.
- 6.- Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.
- 7.- Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a las relaciones médico-paciente se refiere.

8.- Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y cómo se combinan estos para mejorar la eficacia del tratamiento.

9.- Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los pacientes y sus familias.

10.- Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

Con todo lo ya antes mencionado se puede señalar que básicamente son estas algunas de las causas particulares del nacimiento de la psicología de la salud. Por una parte el cambio en la preocupación sanitaria dado desde mediados de este siglo, que se ha desplazado en una medida importante, desde las enfermedades infecciosas hasta los trastornos de carácter crónico de etiología pluricausal que están ligados al estilo de vida propio de las sociedades industrializadas. Posteriormente el incremento de nuevas enfermedades es, producto de hábitos poco saludables, que facilitan la aparición de la enfermedad. Y por último que el tipo de enfermedades crónicas con las cuales el paciente tiene que convivir durante muchos años, suelen conllevar a una serie de cambios importantes en la calidad de vida de las personas.

CAPÍTULO 2

EL PSICÓLOGO DE LA SALUD

El psicólogo es un profesional que puede y aporta elementos importantes en el ámbito de la salud y su desempeño se vincula a la organización de los servicios en los ambientes de atención a la misma.

Así, según Matarazzo (1995), el modelo bio-psico-social en el ámbito de la salud, sirve como proyecto unificador para el entendimiento del desarrollo, diagnóstico, reacciones y tratamiento de enfermedades y trastornos psicológicos. En donde este modelo intenta demostrar las interrelaciones y los efectos de interacción y reforzamiento de innumerables procesos anatómicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos de un individuo. Y el cual le permite al psicólogo desempeñar su profesión en distintas maneras y diversas áreas.

El desempeño de esta profesión se apoya en la importancia del psicólogo como profesional en la atención a la salud, que en un principio se ligo al campo del psicólogo clínico, pero que en la actualidad se ha deslindado y ha establecido su propio campo de acción. Por lo cual se considera que hay una independencia por parte de la psicología de la salud, de la psicología clínica y de otras profesiones.

Por lo cual, Thompson (1987) considera que esta autonomía puede medirse a través del uso de responsabilidades y privilegios en centro de cuidado de la salud, como lo son la toma de decisiones independientes, el dar de alta, entre otras, además de su inclusión formal en los equipos que se dedican a la atención de la salud dentro y fuera de hospitales, lo cual lo lleva a ser parte de un equipo multidisciplinario en atención de la salud.

Así en la actualidad el psicólogo de la salud es identificado en la instrumentación de actividades dirigidas a la atención primaria de la salud. Entre las cuales se comprenden actividades preventivas, curativas y de rehabilitación psicosocial. Entre las actividades

preventivas se comprenden, la educación, la promoción y el manejo oportuno de casos. Las actividades curativas son el manejo y el tratamiento de los casos más comunes, la atención de casos urgentes y seguimiento de la evolución de los pacientes. Las actividades de rehabilitación psicosocial en los problemas de salud mental son: consejo psicológico, individual, familiar y en grupo, con el fin de orientar a los pacientes para la confrontación de sus problemas, actividades ocupacionales y recreativas.

Son parte de estas actividades, específicas las de prevención las que determinan la autonomía de la Psicología de la salud, al igual que sus funciones.

2.1. Funciones del Psicólogo

Con lo cual, hablar del papel del psicólogo de la salud implica hablar de diversas funciones específicas, ya que un terreno de acción tan amplio como lo es el de la salud, se requieren señalar las acciones particulares y pertinentes por parte de los profesionales. Para ello el perfil del psicólogo, de acuerdo con el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP), según Dorantes y Viques (2004) se define de la siguiente forma:

1°. Como un profesionista universitario cuyo objeto de estudio es el comportamiento humano individual y social, que a partir de procesos cognitivos-afectivos y de su interacción con el entorno, es un promotor del desarrollo humano, siendo su función genérica la de intervenir como experto del comportamiento en la promoción del cambio individual y social desde su perspectiva interdisciplinaria.

2°. Su actividad se dirige a campos o sectores de aplicación en donde convergen diferentes áreas de la psicología; campos relacionados con las necesidades sociales correspondientes a los sectores de: Salud, Educación, Producción y Consumo; Ecología y Vivienda; y Organización Social.

3°. Las funciones profesionales del psicólogo serán las de detectar, evaluar, planear, investigar e intervenir (incluyendo esta última prevención, rehabilitación y orientación), interrelacionadas, a veces, unas con otras de acuerdo al campo.

Con lo cual de acuerdo a la “Residencia en Psicología de la salud” y adscrita a la a la Secretaría de Salud; las funciones del psicólogo en el ámbito de la salud son: como profesionista debe dar servicio clínico en los sectores de salud, participar en la capacitación del equipo de salud que labora en estos centros, desarrollar programas de cambio cognitivo-conductual en la comunidad; y supervisar la operación de sus programas en la comunidad. Como investigador, el psicólogo de la salud debe participar en la declaración de factores de riesgo; desarrollar y validar sus propias escalas de detección de factores de riesgo; y desarrollar y validar nuevas técnicas de intervención para la detección de factores de riesgo con un enfoque individual, grupal, familiar y comunitario.

Con lo cual el papel del psicólogo en la atención primaria a la salud, puede ampliarse en diversas áreas.

En el área psicosocial elaborando diagnósticos de comunidad para conocer sus características psicosociales e identificar su relación con sus principales problemas de salud a fin de programar las acciones anticipatorias y preventivas para cancelar y modificar los factores de riesgo:

- Identificando y realizando el tratamiento temprano de la enfermedad
- Realizando actividades de prevención, manejo y tratamiento con referencia de problemas de alcoholismo y fármaco-dependencia
- Brindando apoyo psicológico, control, seguimiento y asesoramiento a pacientes con problemas fisiológicos que por sus condiciones de grupo de riesgo requieren de atención directa al igual que la estabilización de pacientes con problemas de estabilidades crónico-degenerativas.

En el área de la enseñanza, diseñando e implementando programas educativos que sustenten la participación en los problemas de la salud.

En el área de investigación, recopilando sistemáticamente la información de su trabajo de tal forma que pueda ser procesada y analizada mediante protocolos de investigación en desarrollo o en proceso de ser desarrollados.

En el área administrativa, identificando sus tareas y las del resto del equipo de salud, delegando responsabilidades y acoplando las propias con las del resto del personal.

Desafortunadamente en la práctica hasta el momento no se ha aprovechado óptimamente las capacidades del psicólogo ya que sus funciones y tareas no han sido claramente definidas en el área de salud, existiendo limitaciones dentro de las mismas instituciones para desarrollarse de manera óptima.

Así entre las múltiples funciones que incluye al Psicólogo de la Salud, destacan, como se recoge en la definición, las siguientes: evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir. Estas funciones incluyen, en general, la práctica total de la actividad normalmente desempeñada por el psicólogo que trabaja en este ámbito, con la excepción, quizás, de la deseable actividad investigadora que los psicólogos clínicos y de la salud también deberían realizar en sus respectivos ámbitos aplicados.

2.1.1. Evaluación

La evaluación es una función importante del psicólogo de la salud, ya que lleva al diagnóstico de comportamientos y procesos de riesgo asociados a patologías físicas y a la valoración de intervenciones bio-psico-sociales y de los sistemas de salud.

Según Dorantes y Viques (2004) las estrategias de evaluación en Psicología de la Salud están determinadas por dos tradiciones: 1ª. La procedente de la psicología de la Salud y 2ª. La procedente de la medicina conductual, desde la primera perspectiva, se enfatizan las variables personales y los métodos utilizados son: las entrevistas, los auto-informes y

las escala de apreciación y desde la segunda tradición, se toman en cuenta las variables moleculares (psicofisiológicas y conductuales) y los métodos propuestos tienen que ver con el registro mediante instrumentación y observación en situaciones controladas.

En resumen la evaluación consiste en la reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. La evaluación implica frecuentemente a más de una persona pudiendo tomar, a veces, como objetivo central dos o más, como por ejemplo, una pareja, una familia u otros grupos o colectivos. Esta información puede ser empleada para el diagnóstico de problemas psicológicos, la elección de técnicas de intervención y tratamiento, la orientación vocacional, la selección de candidatos a un puesto de trabajo, la emisión de un informe pericial, la elaboración de un perfil psicológico, la obtención de datos complementarios a una evaluación previa, la selección de participantes potenciales en un proyecto de investigación psicológica, el establecimiento de una línea-base de conducta con la que comparar cambios postratamiento y otros numerosos propósitos.

En general, los instrumentos más usuales son algún tipo de test, cuestionarios, entrevistas, observaciones y aparatos psicofisiológicos. A menudo estos procedimientos se utilizan en combinación, constituyendo una batería de pruebas o una estrategia de medida múltiple.

Por su parte, Roa (1995) menciona que algunos de los modelos utilizados en el campo de evaluación son el modelo Biopsicosocial, que tiene el objetivo de evaluar en forma general al paciente a través de las dimensiones biológica, personal y ambiental, que consiste en una historia clínica detallada y multidisciplinaria; pero que no aporta información acerca de los comportamientos a modificar y no tiene el propósito de establecer relación funcional entre los datos obtenidos; así como las evaluaciones multisistemáticas de estrés y salud, que valora las fuentes de estrés, afrontamiento y la adaptación del individuo, así como los sistemas matrimonial, familiar y laboral implicados en el proceso.

2.1.2. Diagnóstico

Bustos (2000) señala que el diagnóstico consiste en la identificación y rotulación del problema comportamental, cognitivo, emocional o social, de la persona, grupo o comunidad de que se trate. Debe entenderse como “resultado” del proceso de evaluación psicológica. En el ejercicio de esa función, el psicólogo clínico y de la salud habrá de tomar decisiones, entre las que hay que destacar las siguientes:

- Decisión sobre si se trata de un problema que cae dentro de su competencia o no.
- Decisión sobre el grado de severidad o gravedad de las primeras informaciones que se ofrecen del problema.
- Diagnóstico, si procede.
- Especificación del problema en términos operativos.
- Indicación del tratamiento.

Para llevar a cabo el diagnóstico podemos contar con un instrumento que tiene el valor heurístico dentro de la psicología, el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales); pese al crecimiento de diferentes vertientes teóricas y modos de realizar evaluaciones y diagnósticos, el DSM-IV se sigue empleando en el ámbito de la salud de manera significativa. Cuyas principales características son que para cada desorden incluido en el DSM, un sistema de los criterios de diagnóstico que indican que síntomas deben estar presentes, así como los que no deben encontrarse presente. Así los usuarios de este sistema pueden encontrar criterios particularmente útiles porque proporciona una descripción encapsulada compacta de cada desorden. Además, el uso de criterios de diagnóstico se ha demostrado para aumentar la confiabilidad del diagnóstico (es decir, probabilidad que diversos usuarios asignen la misma diagnosis). Pero cabe señalar que estos diagnósticos no se deben usar al pie de la letra, sino bajo el criterio del juicio clínico. Así el DSM contiene un texto descriptivo que acompaña a cada desorden, el cual puede darnos más claridad de la problemática.

2.1.3. Tratamiento e Intervención

El tratamiento se refiere al tercer nivel de prevención, que se compone de distintas técnicas terapéuticas dirigidas a una persona con alguna enfermedad. Por lo que la

intervención supone intervenciones clínicas sobre las personas con el objeto de entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos: emocionales, problemas de conducta, preocupaciones personales y otros. Se entiende que todo tratamiento o intervención supone algún tipo de relación interpersonal y situación social. Estas formas de ayuda pueden denominarse psicoterapia, terapia o modificación de conducta, terapia cognitiva (o cognitivo-conductual), terapia psicoanalítica, terapia sistémica, terapia existencial (fenomenológica o humanística), consejo o asesoramiento psicológico, o puede todavía reconocerse con otros nombres dependiendo de la orientación y preferencia del clínico.

La prestación del tratamiento puede ser en aplicación individual, en pareja, o en grupo, y ser llevado por uno o más psicólogos constituidos en equipo. Los clientes pueden ser pacientes externos o pacientes internos (residentes en una institución).

La duración del tratamiento suele ser por lo general entre cinco y cuarenta sesiones (comúnmente a razón de una o dos por semana), pero también pueden ser tan corto como una sesión y tan largo como que lleve varios años. La duración más frecuente de una sesión está entre media y una hora, pero también puede variar según las circunstancias y la naturaleza de la terapia. En cuanto al formato de las sesiones, pueden ir desde una relación colaboradora altamente estructurada hasta interacciones menos estructuradas, así como consistir en construcciones sistemáticas de nuevas conductas, en la promoción de manifestaciones emocionales, y en toda una variedad de maneras, incluyendo las aplicaciones fuera de la clínica en contextos de la vida cotidiana.

Los objetivos del tratamiento (convenidos con el cliente) pueden concretarse en la solución de un problema específico, proponerse la reconstrucción de la personalidad, o algún propósito entre estos dos extremos. Igualmente, además del interés en el entendimiento, el alivio de la solución de un trastorno dado, la actuación del psicólogo clínico puede incluir la prevención de problemas mediante la intervención en instituciones, contextos y ambientes, así como la intervención centrada en personas con riesgos o en toda una comunidad.

En algunos casos, la actividad del psicólogo de la salud ha de ser entendida como una intervención, en las distintas modalidades que se presenta y que más adelante serán descritas; más que como tratamiento en el sentido estricto. Se trata en este caso, de un conjunto de acciones destinadas a resolver un problema (previamente identificado y analizado) de forma indirecta. Como por ejemplo, modificar los flujos de información en una sala médica para reducir los niveles de ansiedad de los enfermos, ejecución de una campaña de sensibilización de una comunidad para aumentar su participación en programas de prevención, etc.

La intervención puede consistir igualmente en organizar un sistema para el estudio y conducción de los factores individuales, ambientales y relacionales, que puedan favorecer y /o perturbar la calidad del proceso de adaptación a la enfermedad. Esta función implica objetivos como:

- Identificar y evaluar factores psicosociales que incidan en la calidad de la atención recibida por el paciente.
- Identificar y evaluar factores psicosociales que incidan en el bienestar de los pacientes durante su enfermedad.
- Identificar los problemas psicosociales causados por la enfermedad (diagnóstico, curso, tratamiento y recuperación).
- Diseñar y ejecutar programas de tratamiento de las disfunciones psicosociales que acompañan el proceso de enfermar o a la propia hospitalización y tratamiento correspondiente.

Esta función incluye el diseño y la realización de programas de ajuste a la enfermedad crónica, programas de preparación para la hospitalización, programas de entrenamiento para afrontar el proceso de hospitalización y conseguir una buena adaptación, que pueden ser de carácter general o referidos específicamente a determinados acontecimientos diagnósticos o de tratamiento especialmente estresantes (por ejemplo, programas de preparación para la cirugía, programas para procedimientos diagnósticos invasivos como biopsias, endoscopia, arteriografía, etc.).

Así Tulkin (1987; cit. en Roa, 1995) divide las intervenciones del psicólogo en seis áreas:

1.- Tratamientos alternativos no farmacológicos que incluyen enfermedades que pueden ser aliviadas sin fármacos como la migraña.

2.-Tratamiento psicológico como intervención primaria, que se da cuando los tratamientos médicos tradicionales fracasan.

3.- Tratamiento psicológico auxiliar, que se aplican cuando los trastornos se agravan por factores psicológicos como el estrés.

4.-Afrontamiento a procedimientos médicos invasivos, como la quimioterapia, etc.

5.-Adaptación a enfermedades crónicas, aquí las intervenciones incluyen estrategias para el manejo del dolor y estrés, adquisición de conductas de adaptación y afrontamiento, entre otras.

6.-El cumplimiento en donde se aplican estrategias encaminadas a que los pacientes se adhieran a los diversos tratamientos farmacológicos.

2.1.4. Consejo, Asesoría, Consulta y Enlace

Se refiere aquí al consejo de experto que el psicólogo clínico y de la salud proporciona para una variedad de problemas a petición de alguna organización, incluyendo, en primer lugar, el contacto continuado entre un psicólogo como consultor técnico y los otros profesionales de cualquier servicio dentro del sistema sanitario. En este caso, el trabajo del psicólogo se integra en el del cuidado general de estos pacientes de forma permanente. La intervención del psicólogo, en este caso, es la de un “consultor técnico”. El psicólogo diseña en colaboración y colabora en la ejecución, de programas para modificar, o instalar conductas adecuadas, como es el caso de programas referidos a las conductas de cumplimiento o adherencia al tratamiento; o para modificar conductas que constituyen un factor de riesgo añadido para la salud del paciente, o que pueden dificultar su recuperación o rehabilitación.

Las organizaciones consultantes pueden ser muy diversas, además de la sanitaria: desde médicos y abogados en práctica privada, hasta agencias gubernamentales, entidades

judiciales y corporaciones multinacionales, así como centros educativos y de rehabilitación, sociedades y asociaciones.

Se incluye en esta actividad de consulta el servicio de asesoría proporcionado a otros psicólogos que lo requieran. Consiste en recibir asesoramiento de un experto sobre un caso que está siendo objeto de atención profesional por parte del psicólogo de la salud.

2.1.5. Prevención y Promoción de la Salud

La prevención consiste en la reducción o anticipación de los factores de riesgo asociados a diversas enfermedades, pero aun definiendo un poco la prevención no se puede establecer una clara y marcada diferencia que se crea rigurosamente con lo que viene siendo la promoción de la salud, ya que en la práctica las medidas de uno y de otro sentido se llevan a cabo muchas veces de manera conjunta.

Por lo que este apartado recoge fundamentalmente el trabajo de intervención comunitaria de los psicólogos de la salud. Sus funciones preventivas y promotoras de salud se centrarán en:

- Capacitar a los mediadores de las redes socio sanitarias de la comunidad para desempeñar funciones de promoción de la salud y de prevención.
- Analizar la problemática de las personas con prácticas de riesgo, elaborando estrategias encaminadas a aumentar el contacto con ellas y valorando la adecuación de la oferta real de tratamiento a dicha problemática.
- Incrementar el nivel de conocimientos de las personas en situación de riesgo de la comunidad, sobre la enfermedad o enfermedades correspondientes, o sobre los factores de riesgo.
- Fomentar y promover los hábitos de salud en la población general.
- Promover una mayor accesibilidad a los instrumentos preventivos.
- Dar a conocer diversos recursos humanos y materiales para la prevención y promoción.

2.1.6. Investigación

El psicólogo, tanto por tradición histórica como por formación facultativa, está orientado a la investigación. De hecho, esta actividad es una característica del psicólogo en relación con los demás profesionales de la salud y así, la investigación ha llegado a constituir una contribución reconocida en el contexto clínico y de intervención comunitaria. Las investigaciones del psicólogo clínico y de la salud se llevan sobre todo en los propios contextos aplicados y, a menudo, formando parte de las prestaciones profesionales, pero también se llevan en laboratorios disponiendo ya de mejores condiciones para estudios controlados.

Las áreas de investigación por parte del psicólogo de la salud incluyen desde la construcción y validación de tests hasta el estudio del proceso y del resultado de distintos tratamientos psicológicos, desde la determinación del valor pronóstico de determinadas variables hasta la comprobación de la viabilidad de profesionales como terapeutas, desde el análisis de contextos infantiles o geriátricos hasta la evaluación o experimentación neuropsicológica o psicofísica, por señalar esa variedad de áreas de investigación dentro del ámbito de la salud en el que se está inmerso.

En resumen la investigación, consiste en planear, diseñar y conducir estudios específicos sobre la incidencia y prevalencia de alguna enfermedad, de factores de riesgo en la comunidad o sobre hábitos saludables. Por lo que la investigación permite la evaluación de los efectos y el impacto en general de los procedimientos empleados para el control de los factores de riesgo y fomentar la producción de técnicas dirigidas a la prevención, tratamiento de las enfermedades y promoción de la salud.

Esta orientación a la investigación del psicólogo en el marco de la salud tiene importancia, al menos por las tres siguientes razones: por un lado, permite evaluar críticamente la ingente cantidad de investigaciones que de continuo se publican, para discriminar posibles nuevas aportaciones y determinar qué procedimientos de evaluación e intervención terapéutica sean más adecuados para sus clientes. Por otro lado, es una condición para evaluar la efectividad de su propio trabajo, de modo que se eviten prácticas

espurias clínicamente sostenidas por la inercia y se promueva una mejor actuación profesional.

Finalmente, constituye una dotación facultativa con la que se contribuye al trabajo en equipo en contextos médicos (hospitalarios y centros de salud) donde ya se espera esta destreza por parte del psicólogo (como ya se ha dicho), en particular, para el diseño de las investigaciones del equipo, para la solicitud de financiación de proyectos y como consultor de proyectos ajenos.

2.1.7. Enseñanza y Supervisión

Otra función del psicólogo de la salud, se encuentra en la educación y el entrenamiento, transmitiendo los conocimientos que se relacionen con los factores inmersos en la salud. En donde la dedicación a la enseñanza y formación a otros en tareas clínicas y de la salud, tiene varias modalidades. El psicólogo puede estar total o parcialmente dedicado a la enseñanza tanto en cursos de graduación facultativa como de postgrado, en áreas de personalidad, psicopatología, Psicología anormal, evaluación clínica, psicodiagnóstico, terapia o modificación de conducta, psicoterapia, técnicas de intervención y tratamiento, intervenciones comunitarias, diseño de investigación y otras.

Y de acuerdo con Buceta, Bueno y Mas (2000) una función del psicólogo de la salud consiste en entrenar y asesorar a los profesionales de la salud que están en contacto directo con los pacientes. Además en algunos casos resulta apropiado trabajar como psicólogos conjuntamente con médicos, nutriólogos, enfermeras, y servicio social, entre otros; diseñando los programas de intervención que estos deben aplicar para controlar estímulos externos o influir en la disposición psicológica más flexible, todo en mejora del paciente.

Por lo cual la supervisión de una práctica es un tipo especial de enseñanza en la que el psicólogo de la salud aporta su experiencia profesional a la formación de estudiantes. El modelo consiste, por lo general, en que el estudiante asista a las sesiones que se estimen convenientes y viables o incluso realice alguna tarea con el cliente y se reúna entre sesiones con el supervisor. En todo caso, el cliente siempre conoce la condición de estudiante en

prácticas y de que el responsable es el supervisor. Esta supervisión puede ser individual o en pequeños grupos. Asimismo, son usuales también otras tareas en que se muestre al estudiante la práctica profesional, tales como la aplicación, corrección y valoración de pruebas o la aplicación de ciertas técnicas, así como la asistencia a sesiones clínicas. Es obvio también que el estudiante está obligado a la confidencialidad en el mismo sentido que el psicólogo de la salud profesional que realiza su trabajo en la clínica.

Otra forma de enseñanza o supervisión es la ayuda prestada a solicitud de estudiantes y de graduados que plantean o llevan a cabo determinada investigación. Esta labor va desde la orientación bibliográfica y el consejo para que el diseño responda a lo que se quiere saber, hasta la introducción en las habilidades como investigador. La tarea del supervisor en este sentido ha de ser tal que preste una ayuda relevante sin convertir al solicitante en un mero ejecutor de sus ideas.

Finalmente, algunas orientaciones clínicas como la terapia o modificación de conducta, incluyen a menudo la formación de no profesionales de la Psicología en principios y técnicas de análisis y modificación de conducta. Esta enseñanza puede ir dirigida, bajo control y supervisión del psicólogo, a otros profesionales de modo que sean ellos los que extiendan la aplicación psicológica en sus contextos naturales, como médicos, enfermeras, técnicos sanitarios, dentistas, higienistas dentales, profesores y demás personal cuya dedicación tenga que ver con alguna forma de trato y atención social. Esta enseñanza puede también ir dirigida al propio cliente formando parte del contexto terapéutico cuando la relación clínica implica la ayuda a la gente para aprender nuevas maneras de comportarse en la vida cotidiana.

2.1.8. Dirección, Administración y Gestión

Según Bustos (2000) este tipo de función tiene más que ver con la colaboración con la gerencia del sistema sanitario: es básicamente una función de gestión de recursos humanos cuyo objetivo es mejorar el desarrollo de los servicios, mediante la mejora de la actuación de los profesionales sanitarios y del sistema mismo. Esto llevado a cabo mediante la coordinación, en donde el psicólogo actúa como experto en las relaciones humanas e

interacción personal, en dinámica de grupos, y se ofrece a los equipos de salud como coordinador de actividades y asesor en la solución de posibles dificultades que pueden surgir de la interacción, colaborando en la mejora de la calidad de tal interacción entre los diferentes miembros del equipo, y entre los diferentes equipos, a fin de optimizar el rendimiento de los dispositivos asistenciales.

El cumplimiento de esta función conlleva, el estudio y establecimiento de la mejor forma de adecuar los recursos humanos a los fines del sistema; y por otro lado la evaluación y valoración periódica de la aportación de los trabajadores en las mejoras o retrocesos en los servicios y resultados que reciben los usuarios de la organización sanitaria.

2.2. Técnicas e Instrumentos del Psicólogo de la Salud

Una de las funciones del psicólogo de la salud corresponde al tratamiento e intervención en problemas específicos del paciente o del usuario, por lo cual y debido a la importancia a continuación mencionaremos algunas técnicas que utiliza el psicólogo de la salud para llevar a cabo una buena intervención.

2.2.1. Procedimientos, Técnicas e Instrumentos

La idea general es hacer una lista, por un lado suficientemente exhaustiva de las técnicas e instrumentos como para poder abarcar la labor actual del psicólogo de la salud, y por otro lo suficientemente agrupada por áreas de técnicas o instrumentos como para que aclare las directrices generales de acción, permitiéndose de esta forma la contemplación o inclusión de otras técnicas e instrumentos no necesariamente incluidos de forma explícita.

Para conseguir este fin, se han elaborado diversas clasificaciones que estructuran el campo desde diferentes ópticas o perspectivas, pero que no pueden considerarse mutuamente excluyentes. Se pretende con este enfoque reflejar, con la mayor fidelidad

posible, la riqueza y variedad de las técnicas psicológicas de las que se vale el Psicólogo de la Salud.

Todas las técnicas, procedimientos e instrumentos que se incluyen en los apartados siguientes se consideran básicamente específicas para el psicólogo de la salud, tanto por su origen como por la adecuación de la formación de este especialista a su correcta utilización.

Por dicha razón, debe ser un psicólogo de la salud quien indique, diseñe o supervise dichas técnicas y procedimientos, o quien utilice los instrumentos que se enumeran.

1. Momentos de Intervención

Los procedimientos, las técnicas y los instrumentos que utiliza el psicólogo tienen un primer encuadre clasificador que viene determinado por el momento de la intervención. La intervención psicológica ha desarrollado técnicas y estrategias eficaces, especialmente dirigidas a cumplir los fines propios de cada uno de los distintos instantes en los que se interviene. Una clasificación de dichos momentos se ofrece a continuación:

Uno de estos momentos es la prevención, que dentro de la psicología de la salud tiene un papel fundamental, cuyo objetivo es de evitar o reducir la incidencia o prevalencia de una determinada enfermedad o problema. En donde dichos esfuerzos son categorizados en tres niveles de intervención según Bravo y Serrano (1997; cit. en Buela, Fernández y Carrasco (1997), el nivel primario, secundario y terciario, que a continuación se describirán, los cuales tiene como meta la promoción de una mejor calidad de vida.

Prevención primaria

Su objetivo es modificar anticipadamente las condiciones sociales y ambientales así como las conductas de las personas que pueden afectar negativamente a su salud tanto a corto, como medio o largo plazo, y promover conductas favorecedoras de la misma. De esta forma se pretende evitar la aparición de problemas. La intervención en este primer momento se suele llevar a cabo a nivel comunitario, aunque también se dirige a veces a colectivos especiales o grupos específicos de alto riesgo.

Prevención secundaria

Su objetivo es localizar y tratar lo antes posible los trastornos cuya aparición no ha podido impedirse por medio de la prevención primaria. Se trata pues de identificar los trastornos en los momentos iniciales de su aparición o incluso antes de ésta, cuando hay una previsión de que va a producirse con inminencia. Esta detección precoz suele facilitar una intervención más temprana y con frecuencia con mejores expectativas de éxito.

Tratamiento

Su objetivo es la intervención sobre trastornos ya aparecidos y más o menos consolidados (en esto se diferencia de la prevención secundaria).

Prevención terciaria

Su objetivo es actuar sobre los trastornos que ya han sido objeto de tratamiento, para prevenir recaídas y evitar posibles complicaciones posteriores. En el caso de los trastornos crónicos también puede señalarse como objetivo el reducir o disminuir los efectos negativos de éstos, con el objetivo de, aunque no sea posible curar el problema, mejorar la calidad de vida. La prevención terciaria, tal y como se ha definido aquí, asume en gran medida el concepto clásico de rehabilitación.

Con todo esto según Fernández, Cornes y Codesido (1997; cit. en Buela, Fernández y Carrasco, 1997), para que los programas de prevención que son utilizados por los profesionales de la salud tengan éxito se deben de tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- a) El personal que aplique el programa debe ser lo suficientemente hábil para que pueda utilizarlo como facilitador y motivador del aprendizaje sea cualquier nivel de prevención que se este utilizando.
- b) El programa de prevención debe ser aceptado tanto por el personal que lo va a implementar, como por los individuos sobre los cuales se va aplicar.
- c) Los objetivos del programa deberán ser: válidos para la mejora de la salud y calidad de vida; viables, pues unos objetivos demasiado utópicos pueden muy fácilmente conducir al fracaso; cuantitativos que en un

momento determinado se puedan determinar, a través de procesos cuantitativos o cualitativos si los objetivos han sido conseguidos y alcanzados.

- d) El programa deberá estar de acuerdo al nivel de desarrollo sociocognoscitivo de los sujetos sobre los cuales se aplica.
- e) Cada intento de aplicación de un programa a nivel prevención debe aceptar ciertos riesgos que son inherentes a todo programa de prevención de enfermedad y promoción de la salud. En dichos riesgos están:

1.-Riesgo al fracaso, pues un determinado programa, puede no tener ningún efecto o incluso provocar un aumento de la problemática que intenta prevenir.

2.-Riesgo a unos resultados indefinidos, pues también puede suceder que los resultados de los programas de prevención, sean indemostrables ya sea en su aspecto positivo o negativo.

3.-Riesgo de decepción pues puede ser que los resultados obtenidos no sean tan positivos como se esperaba.

Los riesgos y los fracasos a los cuales nos podemos enfrentar a la hora de utilizar la prevención dentro del campo de la salud, variaran de acuerdo a la problemática a la que nos estemos enfrentando, sin embargo, hay que reconocer que la prevención primaria en la actualidad a tenido muy buenos resultados y destacamos esta no por que las otras en la intervención no lo hayan tenido, si no por el hecho de que es la primaria la que evita gastos físicos, emocionales, sociales y económicos a las personas y les beneficia en mayor medida ya que no hay desgaste alguno.

2. Niveles de Intervención

La intervención psicológica, en el campo clínico, ha sido tradicionalmente vinculada con la psicoterapia individual. Sin negar que este es el modelo de mayor implantación, no cabe duda de que existen otros niveles, que gozan de gran tradición y aceptación entre los clínicos. Una clasificación de los distintos niveles podría ser la siguiente:

- Individual.
- Grupal.
- Familiar.
- Comunitario.
- Institucional.

3. Técnicas de Evaluación y Diagnóstico

Los procedimientos y técnicas de intervención psicológicas están íntimamente asociados a los instrumentos, técnicas y procedimientos de evaluación. Aunque no puede considerarse que todas las técnicas de evaluación que se enumeran más abajo sean exclusivas del psicólogo de la salud (p.ej.: las entrevistas), estas han sido adecuadas y establecidas en su modalidad específicamente para la aplicación en los fines que al psicólogo de la salud le competen y esta adecuación se apoya en una formación psicológica que le permite al profesional la utilización adecuada de las diversas técnicas.

A continuación se ofrece un listado de dichas técnicas, recogiendo las más importantes:

- Entrevistas (desde las entrevistas libres a las entrevistas completamente estructuradas pasando por entrevistas con distintos grados de estructuración).
- Observación conductual.
- Técnicas y procedimientos de auto-observación y auto registro.
- Tests.
- Auto informes: Escalas, inventarios y cuestionarios.
- Registros psicofisiológicos.
- Juego de roles y otros procedimientos de apoyo a la observación de las conductas.
- Encuestas.

4. Apoyo en Informes de Otros Profesionales

Con el fin de obtener información adicional para la elaboración de conclusiones diagnósticas o de evaluación, los psicólogos clínicos y de la salud pueden recabar la

opinión de otros profesionales sanitarios y no sanitarios. Algunos de los informes más corrientemente utilizados son:

- Informes neurológicos.
- Informes de trabajadores sociales.
- Informes de pruebas bioquímicas.
- Informes pedagógicos.
- Informes médicos en general.
- Informes sociológicos.

5. Técnicas y Procedimientos de Intervención

Los psicólogos de la salud utilizan un gran número de técnicas y procedimientos de intervención, que han resultado de los conocimientos adquiridos en la práctica clínica, de la Psicología y de las ciencias afines; y que con el tiempo y uso de las mismas han sido adecuadas para el uso exclusivo en el ámbito de la salud y los fines que en este se persiguen.

6. Instrumentos

La actividad profesional de los psicólogos clínicos y de la salud está asociada a la utilización de ciertos instrumentos, cuyo uso y correcta aplicación e interpretación de resultados supone un nivel de entrenamiento específico. Este entrenamiento se adquiere mediante la fusión de los conocimientos básicos de la Psicología junto con los que se adquieren en el curso del aprendizaje de la especialidad. En algunos casos, será necesario un entrenamiento específico extraordinario. En todo caso, los conocimientos básicos de la Psicología se consideran imprescindibles para el uso adecuado de dichas herramientas. A continuación se detallan los instrumentos materiales que con más frecuencia se utilizan en la práctica profesional de los psicólogos clínicos y de la salud.

- Tests.
- Escalas.
- Cuestionarios.

- Inventarios.
- Encuestas.
- Guías y protocolos de entrevistas.
- Instrumentos de autoregistro.
- Sistemas de registro en observación directa.
- Aparatos de Biofeedback o retroalimentación.
- Aparatos para registro de señales psicofisiológicas.
- Sistemas de presentación de estímulos.
- Sistemas informáticos para la evaluación y la intervención psicológica.

Sin dejar de considerar los métodos, instrumentos y técnicas de las cuales se sirve la psicología de la salud a la hora de proporcionar sus servicios nos encontramos con un elemento de suma importancia para el psicólogo de la salud y que tiene que ver con la utilización de la psicoterapia en los problemas de salud. Y esto es que sin dejar a un lado todos los recursos con los que cuenta el psicólogo de la salud un elemento que hará más efectivo o no su trabajo es el “apoyo social”, dado que es un elemento del que se sirve la psicología, este se ha definido de formas muy variadas, pero que se puede conjuntar en un concepto que se utiliza generalmente para describir los lazos que unen a las personas, por medio de los cuales manifiesta solidaridad y ayuda.

Así al apoyo social se le han identificado características tanto funcionales como estructurales (Buela, Fernández y Carrasco, 1997).

Funcionales. Que es aspecto que se refiere al contenido de las relaciones de apoyo manifestado a través de diversos tipos de actividades. Las definiciones de este aspecto inusualmente incluyen la noción de cercanía emocional o intimidad (apoyo emocional) y la provisión de bienes y servicios (apoyo instrumental o tangible). Las definiciones más abarcadoras incluyen también el proporcionar consejo o información (apoyo informativo), el compartir actividades recreativas (socialización) y el sentido de pertenencia.

Así el concepto funcional de las relaciones de apoyo social también se han examinado basándose en la identidad de las fuentes de apoyo, la calidad y adecuación del mismo, el significado otorgado a las relaciones, la disponibilidad y la cantidad. La fuente de apoyo, es decir, la identidad de las personas que lo proporcionan (familia, vecinos, compañeros de trabajo, terapeuta, etc.) parecen ser un elemento importante en el manejo y utilización de este apoyo social en las intervenciones psicológicas en el campo de la salud.

Estructurales. El concepto de red de apoyo personal recoge el aspecto estructural del apoyo social. Ello se refiere a los vínculos existentes entre las personas que proveen apoyo a una persona en particular. La concepción estructuralista del apoyo está enmarcada dentro del concepto de estructura social, definiéndose ésta como un patrón persistente de relaciones entre posiciones sociales. Implica que los comportamientos o acciones humanas sólo son interpretables en relación a las posiciones que ocupan las personas en la estructura social. En donde las características estructurales de las redes de apoyo se han desarrollado mediante dimensiones tales como el tamaño de la red (el número de personas que proporcionan el apoyo) la densidad (el grado de interrelación entre las personas que proporcionan el apoyo) la fortaleza (frecuencia del contacto con los proveedores de apoyo) y la dispersión geográfica (localización geográfica de las personas que proporcionan el apoyo con respecto a la persona implicada).

Todo ello nos lleva a mencionar que el apoyo social se ha convertido en una panacea reciente y que la psicología de la salud y bajo la intervención de la psicoterapia se puede evocar para lidiar con el estrés, para aliviar crisis ante eventos catastróficos, enfermedades crónicas, para fortalecer lazos comunitarios, entre otras cosas para que la persona sea capaz de acoplarse y manejar su medio y tratar de alcanzar la felicidad, la cual en algún grado esta relacionada con la salud del mismo individuo.

Así que las intervenciones en las que se utiliza el apoyo social se han dado con el objetivo de promover intervenciones en las distintas redes de apoyo de las cual ya se ha hablado con anterioridad, que fomenten la salud y el bienestar humano. Cuyos esfuerzos se ubican en dos grupos:

- 1) Aquellos que tratan de mejorar la calidad del apoyo que proporcionan las redes existentes, y
- 2) Aquellos que tratan de crear o movilizar recursos informales para añadir personas a redes existentes.

En general estas intervenciones han:

- 1) Aumentado el entendimiento de sucesos cotidianos
- 2) Apoyado esfuerzos de cambio conductual y actitudinal
- 3) Reducido sentimientos de aislamiento con respecto a un problema
- 4) Ayudado a establecer nuevas normas de apoyo ante cambios en la identidad social de las personas.

2.3. Lugares en Donde Actúa el Psicólogo de la Salud

La Psicología de la Salud ha tenido su tradicional ámbito de aplicación en nuestro país en los gabinetes privados. El deficiente desarrollo de nuestra red pública sanitaria y el genuino interés de ejercer su profesión por parte de las sucesivas generaciones de psicólogos han propiciado, durante muchos años, la creación y mantenimiento de centros privados especializados en Psicología de la Salud. En la actualidad, el sector privado de la Psicología de la Salud tiene un gran dinamismo y diversidad, pudiéndose encontrar entre sus filas desde los gabinetes unipersonales hasta centros más o menos complejos con amplios equipos multiprofesionales.

En el ámbito público, ha habido desde hace unos 25 años una progresiva incorporación de psicólogos clínicos y de la salud, que con la Ley General de Sanidad (14/86 del 25 de Abril), han afianzado y reforzado su papel dentro de la Sanidad Pública y de la atención sanitaria. Su función es, en todos los casos, la de un facultativo especialista que trabaja dentro de un equipo multidisciplinario, aunque por desgracia, en algunos casos, sin reconocimiento de tal nivel laboral.

En lo que se refiere a los lugares específicos de intervención, hay distintos dispositivos en los que el psicólogo clínico y de la salud desarrolla (o podría desarrollar) sus funciones adecuándolas a la especificidad derivada de los objetivos de estos. Entre ellos vamos a nombrar los siguientes:

- Centros privados de consulta, asesoramiento y tratamiento.
- Equipos de atención primaria.
- Equipos de salud mental.
- Unidades de salud mental del hospital general.
- Unidades de Psicología del hospital general.
- Unidades de Neuropsicología del hospital general.
- Unidades de rehabilitación hospitalarias o comunitarias.
- Hospitales de día.
- Hospitales psiquiátricos.
- Unidades u hospitales geriátricos.
- Hospitales Materno-infantiles.
- Unidades o centros de atención psicológica infantil.
- Unidades de dolor crónico y de cuidados paliativos.
- Centros de voluntariado o Centros de Organizaciones No Gubernamentales de atención a personas con discapacidades.
- Unidades de Salud Laboral.
- Otros dispositivos (Centros educativos, Equipos de Psicología clínica en el ejército, etc..)

Las distintas intervenciones que se realicen en estos sitios podrán ir dirigidas al individuo, familia, ambiente, equipo sanitario o a toda la Institución.

2.3.1. El servicio del Psicólogo de la Salud

Dentro de los servicios que ofrece el psicólogo de la salud nos encontramos con diversos factores que intervienen en los mismos y estos tienen que ver con la aplicación de el trabajo que realiza el profesional . En el área de la salud se señala que toda

intervención realizada por el psicólogo implica encuentros sociales, que están relacionados con el funcionamiento o no de la intervención que realice el psicólogo.

Al respecto Gil, García, León y Jarana (1995) Mencionan que en el área de salud esta característica suele estar más relacionada con el psicólogo como profesional, que con algún otra profesión, incluso con el médico, dado que el psicólogo y su trabajo puede ayudar a determinar que el paciente siga de una manera más adecuada las instrucciones del médico, dado las capacidades con las que cuenta el psicólogo. Así por ejemplo se considera una pérdida de tiempo el que un profesional de enfermería hable con los pacientes, para intentar promover su estado de salud, a menos que cuente con los elementos necesarios y competentes que trabaje en un sistema de persuasión y con el cual lo logre, aunque no suelen ser tan efectivos y ni duraderos.

En cambio, el psicólogo cuenta con los elementos para provocar un cambio en el paciente duradero y con mayor eficacia, en donde a pesar de la importancia que tienen las conductas por ejemplo como tranquilizar a un paciente ante una eminente operación, dichas tareas no están funcionalmente reconocidas en los sistemas de salud, por lo cual dan lugar a la difusión de responsabilidad adoptándola cualquier otro profesional.

El trabajo del psicólogo de la salud, esta en función no solo de las relaciones y responsabilidades definidas con otros profesionales en este campo, sino se encuentran principalmente ligadas a la relación como profesional con el paciente o beneficiario de este servicio. Y es en base a las actividades y características de el beneficiario sobre las cuales giraran tanto, las técnicas, instrumentos y formas de trabajo por parte del psicólogo de la salud. Así los profesionales en este sentido, pueden, adoptar el papel de entrenadores (entrenadores culturales), enseñando la cultura de lo que implica el sistema de salud, desde las consultas con diversos profesionales de la salud (entre ellos médicos, psicólogos, enfermeras, etc.); así como la aplicación de estos servicios y el manejo del impacto que puedan tener los mismos, tanto en lo psicológico, social, físico, emocional y económico; es decir, el psicólogo tiene un mayor campo de acción que otros profesionales para la mejora y mantenimiento de la salud en la población.

Y para garantizar un mejor funcionamiento del psicólogo como profesional de la salud, hay que ser orientados en habilidades sociales a fin de conseguirlo y entre las cuales encontramos las siguientes:

- Habilidades cognitivas. Nos podemos encontrar con la intervención de la creencias del profesional de acuerdo a la problemática que presente el paciente, estas creencias pueden ser positivas o negativas e incluso pueden influir de la misma forma en el actuar del profesionista. Encontrándose situaciones como desagrado, emociones encontradas con respecto a la problemática, lo cual puede ser causa de un manejo inadecuado de la situación y proporcionar un trato muy diferente al que espera recibir el paciente. Para ello, un entrenamiento en habilidades sociales para el psicólogo debe orientarse al desarrollo de habilidades cognitivas relacionadas con la identificación de señales y de situaciones sociales, discriminación de sus componentes, planificación de actuación, en solución de problemas, que permitan controlar aquellos pensamientos y creencias inexactas, que interfieran negativamente en la percepción del problema del paciente.
- Habilidades conductuales entre las cuales encontramos aquellas relacionadas para poder realizar una entrevista, como el saber escuchar, preguntar y formular los cuestionamientos, reformular, hacer síntesis, iniciar y concluir la entrevista o la terapia, entre otras.
- Habilidades comprendidas a la transmisión del mensaje de salud que se pretende, es decir, dar claridad a lo que se pretende lograr.
- Habilidades de negociación, que requiere tener presente diversas estrategias para negociar en cualquier parte de la intervención, para renegociar, para transmitir responsabilidades, para un doble pacto, para toma de precauciones, etc.
- Habilidades asertivas y habilidades para enfrentar situaciones conflictivas, con lo cual se pretende actuar de la mejor forma de acuerdo a la relación que se este

dando con el paciente, actuar de manera acertada y no dejar que nos rebase la situación o algún conflicto que se presente en esta relación con el paciente.

Dentro del servicio que ofrece el psicólogo de la salud nos encontramos con lo que hace referencia a la relación entre este con el paciente. Y es aquí en donde además de una elaboración exhaustiva de la historia clínica, también se le pide a los pacientes, que den una perspectiva de su sentir en los días inmediatos anteriores que nos den información que se relacione con la entrevista y pueda revelar algo acerca de la relación de transferencia posible en el futuro y las expectativas del paciente con respecto a la terapia, lo mismo que una dinámica general.

En torno a esta relación se debe hablar y establecer lo que se denomina como alianza terapéutica la cual tiene una fórmula específica, la parte racional e inteligente y la parte irracional que causa problemas, lo cual involucra la adquisición de la dinámica y estructura por medio de la percepción, las distorsiones aperceptivas y la identificación del rol, lo cual permite explicarle al paciente que el éxito de la intervención en gran parte dependerá de la alianza que se establezca con el terapeuta y del compromiso que ambos establezcan dentro de la misma.

Como ya se menciono el psicólogo de la salud realiza su intervención con diversas técnicas algunas adecuadas a su ámbito laboral y otras creadas para el mismo, lo cual le permite realizar su trabajo de mejor forma en los distintos ámbitos en donde actúa, por lo cual en el siguiente capítulo se describirán algunas de estas técnicas utilizadas por el psicólogo de la salud.

CAPÍTULO 3

PRINCIPALES TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

De acuerdo con Small (1997) cuando nacen de la teoría, las técnicas y los procedimientos de la psicoterapia se adaptan y modifican en la práctica clínica, lo cual nos indica que la teoría y la práctica se encuentran en relación recíproca, en donde el psicoterapeuta en acción, es el agente de tal reciprocidad, lo cual al profesional le plantea una serie de exigencias: en donde sus conocimientos deben ser apropiados para la tarea; en su carácter de individuo, el mismo deberá ser cauteloso y flexible; saber responder de inmediato a los efectos de sus intervenciones, saber que y cuando modificar, reforzar o debilitar; mantenerse atento y registrar cuidadosamente el avance de la terapia, entre otras cosas. Por lo cual toda técnica es, al parecer, más fácil de describir que el procedimiento correspondiente a su aplicación.

Sin embargo, de acuerdo con Pérez (1982 citado en Dorantes y Viques,2004) no hay una definición de psicoterapia que incluya las bases de todas la teorías en psicología existentes; pero si se puede hablar de elementos comunes a todas las formas de hacer psicoterapia. Este autor considera que son cinco los elementos fundamentales:

1. Toda psicoterapia, implica una relación interpersonal, independiente de su enfoque particular.
2. Para merecer el nombre de psicoterapia, en relación al punto anterior, exige que la persona que tiene el rol de terapeuta tenga una formación especial.
3. La persona que busca la ayuda mantiene una insatisfacción, a la cual se añade una imposibilidad (real o aparente) de que el individuo resuelva solo la dificultad.
4. Los comportamientos adoptados por el terapeuta, así como las teorías, principios y mecanismos operativos a los que recurre para ayudar al sujeto,

se desprenden de una teoría psicológica y del problema del sujeto en particular.

5. Toda psicoterapia busca un cambio de comportamiento del sujeto, en donde todas las formas de psicoterapia utilizan los principios que aseguran el control social, lo cual permite que algunos mecanismos principales que se encuentran operando en cualquier psicoterapia pueden ser propuestos en términos de fenómenos de aprendizaje.

Todo esto nos lleva a considerar que los objetivos de la psicoterapia son más o menos aceptables para todas las tendencias, como por ejemplo la reducción de ansiedad entre algunas otras.

Con base a lo anterior a continuación se mencionan algunas de las técnicas que son utilizadas dentro de la psicoterapia y algunas otras son descritas de forma breve. Y al final del capítulo se expondrá lo concerniente a la Psicoterapia Breve Intensiva de Urgencia (PBIU) de mayor importancia en el presente reporte debido a su utilización dentro de la clínica en la que se llevo a cabo la práctica profesional.

3.1. Técnicas e Instrumentos

Técnicas de Terapia o de Modificación de Conducta

En un principio se definió a la terapia conductual como la aplicación de los principios de aprendizaje al tratamiento de conductas inadaptadas. En donde el terapeuta, en esta modalidad se caracteriza por detectar la queja del cliente y enseñarle nuevas habilidades para que controle su vida. Y en donde se parte del supuesto de que los trastornos psicológicos son el resultado de experiencias inadaptadas de aprendizaje en las que las fuerzas ambientales conforman y mantienen las conductas inconvenientes. El terapeuta conductual realiza un análisis funcional de la conducta problema, es decir, estima frecuencia y duración y después le proporciona al cliente nuevas experiencias de aprendizaje y examina si sus intervenciones producen cambios positivos en la conducta.

- Técnicas de condicionamiento encubierto (Sensibilización Encubierta, Modelado Encubierto y otras).

- Técnicas de exposición (Desensibilización Sistemática, Inundación, Implosión, Exposición guiada y Autoexposición).

En la desensibilización sistemática, al usuario se le induce poco a poco, por medio de la relajación, a que imagine escenas o estímulos de una intensidad cada vez mayor, hasta que pueda imaginar escenas que producen un máximo de ansiedad sin mayor problema.

De acuerdo con Garfield (1979) en este procedimiento, una parte de cada una de las primeras sesiones se dedica a entrenar y a enseñar al usuario acerca de los temores o fobias que tiene y luego se forma una jerarquía de escenas para cada temor o fobia, el usuario se imagina la escena que le provoque menor ansiedad y si logra imaginarla con poca o nada de ansiedad se prosigue con la siguiente escena de la jerarquía. Si presenta ansiedad en alguna escena se le da una señal al terapeuta, quien detiene el proceso, se relaja el paciente y se comienza de nuevo con la misma escena, hasta desaparecer la ansiedad. Los resultados de esta terapia son positivos.

- Técnicas basadas en el Condicionamiento Operante (Reforzamiento positivo y negativo, Control estimular, Extinción operante, Tiempo fuera de reforzamiento, Costo de Respuesta, Saciación, Sobrecorrección, Refuerzo diferencial de otras conductas, Programas de Economía de Fichas y Contratos conductuales) y Técnicas aversivas (Castigo, Procedimientos de escape y evitación y Condicionamiento clásico con estímulos aversivos).

Cuando se presenta un estímulo apareado a alguna respuesta y en presencia del primero hace que esta segunda incremente se habla de un reforzamiento positivo. Sin embargo; hay que tomar en cuenta que en la práctica no todos los estímulos funcionan de esta forma, ya que para su funcionamiento se debe tomar en cuenta lo siguiente: a quien se la va a aplicar, el estado de saciedad y privación de lo que se va a presentar como

estímulo, además de que este se debe presentar de forma inmediata para que tenga efecto. Así el uso de reforzamiento positivo en el terreno aplicado en cualquier de sus modalidades es efectivo, siéndolo más en combinación con otras técnicas.

- Técnicas de autocontrol.

El autocontrol es una de las piedras angulares de la personalidad del ser humano. En el cual Bandura sugiere los siguientes pasos:

- a) Auto-observación Observamos nuestro comportamiento y cogemos pistas de el mismo.
- b) Juicio. Lo observado de nuestro comportamiento se compara con un estándar y proponerlos como cambios.
- c) Auto- respuesta. De acuerdo al juicio y la comparación que se realiza durante este, nos dará respuestas positivas o negativas.

- Técnicas de adquisición de habilidades (Juego de Roles, Modelado, Ensayo de conducta)

Durante la técnica de juego de rol, se le pide al usuario que represente cierta conducta o papeles determinados, en donde el terapeuta suele representar el papel de alguna persona ante la cual el usuario no puede actuar con debida firmeza y se instruye al usuario para que se exprese sus sentimientos a esa persona con libertad, hasta que el mismo usuario determine que su participación y forma de actuar es la más adecuada. Esta técnica lo puede llevar a desempeñarse de forma apropiada ante personas o situaciones que le generaban algún tipo de malestar, ya que es aplicable a diversos objetivos dependiendo de los intereses o problemática de la persona a la que se le implementa esta técnica.

Otra técnica dentro de este rubro es la que se conoce como “Modelado” , en donde los principios que conforman esta técnica se aplican para establecer nuevos patrones de conducta, para eliminar temores e inhibiciones, y para facilitar la expresión de modalidades preexistentes de conducta. En donde los individuos por medio de la

observación adquieren conductas deseadas, realizadas primero por el terapeuta y después por el usuario.

- Técnicas de relajación.

Se utiliza para que el usuario aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y la inhiba a través de la distensión muscular. Los métodos de relajación se utilizan también como tratamiento coadyuvante en muchas condiciones, tal como la ansiedad de hablar en público, las fobias, la ansiedad intensa, entre otras.

Técnicas de Terapia cognitivo-conductual

- Técnicas cognitivas (Terapia Racional Emotiva, Terapia Cognitiva de Beck, Reestructuración Cognitiva y otras).

Los tratamientos cognitivos parten del supuesto de que las conductas manifiestas por las que recurre una persona a tratamiento no siempre son el problema, sino que pueden ser experiencias internas que pueden estar relacionadas con la forma de pensar, sentir y auto-verbalizar del individuo.

En donde la terapia Cognitivo Conductual se enfoca más en los significados conscientes, le interesan más los cómo y para qué, que los por qué. Es una terapia que se orienta al análisis de los pensamientos automáticos, los supuestos, las creencias y la organización de sus percepciones como el análisis minucioso de las conductas y actitudes sintomáticas. Su objetivo es enseñarle al paciente cómo desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para ayudarlo a manejar sus circunstancias de vida, la idea es que el paciente aprenda a hacerlo por él mismo.

- Técnicas de afrontamiento (Inoculación de Estrés, Solución de Problemas y otras).

En la técnica de inoculación de estrés, se enseña a los individuos un conjunto de habilidades de afrontamiento de estrés con el fin de capacitarlo para enfrentarse efectivamente con las situaciones estresante. Aquí se comprenden tres fases:

- 1.-Su diseño se enfoca a ayudar al usuario a tener una mejor comprensión de la naturaleza del estrés y de su afrontamiento.
- 2.-Se enseñan habilidades de afrontamiento y se asegura de que sean utilizadas efectivamente.
- 3.-Se evalúan los resultados al poner en práctica las habilidades de afrontamiento, en la clínica o en ambientes naturales.

Otra técnica es la solución de problemas, en donde se mantiene la idea de que los problemas que no se resuelven y que pueden generar un malestar físico o psíquico. Esta técnica consta de cinco elementos:

- 1-Concretar el problema
- 2-Concretar como se suele responder al mismo por costumbre
- 3- Realizar una lista de soluciones alternativas
- 4-Valorar las consecuencias de cada alternativa
- 5-Valorar los resultados

Esta técnica va a permitir que la persona no tenga pensamientos de incapacidad ante los problemas y aprenda a dar alternativas que lo llevan a una óptima solución.

Dentro de las técnicas utilizadas en el campo de la salud nos encontramos con algunas otras de distintos cortes al conductual como lo son las siguientes:

Técnicas Psicoanalíticas

Las principales técnicas psicoanalíticas basadas o inspiradas en el Psicoanálisis son la Interpretación, la Aclaración y la Confrontación y se completan con otras intervenciones racionales, incluyendo además el adecuado manejo de fenómenos del proceso terapéutico como la Alianza de Trabajo y la Transferencia y Contra transferencia. Estas se aplican dentro de las siguientes modalidades principales:

- Tratamiento psicoanalítico convencional.
- Psicoterapia psicoanalítica de expresión (media y larga duración).
- Psicoterapia psicoanalítica breve y/ o focal.
- Psicoterapia psicoanalítica breve intensiva.
- Psicoterapia psicoanalítica de apoyo.

A esta psicoterapia también se le conoce con el nombre de IEC que es una abreviación de intermitente, continuo y ecléctico y se considera un tratamiento de apoyo, paliativo de los síntomas, no curativo, que se adapta a la patología del paciente al mismo tiempo que aborda las complicaciones que presenta.

Según De La Parra y Von Bergen (2000) la comprensión de los fenómenos mentales de los pacientes es psicoanalítica. Lo ecléctico está dado por el uso de varias técnicas extraídas de distintas orientaciones, especialmente de la psicoterapia psicoanalítica de apoyo y la terapia dialéctico-conductual, que tienen en común el fomentar el uso de mecanismos basados en la razón. Esto puede llevar al uso de racionalizaciones, que en general no se exploran, mientras sean una explicación útil para la solución de las dificultades del paciente. El apoyo en estas técnicas viene del éxito que ha tenido la terapia dialéctico-conductual en el tratamiento de las conductas impulsivas en pacientes con trastorno de personalidad. Estas conductas impulsivas son las que ensombrecen el pronóstico sintomático de estos pacientes.

Los pacientes ingresan a una agrupación cuyo elemento terapéutico central es un grupo que funciona continuamente una vez por semana, el cual los pacientes pueden utilizar en períodos o ciclos de 10 sesiones cada vez. Cuando un paciente termina un ciclo se le explícita que puede quedarse por otro período más o que puede egresar, pero que no está de alta, y que puede reingresar sin mayores trámites cada vez que lo estime necesario. Se pensó en 10 sesiones porque es lo que habitualmente se usa para intervenciones en crisis; además se ha descrito que muchos pacientes abandonan el tratamiento alrededor de las 7 u 8 sesiones porque se sienten mejor.

Psicoterapia dinámica.

Las psicoterapias psicodinámicas, siguiendo el modelo freudiano parten de la concepción del malestar psíquico es generado por un conflicto inconsciente, de modo que los síntomas son solo una forma de expresión de tales conflictos, que pueden manifestarse también en los actos de la vida cotidiana (los chistes, "los actos fallidos") , las producciones artísticas, los sueños y otras manifestaciones humanas .

De este modo la terapia psicodinámica tiene como objetivo el trabajo con los conflictos inconscientes no con los síntomas directos. Este trabajo se va a ver dificultado por la resistencia consciente e inconsciente a manifestar tales conflictos. La terapia psicodinámica es además no directiva en el sentido de que solo proporciona una dirección mínima del contenido a expresar por el paciente (p.e asociación libre en el psicoanálisis o hablar del conflicto focalizado en las formas breves de psicoterapia psicodinámica).

Tradicionalmente la terapia psicoanalítica y las psicoterapias breves dinámicas han considerado que las relaciones interpersonales podía ser reales o distorsionadas en base a la transferencia. La transferencia se caracterizaría por una rigidez en la construcción e interpretación de la realidad en base a las relaciones previas. La propuesta teórica y práctica de Strupp y Binder parte de reconceptualizar la transferencia mas bien como el efecto de una relación interpersonal diádica basada en las relaciones previas. No se trata de una distorsión en base a relaciones previas, sino más bien la reproducción de relaciones previas por los implicados en ellas en el aquí y ahora de la relación.

El terapeuta implicado con su conducta, favorece o desconfirma el binomio transferencia/ contra-transferencia que se da entre el cliente y él mismo.

Según las reglas básicas de esta técnica son:

1. Tenga en cuenta que el objetivo de la terapia es el estilo que caracteriza al del paciente, de como este se relaciona con otros de modo inadaptado y crónico . Busque esos modelos de relación, teniendo primacía como se relacionan usted y su paciente. Exponga al paciente que el foco de la terapia es su forma de relacionarse con otros, que es donde se manifiestan sus conflictos inconscientes .

2. Pídale al paciente que en la sesión le hable de sus dificultades, pero trate de que las exponga en términos de relaciones interpersonales, preguntándole por sus acciones-sentimientos-pensamientos-deseos hacia los otros significativos en la relación relatada (y la misma relación con usted) . Pregúntele también sobre sus expectativas imaginadas, que esperaba que hicieran los otros a consecuencia de sus actos y que se dice a si mismo al final, así como las reacciones de los otros. La secuencia sería:

Actos de si mismo-->Expectativas sobre otros-->Actos de los otros-->Actos hacia si mismo

3. Tenga en cuenta que la transferencia del paciente con usted como terapeuta actualiza conflictos relacionales pasados. Interprete esas secuencias. Tenga en cuenta también las “alusiones indirectas a la transferencia” (estado emocional, referencia a gente externa, sueños, etc), para hacer sus interpretaciones.

4. Tenga en cuenta su contra transferencia: Las reacciones emocionales y de conducta que genera el paciente en usted como terapeuta. Incluya en ellas también sus sueños, fantasías y deseos hacia el paciente. Reflexione sobre ellas, pues le proporcionan información de como usted complementa, y puede desconformar el estilo relacional del paciente.

5. Evite en las interpretaciones la jerga técnica, use las conexiones de las relaciones con otros y las presentadas con usted en las sesiones.

6. Trabaje las resistencias del paciente, que normalmente tratan de evitar el hacerse consciente de su transferencia hacia usted. Señale las maniobras de evasión y defensa del paciente sobre este tema (p.e abandono, enfado).

7. Trabaje con sus propias resistencias que a menudo se van a manifestar por su impaciencia, enfado o cuestionamiento de su valía. A menudo usted puede adoptar las siguientes contra transferencias: (1) Decirle al paciente que necesita mas tiempo para establecer la relación con el, antes de trabajar temas mas dolorosos (2) Dejar de insistir en las interpretaciones de resistencia, si el paciente se opone a ellas y (3) Si el paciente no responde a una interpretación de resistencia, creer que se adelantó al hacerla .

8. Tenga en cuenta que la mayor fuente de resistencia deriva de las defensas del paciente y usted como terapeuta para evitar el ser conscientes de la relación establecida.

Técnicas de Psicoterapias centradas en la persona y experienciales

- Técnicas de Terapia centrada en el cliente.
- Técnicas de Psicoterapia experiencial.
- Técnicas de Psicoterapia de proceso experiencial.
- Técnicas de Terapia bioenergética.
- Psicodrama.

Técnicas de Psicoterapias fenomenológicas y existenciales

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

Técnicas de Terapia Sistémica

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

Después de haber mencionado algunas de las técnicas y descrito otras de manera breve; que son utilizadas por el psicólogo de la salud. Se ahondará un poco en lo que es la psicoterapia y en especial la PBIU.

3.2. *Psicoterapia*

Actualmente puede ser más fácil advertir como en los últimos tiempos se experimenta un sensible incremento de la necesidad y de las solicitudes de asistencia psicológica en nuestro país. Y estas necesidades pueden ser consideradas como emergentes de un complejo proceso histórico determinado por el juego de variables psicológico- sociales y económico- políticas. Por lo cual este proceso a su vez va condicionando la transformación de estas necesidades en solicitudes psicológicas.

Por lo cual, de acuerdo con Devries (1970) la psicoterapia es una asistencia psicológica, que consiste en poner los conocimientos teóricos conceptuales del psicólogo al servicio de una reestructuración de la personalidad, ayudando así a resolver los conflictos y a adquirir un funcionamiento adecuado de el aparato mental o anímico, que posibilite el goce de la condición humana en un constante proceso de desarrollo y crecimiento social, que proporcione una infable vivencia de plenitud, placer y felicidad.

A este respecto Knobel (1987), menciona que, la psicoterapia surgió para ayudar al ser humano en conflicto. Conflicto equiparable entonces con lo que es enfermedad y toda intención de ser modificada en donde se propone como intención por el hecho de recuperar la salud. Así mismo nos menciona que en un principio, la psicoterapia se basaba en la sugestión hipnótica, basada en un autoritarismo impartida por parte de el médico. Con el comienzo de la como ciencia, la observación y experimentación fraccionaron al ser humano, en diversas funciones las cuales se encontraban aisladas entre si y medibles, pero este modelo médico corría el riesgo de que faltasen piezas en el rompecabezas o de que no se estableciera una teoría unitaria que pudiera explicar todo este proceso en su conjunto.

Y es el psicoanálisis el que se establece como una concepción del hombre y del sentido de su vida. De esta surgen la psicoterapia psicoanalítica, la psicoterapia analítica de grupo, la psicoterapia breve con base psicoanalítica. Las cuales descansan sobre la idea de un aparato psíquico. Así mismo Knobel (1987), menciona que la psicoterapia es una

asistencia psicológica, y por tanto consiste en poner nuestros conocimientos teórico - técnicos al servicio de una reestructuración de la personalidad, ayudando a sí a resolver los conflictos y a adquirir un funcionamiento adecuado de nuestro aparato mental o anímico, para posibilitar el goce de nuestra condición humana en un constante proceso de desarrollo y crecimiento el cual nos proporcione una inefable vivencia de plenitud, placer y felicidad. Lo cual implica un compromiso ideológico por parte del terapeuta.

Encontrándose que de acuerdo con Fiorini (1978), el objetivo de la psicoterapia, se basa en eliminar, desaparecer o suprimir, a través de una elaboración inconsciente primero y después consciente, aquello que el paciente presenta como perturbador en su vida. O de no ser posible tratar de modificarlos o retardarlos para que sean lo menos perturbadores posible. Así por otra parte la psicoterapia puede llevar a una revisión de patrones de conducta alterados, ya que se puede interferir con los mismos, permitiendo que el paciente abandoné esa condición y adopte patrones de conducta más adecuados, con sus posibilidades de placer, rompiendo así con antiguos modelos de comportamiento, basados en conflictos no resueltos.

Para cumplir con los objetivos de la psicoterapia de acuerdo con Watzlawick y Nardone (2000), esta se puede basar en algunos de los siguientes principios:

- La mayor parte de los trastornos se desarrollan y se mantienen en el contexto de la interacción humana. Los individuos llevan consigo características, recursos, creencias, valores, expectativas y a veces dificultades que son únicos y aprenden y desarrollan continuamente diferentes modos de interactuar unos con otros. Así las soluciones consisten en cambiar los modos de interacción en el contexto de los vínculos situacionales peculiares.
- La tarea de la psicoterapia breve consiste en ayudar a los clientes a hacer algo diferente, cambiando su comportamiento interactivo y / o su interpretación de tal comportamiento y de las situaciones, a fin de llegar a una solución, es decir, a una resolución de su trastorno. Para constituir soluciones puede ser útil informarse todo lo posible sobre los elementos que limitan la situación de trastorno y los

modos interactivos implicados; porque el desarrollo de una solución tiene que adaptarse a esas limitaciones.

- Hay que tomar en cuenta que es posible construir un significado nuevo y ventajoso al menos en algún aspecto de el trastorno. No es que una persona tenga o no un síntoma, ya que algún comportamiento que sea etiquetado como tal, en otro ámbito o con la atribución de un significado diferente, seria considerado apropiado o normal.
- Lo que hay que producir es solo un pequeño cambio y por tanto, sólo es preciso un objetivo pequeño y razonable. Ya que una de las mayores diferencias entre la psicoterapia breve y otros modelos reside en la convicción del terapeuta según el cual producir un pequeño cambio en el comportamiento de una persona, por muy terrible y compleja que sea su situación, puede llevar a diferencias profundas y de gran alcance en el comportamiento de todas las personas implicadas.
- El cambio es una parte del sistema que lleva a cambios en el sistema en conjunto; por tanto, no es necesariamente importante el número de personas que están construyendo el problema y la solución. Naturalmente que para ser compatible es preciso que el cambio de un individuo se adapte a las limitaciones impuestas por el sistema en el que esta inmerso.
- También es posible llevar a cabo una terapia eficaz cuando el terapeuta no logra definir de que se lamenta el cliente. Todo lo que hace falta es que la persona involucrada en una situación dolorosa produzca un comportamiento diferente ya que no es necesario para ello tener descripciones detalladas del trastorno para que la intervención del terapeuta tenga éxito.

Así mismo también se pueden encontrar algunos principios para los trastornos y soluciones dentro de la psicoterapia.

Cuando se describe una aproximación al tratamiento, la indicación de las premisas fundamentales puede aclarar sus naturalezas e implicaciones.

-Las dificultades son molestias que caracterizan la vida cotidiana y que los pacientes llaman habitualmente “problemas”

-Los trastornos consisten en dificultades en los intentos recurrentes e ineficaces de superar esas molestias, acompañados por lo general de la percepción de que la situación es estática y nada cambiará; es decir, una molestia después de otra pasa a ser la misma molestia repetida varias veces.

-Las soluciones son los cambios comportamentales y / o perceptivos que el terapeuta y el cliente construyen para modificar las dificultades o el modo ineficaz de superarlas, y/ o la construcción de una alternativa aceptable que permita al cliente experimentar las situaciones de trastorno de forma diferente. Algunas soluciones se desarrollan a través de la resolución de un problema construido (el trastorno del cliente más la visión del trastorno por parte del terapeuta, que incluye posibles soluciones); otras soluciones se desarrollan a través de la construcción de futuros alternativos que no incluyen el trastorno.

3.3. Psicoanálisis, PBIU

Dentro del psicoanálisis existe el tratamiento psicoanalítico convencional que tiene una larga duración, lo cual no es funcional para cuando se habla de momentos en los que se tiene que intervenir de emergencia. A lo largo de la historia del psicoanálisis se han ido creando diferentes formas de psicoterapias, con el fin de abarcar las necesidades de la sociedad, así como esta va cambiando, el psicoanálisis tradicional también lo ha hecho en otras modalidades que se requieren, de acuerdo con el contexto actual de la época.

En las épocas de post guerra era eminente que se tenía que intervenir con las personas afectadas y el psicoanálisis con su método tradicional, no era el mas indicado ya que la intervención debía ser precisa y en menor tiempo, es por ello que como primera instancia nace la psicoterapia breve, que actúa bajo los mismos fundamentos de la tradicional solo que en menor tiempo.

Posteriormente se crea la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia (PBUI) que es una de las técnicas más empleadas para el ámbito de la salud, debido a su estructura es la técnica que nos proporciona herramientas para realizar una intervención a corto plazo ya sea de primera o de segunda instancia. Como ya se mencionó esta fue creada en torno a las necesidades del sector salud principalmente y es de la que más adelante se hablará.

Como ya se ha mencionado con anterioridad, la psicoterapia breve se deriva directamente de los estudios del psicoanálisis, e incluso se considera que sus inicios se relacionan con los estudios realizados sobre la histeria, en donde la lógica propuesta por Freud en sus estudios realizados en esta área dan como resultado la psicoterapia que ahora conocemos.

Según Balint, Ornstein y Balint (1996), la lógica que Freud proporciona para la psicoterapia implica los siguientes puntos: (a) sus ideas sobre la patología en tratamiento; (b) las diversas intervenciones empleadas en la terapia de cada uno de sus pacientes descritos; y (c) las respuestas de cada paciente tanto a las intervenciones planificadas de Freud como a las espontáneas.

Como ya se menciona unos apartados antes la psicoterapia en un principio no tuvo mucho auge y los estudios de este tipo eran escasos, en donde hasta el trascurso y final de la Primera Guerra Mundial en donde se hizo obvia la necesidad de contar con terapias psicoanalíticas más breves, y esta necesidad se tuvo tanto en un origen interno para la propia psicología, como un externo reclamado por la situación a la cual se enfrentaba la sociedad en esta época. Lo cual refleja una necesidad social de contar con formas terapéuticas al alcance del sector más amplio de la población, lo cual en la actualidad debería llevarnos a reflexionar sobre el uso de las psicoterapias breves y aprovechar los recursos que esta nos brinda para nuestro desempeño como profesionales de la salud.

Muchos analistas considerarían que la psicoterapia no es esencia del psicoanálisis, para lo cual debemos tomar en cuenta la siguiente frase: “Pero cualesquiera que sean la estructura y composición de esta psicoterapia para el pueblo, sus elementos más

importantes y eficaces continuaran siendo, desde luego los tomados del psicoanálisis propiamente dicho, riguroso y libre de toda tendencia” (Balint, Ornstein y Balint 1996). Lo cual nos menciona que cualquiera que sea la técnica que se utilice dentro de la psicoterapia, se regirá por los principios propuestos por Freud, en relación al paciente y el terapeuta enfocados en el psicoanálisis.

Una vez ya considerada la psicoterapia como un buen método terapéutico en el estudio de las patologías, Alexander y French (1946, cit. En Balint, Ornstein y Balint 1996), vuelven a hacer hincapié en la importancia fundamental de la experiencia emocional en el análisis y en la necesidad de una integración intelectual, es decir, de la elaboración de una “experiencia emocional correctiva” como eje terapéutico de todo tipo de psicoterapia.

Lo cual, presupone que el hecho de que las actitudes que uno como terapeuta proporciona al paciente difieren de la de los padres, lo cual le dan una oportunidad al paciente para corregir sus distorsiones. Así la experiencia emocional en la transferencia confiere convicción al insight y constituye un sostén necesario. En donde una vez alcanzada cierta estabilidad, dicho insight permite encontrar soluciones nuevas, más actualizadas y realistas, para viejos conflictos. Alexander y French citados en Knobel (1987), señala que toda terapia debe basarse en un diagnóstico.

Así para Lemgruber (1984) la técnica de la psicoterapia breve tiene su característica distintiva en el hecho de que se basa en una tríada, considerándose como aspectos esenciales la actitud, la planificación y el foco dentro de la misma. Este último elemento hace referencia al conflicto de la situación actual del paciente en donde lo que el cliente trae a la consulta es el choque de las dificultades inherentes a una tarea vital específica que debe enfrentar. Así en este contexto hay necesidades personales, presiones sociales, condiciones económicas, culturales e ideológicas que si por un lado estimulan el desempeño de esta tarea, por el otro reflejan la angustia y dificultan la elaboración. De allí la importancia de la comprensión de cómo se procesa el dialogo del paciente con la

realidad actual, más allá de la comprensión de su historia y de su estructura psicodinámica, que posibilita el potencial del paciente.

Por lo cual una técnica de psicoterapia breve puede contener los siguientes elementos:

-El encuadre. En donde la flexibilidad y conocimientos del terapeuta son elementos fundamentales para establecer un “encuadre” necesario que le permita desarrollar su trabajo.

Lo más importante es que el terapeuta sepa lo que realmente puede hacer y que esto sea discutido con la persona que acude a él.

-La entrevista inicial. La primera entrevista es fundamental para determinar el futuro de la relación terapéutica, que puede iniciarse y terminar en ese momento y que debe permitir fundamentar un diagnóstico psico-bio-social, fenomenológico, holístico, meta psicológico que permita determinar el tipo de tratamiento que se aplicará.

Además la entrevista no es sólo una sesión, ya que también puede exigir varias sesiones, esta se considera todo un proceso de encuentro, de conocimiento y diagnóstico de vivencias transferenciales y contratransferenciales.

-El contrato terapéutico. Es una de las mayores dificultades de la psicoterapia en general. Karl, Menninger y Holzman (1979) considera que el psicoanálisis y la psicoterapia son transaccionales y contractuales. Alguien busca ayuda y alguien la ofrece, dentro de cierto contexto (encuadre) y en determinadas condiciones, que son compartidas y aceptadas por ambas partes.

Fiorini (1978) afirma que en este paso se debe hablar de lo que es una psicoterapia, de cuales son los papeles que habrá de desempeñar el terapeuta y el paciente y de lo que se espera que cada uno haga.

Cristovão (1981) resume el concepto de contrato como una fase preliminar del proceso terapéutico, que barca desde el reconocimiento mutuo de terapeuta-paciente hasta el establecimiento de las reglas básicas que orientan la terapia.

En resumen se debe formalizar la relación contractual que establecerá los límites del encuadre psicoterapéutico y lo ubicara dentro de una realidad operativa con los

siguientes pasos: a) explicación de la función y de los objetivos terapéuticos, b) los objetivos serán explicitados como limitados, en oposición a la fantasía mágica del tratamiento; c) no se ocultara al paciente su estado, ni los conflictos que le producen los desajustes, d) se aclarará que probablemente durante el desarrollo se tenga que buscar otra técnica terapéutica y que también puede ser que se produzca una mejoría definitiva o de duración imprevisible; e) se establecerán los horarios y días de tratamiento, f) se señalará especialmente la norma del secreto profesional y se exigirá lo mismo del paciente; g) se solicitará la confianza más absoluta del relato sin restricciones, haciendo referencia a hechos, sentimientos, pensamientos, imaginaciones y sueños, h) se aclarará que las sesiones serán cara a cara; i) se establecerán los horarios según las circunstancias en las que se de el encuadre y j) se establecerá el tiempo de duración de cada sesión, así como el número o un aproximado de las sesiones que se realizaran.

Como la habíamos mencionado con anterioridad, a continuación se abordara lo que corresponde específicamente a la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia (PBIU).

La PBIU se puede describir en los siguientes puntos de acuerdo con Bellack (1993):

- 1º: Se enfoca en lo crucial del trastorno que se presenta.
- 2º: Intenta establecer un punto central para comprender a la persona que acude a consulta, en su pasado inmediato.
- 3º: Se intenta comprender la relación de los factores como sueño y características de la persona con los componentes biológicos, sociales, familiares y físicos de la vida del paciente.
- 4º: Señala que entre más limitada sea la capacidad para enfrentar situaciones, mayor será el trastorno que existe y viceversa. Así que la conducta para enfrentar situaciones se aprende, se funda en un sustrato biológico, dentro de un medio social, étnico y familiar. Así el tratamiento

es un intento por ayudar a la persona a obtener mejores recursos para enfrentarse a la realidad.

-5°: La PBIU se enfoca en lo que ha aprendido de manera deficiente y lo que necesita desaprenderse y reaprenderse de modo más eficaz posible.

-6°: Se realiza tomando en cuenta todas las defensas y proporciones psicológicas del yo.

-7°: Selecciona los síntomas más perturbadores y su causa y después provee la conceptualización más certeramente orientada posible.

-8°: Los beneficios que se obtienen de este se pueden extender más allá del centro de atención inmediata de la terapia

-9°: Se selecciona el problema para tratamiento y no al paciente. En este sentido se utiliza para prevención primaria, secundaria y terciaria en un amplio rango de trastornos.

De manera general se puede decir que el perfil básico de la PBIU se encuentra dividido en 10 aspectos que son los siguientes:

- 1°. Cinco o seis sesiones de 50 minutos por lo general una vez a la semana.
- 2°. Sesión de seguimiento un mes después
- 3°. Anamnesis completa.
- 4°. Valoración psicodinámica y estructural
- 5°. Consideración de los aspectos médicos y sociales.
- 6°. Plan para las áreas de intervención
- 7°. Plan para métodos de intervención
- 8°. Plan para la secuencia de las áreas y métodos de intervención
- 9°. Decidir si se aplicara la terapia individual únicamente, o si se cambiara con sesiones conjuntas o familiares.
- 10°. Consideraciones de condiciones facilitadoras como hospitalización breve.

Este perfil básico intenta ser una guía no una camisa de fuerza. Por lo cual en una sesión inicial los aspectos a indagar son los siguientes:

- ♣ Síntoma Principal
- ♣ Historia del síntoma principal
- ♣ Síntomas secundarios
- ♣ Historia personal
- ♣ Historia familiar
- ♣ Formulación estructural y dinámica

Dentro de lo que conforma a la psicoterapia breve intensiva y de urgencia, nos encontramos con la utilización de las técnicas que han sido mencionadas con anterioridad, que de acuerdo con Slaikeu (1988) estas tienen un par de propósitos esenciales:

- a) Restablecer la capacidad del individuo para afrontar las situaciones de estrés en las que se encuentra.
- b) Proveer asistencia a estos individuos para reordenar y reorganizar su mundo social destruido.

Y algunas de las técnicas son las siguientes:

La Interpretación

Este es el proceso en el que se indican los comunes denominadores entre los patrones conductuales y efectivos del paciente en el pasado, presente y las situaciones de transferencia.

El Insight: Facilitación del mismo

Al respecto Bellack y Small (1965) destacan el hecho de que para la psicoterapia es ya tradicional la búsqueda de la mejoría del paciente mediante la transmisión al mismo de insight acerca de la naturaleza y las causas de sus temores, intereses, impulsos, defensas y motivaciones de las cuales parte o es propio el sujeto. El fundamento racional de este procedimiento reside en un notorio efecto de consolidación dinámica, de la personalidad, que fortalece el yo y hace más efectivo su funcionamiento.

El uso estricto del lenguaje nos obliga a considerar que el insight es una meta, mientras que los métodos que se empleen para impartirlo y facilitarlos constituyen los aspectos técnicos de la intervención. Así mismo recalcan la importancia del sentido de la oportunidad para conquistar la aceptación del insight por parte del paciente.

Dentro de esta modalidad estos autores recomiendan apoyarse en relatos serios y humorísticos, que sirvan a manera de ejemplos de los que se dice, como se menciona que lo usaban los grandes maestros a manera de parábola de la cual después se comenta. Se aboga por la enseñanza activa, en que se pide al paciente que formule, repita e integre proposiciones con material tomado de otras facetas de su situación que se estén considerando. Además recurren, al desempeño de roles, en cuyo curso el paciente y el terapeuta intercambian los suyos. También utilizan el tests de apercepción temática para aplicar la repetición como principio activo del aprendizaje; suele leer a los pacientes los relatos que estos mismos escriben durante la administración del TAT (tests de apercepción temática), y pedirle su propia interpretación al respecto.

Translaboración

Aquí se hace referencia a cuando el paciente es capaz de aplicar a las situaciones de su vida, el insight que adquirió. Lo que puede empezar como un proceso principalmente consciente de aplicar los insight y cada vez se debe volver un proceso más automático y preconsciente hasta que tenga lugar la reestructuración.

Catarsis y Catarsis mediata

La catarsis mediata es un término que se utiliza cuando se le expresa al paciente proposiciones con una carga emocional. Se le expresan al paciente sentimientos que pueden ser demasiado fuertes para su superyó sensible, pero al decirlos el terapeuta toma la responsabilidad del superyó sobre ellos. La identificación e introyección de la imagen del terapeuta como una parte más benigna del superyó, representa entonces un papel importante en este aspecto del proceso terapéutico.

Prueba auxiliar de realidad

Es necesaria según en que proporción se encuentre perturbado un paciente y que tanta necesidad existe de que el terapeuta represente un papel como auxiliar para someter a prueba la realidad, para que clarifique las distorsiones que el paciente hace de está y funcione como yo auxiliar para él.

Represión del impulso

Se puede utilizar como un método directivo para desalentar algunas formas de conducta y alentar otras. Se debe tener en cuenta que la represión representa un papel normal en el funcionamiento cotidiano y que la represión insuficiente es caso tanto un problema como lo es la represión excesiva.

Sensibilización a las señales

Esta técnica permite hacer que el paciente se haga consciente de que ciertas conductas de su parte suceden cuando existe una constelación dinámica específica.

Educación

En este punto se le educa al paciente acerca de su enfermedad, haciéndole ver que las realidades de su trastorno son muy diferentes a las fantasías irracionales que ha imaginado.

Intelectualización

Este técnica permite ver al paciente que el terapeuta comprende su síntoma, al menos intelectualmente, con tal comprensión se logrará algún control sobre lo que de otra manera, le parece al paciente como algo que es totalmente desorganizante y egodistónico.

Apoyo

El hacer afirmaciones que tranquilicen al paciente es importante en ciertos momentos de la terapia, pero nunca puede ser la única medida que se tome si se espera proveer algo más que solo una ayuda adecuada.

Debate cognitivo de exigencias:

Los significados personales pueden adoptar la forma de actitudes inflexibles y exigentes, que predisponen al sujeto a no tolerar el curso de los eventos cuando estos no coinciden con sus metas personales. Ellis y su R.E.C.T proponen identificar esas exigencias, calibrar sus consecuencias negativas, diferenciarlas de las preferencias personales y reducir su influencia mediante el uso de su cuestionamiento filosófico (método socrático) y empírico (búsqueda de evidencias).

El cuestionamiento de las exigencias se potencia con otras tareas emocionales (p.e la imaginación racional emotiva, el dialogo de las dos sillas; una con la actitud de exigencia y la otra con la preferencia) y conductuales (p.e el afrontamiento de situaciones que se perciben como intolerantes).

Diarios personales para comprobar los significados subjetivos

En determinados sujetos puede ser más efectivo comprobar el funcionamiento real de sus significados personales disfuncionales que cuestionarlos mediante el diálogo socrático. Para ello el terapeuta puede diseñar una hoja, donde en su encabezado está escrito el significado disfuncional (p.e "Soy un inepto, todo me sale mal") y debajo del mismo varias columnas de registro de datos en distintas áreas de la vida del paciente (p.e familia, trabajo, amigos, ocio) donde el paciente debe de recoger datos que desconfirmen ese significado. De esta manera el sujeto puede por si mismo comprobar que sus reglas o significados personales pueden no ajustarse siempre al funcionamiento de su experiencia cotidiana.

Inducción de escenas cargadas afectivamente

Ensayos cognitivos e imaginarios haciendo describir la escena donde se produjo una reacción o conducta del sujeto de tipo afectivo y relevante, sus sentimientos y sensaciones corporales y la cadena de auto-diálogo interno, de manera pausada como a cámara lenta, pueden facilitarle al sujeto la toma de conciencia de los significados otorgados a distintas situaciones donde este ha actuado de manera impulsiva, exagerada o en "acting out".

También se puede regresar en estado de relajación a escenas del pasado relevantes usando el mismo procedimiento, o introducir secuencias de reacciones alternativas y su visualización.

La Imaginación Racional Emotiva usada en las intervenciones de la R.E.C.T de Ellis, emplea a fondo la inducción de escenas cargadas afectivamente tanto para la identificación de significados disfuncionales como para sus alternativas, mediante la inducción de reacciones emocionales extremas y posteriormente de otras más moderadas.

Greenberg y cols. (1996) usan la inducción de escenas sobrecargadas afectivamente para facilitar el acceso o conciencia de significados ante reacciones del sujeto vividas como exageradas e impulsivas, sin conciencia del motivo de las mismas.

Relajación

Consiste en una serie de ejercicios centrados en la distensión muscular y el control respiratorio adecuado. Hay muchos métodos de relajación. En la clínica el más habitual es el método de Jacobson, centrado en la relajación progresiva muscular, primero tensando y después distensando varios grupos musculares; y el método de Schultz, que se basa en una relajación más mental induciendo sensaciones de calor, pesadez, ritmo cardíaco, etc.

La relajación se emplea en la reducción de la ansiedad, por lo que suele formar parte de las estrategias generales del afrontamiento de los trastornos de ansiedad. También usa con profusión en los trastornos psicósomáticos y el alivio del dolor asociado a enfermedades o cirugía.

Con lo antes expuesto, se espera que haya quedado de forma clara la revisión acerca de lo que es la psicoterapia breve y en especial la psicoterapia breve intensiva y de urgencia, así de cómo las técnicas utilizadas en las mismas.

CAPÍTULO 4

EL DESEMPEÑO DE EL PSICÓLOGO EN LA CUSI ALMARAZ

El trabajo de la Psicología en las instituciones de salud sólo se hace posible si existe un órgano que coordine, regule, brinde una metodología de acción, planifique y evalúe todas las actividades relativas a la atención psicológica que se efectúen en dicha institución. Este órgano lo constituye el Servicio de Psicología, el cual debe cumplir por igual con todas las condiciones, organización y funcionamiento que el resto de los servicios institucionales en salud.

Las múltiples actividades que un Servicio de Psicología puede desarrollar en una institución de salud se pudieran agrupar en las que a continuación voy a referir:

- v Brindar atención psicológica a los pacientes, familiares y personal asistencial de la institución.

- v Utilizar y aplicar diferentes formas y técnicas de intervención psicológica a nivel individual, grupal e institucional.

- v Integrarse al trabajo multidisciplinario de los diferentes servicios de la institución.

- v Contribuir a elevar la satisfacción de la población con los servicios recibidos, participando en la evaluación y ajuste de los mismos a las expectativas de la población y a las posibilidades crecientes de la institución.

v Contribuir a elevar el bienestar psíquico y la salud mental del personal asistencial, realizando trabajo preventivo institucional.

v Participar en la selección, evaluación y clasificación del personal asistencial que requiera de determinadas condiciones psicológicas para la ejecución de sus labores.

v Desarrollar una línea de investigación central y ofrecer actividad docente y científica con un programa metodológicamente orientado por los propios objetivos del servicio en la institución.

Todas estas funciones tienen algo en común: buscan rescatar la subjetividad presente en cada acción, en cada momento y en cada eslabón del proceso asistencial que se produce en las instituciones de salud, y ahí estamos ciertamente humanizando, haciendo más integral cada relación que se establece entre las diferentes subjetividades que intervienen por ejemplo cuando un médico se relaciona con su paciente dándole una información, explicándole un tratamiento, remitiéndolo a otra especialidad, cuando dos profesionales tienen que interconsultar un caso y tomar una decisión, cuando un servicio tiene que organizar una forma de abordaje de un problema que están presentando.

Son muchas las tareas que el psicólogo puede emprender utilizando diversos medios que pueden ir desde el diagnóstico clínico, el diagnóstico institucional, la intervención psicológica individual, familiar, grupal e institucional.

4.1. La práctica profesional

La práctica profesional del psicólogo ha sido marcada por las características que se derivan, de el avance de la disciplina como área de conocimiento y su capacidad para dar respuesta a los problemas complejos y novedosos que presenta la sociedad en sus diversos ámbitos de intervención.

Con fines de contextualizar la psicología en lo disciplinar, lo académico y lo profesional se debe apuntar el análisis en torno a:

- Los procesos de la transformación de la educación superior en general y de la educación de la psicología en particular.
- Los cambios en la estructura del mercado profesional.
- El desarrollo histórico de la psicología en México.
- El desarrollo epistemológico de la disciplina
- La calidad de la enseñanza y la generación y aplicación del conocimiento de la disciplina.

Y de esta se derivan funciones específicas de la carrera como:

- Detectar, evaluar y diagnosticar las problemáticas sociales en el ámbito de la disciplina psicológica en los campos de salud, educación, producción y consumo y organización social.
- Desarrollar estrategias de prevención, planeación, investigación e intervención que le permitan el abordaje eficiente y el planteamiento de propuestas de resolución de problemáticas inherentes a la disciplina desde una perspectiva multi e interdisciplinaria.
- Investigar, evaluar, diagnosticar e intervenir frente a las demandas y/ o problemáticas sociales en distintos ámbitos de sociedad.
- Transformar favorablemente su ámbito de intervención en pro de un desarrollo sustentable.
- Diseñar estrategias de intervención dirigida a favorecer la promoción de una mejor calidad de vida.
- Ejecutar proyectos de desarrollo en los diferentes niveles de intervención que demanda la sociedad.
- Participar en equipos de trabajo multi e interdisciplinario.

4.2. La CUSI Almaraz

Las Clínicas Universitarias de Salud Integral, son también conocidas por sus iniciales como clínicas “CUSI” , en donde la Facultad de Estudios Superiores Iztacala perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México, cuenta con dos clínicas de este tipo, las cuales se encuentran ubicadas de la siguiente forma. La primera en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y la segunda en la Facultad de Estudios Superiores Cuautitlan Campo 4 (CUSI Almaraz). El trabajo que se lleva en cada una de estas clínicas se relaciona con actividades multidisciplinarias encontrando la participación de diversas carreras como son Psicología, Medicina, Odontología, Optometría y Enfermería, quienes desempeñan una labor en conjunto en mejora de la comunidad.

Específicamente, la Clínica Universitaria de Salud Integral ALMARAZ, se ubica en el Municipio de Cuautitlan Izcalli, en el fraccionamiento industrial San Sebastián Xhala; dentro de las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Cuautitlan Campo 4, UNAM.

Esta clínica fue inaugurada el 24 de Febrero de 1984 y fue construida para atender a las necesidades propias de la comunidad, ofreciendo los servicios de Medicina, Odontología, Optometría, Enfermería y Psicología. Así mismo fue creada para brindar a los alumnos de estas carreras, un campo de práctica para el ejercicio de su profesión en las modalidades de servicio social y titulación.

La institución cuenta con áreas específicas y definidas para el mejor trato a los pacientes acorde a cada disciplina, consultorios equipados, sala de curaciones, laboratorio de análisis clínicos, quirófano con área de recuperación , rayos “X”, servicio de enfermería, optometría, consulta médica y consulta psicológica, dentro de esta última nos encontramos una aula para el servicio de estimulación temprana, seis cubículos cada uno como consultorio individual y cinco cámaras de Gesell para la asistencia cómoda y confidencial de los usuarios, además de contar con un cubículo de recepción de pacientes que ofrece información, conformación y verificación de las citas de los usuarios; en este

espacio siempre hay un psicólogo para atender en el mismo y de ser requerido por demanda de los usuarios se llega a utilizar como consultorio (en las ocasiones llamadas de urgencia) . Así mismo se cuenta con unidades de servicio odontológicas, archivo clínico, aulas para talleres o conferencias, sala de espera, módulos de información, consultorios individuales, biblioteca y material de apoyo como son TV ∞ s, Reproductores DVD, VHS y proyectores,. En cuanto al servicio médico ofrece: Medicina General, Ortopedia, Oftalmología y Cirugía General.

Como parte de la FES Iztacala, la CUSI Almaraz, a través de los programas de Servicio Social, plantea la única alternativa de atención de la salud para un número importante de la población que carece de recursos y medios en materia de salud.

El Servicio Social y la Práctica Profesional en la CUSI Almaraz, son actividades académico – científicas que tienen como fundamento: la asistencia de los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación, de los problemas de salud en diversos niveles de atención. Con el objetivo del trabajo multi e interdisciplinario que permitan desarrollar mayor experiencia y habilidad profesional de acuerdo a los conocimientos adquiridos durante la carrera.

Esta institución se encuentra sostenida por el personal académico laboral con el que cuenta y la estructura que se presenta esta realizada por áreas, y una relación entre cada una de estas. A continuación se presenta el organigrama que nos presenta la estructura de la CUSI ALMARAZ

			Dr. Ramiro Jesús Sandoval Dir. FESI				
	Dra. Ana G. Obregón Secretaria de programación y cuerpos colegiados	Lic. Isabel F. Trujillo Secretaria Administrativa	Dr. Ignacio Peñalosa Secretaria General Académica	Dr. Roque Olivares Secretario de Desarrollo y Relaciones Institucionales			
Dra. Robles Méndez Jefe de extensión universitaria	Dr. Héctor González Jefe c. De Medicina	Dra. Dávila Anda Jefa de investigación y Postgrado	Dra. Rodríguez Zamora Jefa de la carrera de Enfermería	Li. Leñero García Jefe de la carrera de Optometría	Dr. Silva Rodríguez Jefe de la carrera de Psicología	Dr. Pineda Jefe de la carrera de Odontología	Dr. Chazarro Olvera Jefe de la carrera de Biología
	Dr. Linares Rivera Jefe de la CUSI Almaraz		Fabiola Suárez R. Ínter disciplina Enfermería	Ínter disciplina Optometría	Lic. Blanca Aranda Lic. Emiliano Lezama Ínter disciplina Psicología	Mta. Solveg Díaz Jefe de Sección académica	
			Lic. Felipe Tapia Administrador			Gerardo Ayala C D	Víctor Asaura C D
Dr. Lina Peña Oftalmólogo	Dra. Vega Barrios Práctica Médica	Elvira Barajas Oficial Administrativo	Srita. Concepción Rojas Secretaria	Efraín Barrientos Julio Martínez Analistas		Guillermo Cejudo C D	Jorge Belauncot C D
Dr. Mares Alcívar Ortopedista	QBP. Paniagua Laboratorista Médico	Jesús Piñón Auxiliar de Enfermería		Sra. Cristina Hdz. Archivista		Solveig Díaz C D	Rene Estrada C D
Dr. Muñoz Vazquez Investigador	Laboratoristas	Sra. María Rodríguez Sr. Antonio N. Auxiliar Medicina	Arturo Estrada Auxiliar de Laboratorio	Sra. Yolanda Mtz. Laboratorista		Leticia Martínez C D	Jose Pujana C D
Dr. Nava Colin Evaluación	Dr. Miranda Pérez Cirugía General	Cliserio Barrada Vigilancia	Viviana Hdz. Op. De Maq. Reg.	Cecilio Nieto Almacenista		Ignacio Pujana C D	Fabiola Quiroz C D
Dr. Sánchez Peña Anestesiólogo	M. S. Carranza Pasante S. S.	Marco García Vigilancia	Caro Domínguez Auxiliar de Intendencia	Sr. Adolfo Pérez Jardinero		Mario Quiroz C D	Laura Rodríguez C D
Carlos García Técnico Radiólogo	Elizabeth Espinosa Pasante S. S.		Juan Terrazas Vigilancia			Alejandro Velásquez C D	Rosa Vargas C D
						Adrián Soto Técnico	

Diagrama 1. Organigrama de la “ CUSI ALMARAZ”

4.3. Servicio de Psicología

El servicio de atención psicológica surge a raíz de las necesidades de las personas que asisten a la clínica de Almaraz, se da como una respuesta con beneficios para la comunidad y como una alternativa de superación, aprendizaje y práctica para los estudiantes que realizan su servicio social; como lo ha sido la oportunidad en mi caso dentro de las prácticas profesionales que realicé en dicha institución.

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 lo que se conoce como comunidades de práctica (como son principalmente las escuelas, pertenecientes al mismo municipio y en los alrededores de la clínica), mediante los convenios y acuerdos entre el municipio y la Clínica Almaraz.

El servicio ofrecido en la clínica de Almaraz en todas sus áreas está cubierto principalmente por estudiantes de los últimos semestres de las carreras correspondientes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. En el caso particular de psicología, son estudiantes de 7° y 8° semestres, quienes cubren créditos para el Servicio Social, a la vez que ponen en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera y adquieren experiencia en la práctica. También el servicio lo ofrecen los pasantes de psicología, como en mi caso, quienes además de brindar su servicio en mejora de la comunidad, toman experiencia en el ramo laboral del psicólogo.

Para la titulación en esta modalidad lleve a cabo las prácticas profesionales en un periodo de seis meses. Sin contar que el servicio social que realice durante mis últimos semestres lo realice en esta misma clínica por lo cual me resultó muy familiar a la hora de estar como pasante, dado el conocimiento previo del funcionamiento de la clínica.

Al ingresar a la clínica ya sea como estudiantes o como pasantes, en ambos casos se cuenta con una inducción a la clínica así como a todos los servicios y personal con el que cuenta la misma. Además de contar con la supervisión y asesoramiento constante de

la Licenciada Blanca Leonor Aranda Boyzo y el Licenciado Emiliano Lezama Lezama, quienes dentro de la inducción ofrecen una capacitación acerca del servicio que se ofrece y la forma en como generalmente se debe llevar a cabo. Con ello los estudiantes y pasantes llevan a cabo actividades de intervención en las modalidades de atención clínica como asistencia psicológica, promoción y prevención, tanto en la clínica como en la comunidad aledaña a la misma.

Al mismo tiempo los pasantes de psicología cubrimos las actividades de servir de apoyo al jefe de área, participar y coordinar las actividades realizadas en la comunidad, realizar consulta psicológica, supervisar asistencia y puntualidad de los estudiantes del servicio social y administrar y controlar los expedientes de los pacientes que acuden al servicio, así como ayudar a organizar la utilización de los medios con los que contamos (como es la administración del tiempo de atención psicológica, el tiempo de atención en estimulación temprana, así como la distribución de los cubículos para tal efecto. De igual forma la asignación de los participantes en la difusión de la promoción del servicio de psicología, al ingreso de las actividades después de periodos vacacionales.) Las cuales serán descritas posteriormente.

4.4. Funciones desempeñadas en la CUSI Almaraz

Las actividades o funciones que realiza el psicólogo en la institución de la CUSI Almaraz están bajo las siguientes responsabilidades de acuerdo con la modalidad que este ejerciendo en la clínica. Dentro de la modalidad de Servicio Social, el psicólogo tiene como actividad principal, actividades de prevención y promoción principalmente, en las comunidades cercanas a las instalaciones de la clínica y el servicio de consulta psicológica para el público en general. Aquí los terapeutas están en un horario de 9:00 a 14:00 horas, diversos durante toda la semana, por lo general dos días en la misma.

En la modalidad de práctica profesional los pasantes tienen como función o actividades las siguientes:

Apoyo al jefe de área

El apoyo al jefe de área se debe principalmente por que el trabajo esta determinado no solo en el área de psicología específicamente, si no en coordinación con las otras áreas con las que cuenta la clínica, por lo cual el jefe de área quien este en representación del servicio en el momento (en mi caso la mayor parte del tiempo la Licenciada Blanca Leonor Aranda), tiene que acudir a juntas con los jefes de otras áreas para coordinar los trabajos que se ofrecerán a la comunidad aledaña a la clínica.

En si el apoyo consta de tomar asistencia a los estudiantes, organizar los espacios y distribución de los mismos, así como de los pacientes de nuevo ingreso de tal forma que entre los terapeutas se maneje un número similar de pacientes para cada uno.

Apoyo en la organización de los documentos que ingresan al servicio, como son los expedientes, las fichas de pago de las consultas , el adecuado manejo del carnet; así como en la elaboración de los reportes de las consultas otorgadas por el servicio de psicología.

Y reportes de las actividades realizadas y resultados obtenidos (un informe general) durante la asistencia a las comunidades de práctica y a las ferias de salud de las cuales fue participe el servicio de psicología.

El apoyo no sólo se relaciona tan directamente con el servicio de psicología, también se relaciona con la participación y convivencia con las otras áreas de la clínica a manera de crear un mejor equipo de trabajo. En mi caso particular la asistencia a dos reuniones con el Doctor Rene Linares jefe de la CUSI ALMARAZ, con la enfermera Fabiola Suárez jefa de ínter disciplina de enfermería y personas de la comunidad que asistían por informes de los servicios que pudiera brindar la clínica en las diversas modalidades. En donde posteriormente se le informó a nuestra jefa (Blanca Aranda) quien se reunió con los antes mencionados para organizar y decidir la intervención que podría darse.

Platicas de Inducción para los estudiantes del Servicio Social.

Además de la guía de inducción proporcionada por los jefes del área de psicología con respecto al servicio que se ofrece y los componentes que integran la comunidad de la Clínica Universitaria de Salud Integral. Como pasantes de psicología nos corresponde inducir en las dudas que tengan los estudiantes de ingreso al servicio social sobre lo que debe y se puede realizar dentro de la clínica.

Dentro de ello los pasantes son los encargados de ayudar a los estudiantes a organizar el arreglo de sus cubículos, así como de ayudar a proporcionar algunos de los aditamentos necesarios para su comodidad en la hora de la terapia psicológica, como lo son el uso de materiales más frecuentes, como la agenda, hojas blancas, clínest, lápices, etc.

Además de proporcionar las pruebas que se tengan en la computadora del área de psicología para el uso de cada terapeuta; así como la facilitación de los instrumentos con los que cuenta al área de psicología, como es la computadora y las pruebas que contenga almacenada, el servicio de agua, los horarios para las diversas actividades, así como los permisos que se puedan otorgar para diversas actividades (como pegar carteles, organizar talleres, periódicos, e incluso salir por comida).

Supervisión de puntualidad del grupo de estudiantes en turno.

Debido a que nuestra asesora no sólo se limita a las actividades del servicio de la Clínica de Almaraz, dado que es académica en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, además de otras actividades propias del desempeño de su profesión, como pasante se toma la asistencia puntual de los alumnos del Servicio Social, tanto para el cumplimiento del horario completo del día, como el cumplimiento puntual a sus consultas y sus citas para las salidas a la comunidad; así como con el cumplimiento del ordenamiento del material que se utilizaría durante el día.

Administración y control en el manejo de expedientes.

Los expedientes los entregan en archivo al iniciar el día y conforme aparezcan el la libreta de control de psicología, para que sean entregados, debe contener el número de expediente correctamente, de lo contrario no se entrega el expediente hasta que el paciente muestre su carnet. La entrega del expediente al principio del día se hace para agilizar el tiempo y el programa a la hora en la que llega el paciente en turno, debido a que se pueden perder algunos minutos de esperar hasta que el paciente muestre su carnet.

Debido la extrema importancia que tienen los expedientes no solo para el servicio de psicología, si no también para los demás servicios que se ofrecen en la clínica, los pasantes son los responsables de recoger y verificar que todos los expedientes solicitados sean entregados y que correspondan tanto al número de folio como a la persona correcta y verificar que solo el terapeuta responsable tenga el control sobre el mismo, entregándolo al final de la sesión y requiriendo todos treinta minutos antes de las 14:00 horas para hacer entrega a archivo de los mismos.

Participar y Coordinar las actividades de Promoción y Prevención

Como primera instancia hubo que retomar la realización de promover el servicio de psicología dentro de la clínica así como en sus alrededores, esta actividad se realiza después de cada periodo de vacaciones para informar a la comunidad el regreso o restablecimiento de la atención psicológica, así como los horarios a manejar y las fechas.

Además de promover el servicio de atención psicológica, se realiza la promoción de diversas actividades como lo son los talleres que se imparten con diversos temas, como lo han sido de sexualidad, autoestima, depresión, comunicación efectiva, estrés y manejo de estrés. El taller de estimulación temprana. Como la realización de periódicos murales con temas como es estrés, la autoestima, entre otros. Así como carteles y trípticos que eran distribuidos en la comunidad con información de temas diversos como autoestima, depresión, estrés, hábitos de estudio, habilidades asertivas, entre otros. (ver anexo a)

Dentro de la modalidad de prevención y promoción de la salud entran la coordinación y aplicación de los talleres antes mencionados; tanto el de estimulación temprana, como los de diversos temas también mencionados con anterioridad. Los talleres para exponer los diversos temas se impartieron por estudiantes debidamente asesorados y organizados por nuestros jefes de área. Los talleres estaban dirigidos a estudiantes universitarios, principalmente de la Facultad de Estudios Superiores Campo 4 Cuautitlan, la duración de dichos talleres se establecía en ocho sesiones para cada taller, con un horario tentativo de las 12:00 hrs. a las 14:00 hrs. con la finalidad de realizar una promoción y prevención de conductas que tengan un alto riesgo que nos pueda afectar en alguna de las áreas que componen y comprometen nuestra salud (componentes bio-psico y social), a través de una formación, de una reeducación sobre los temas tratados en estos talleres, que ayuden a la formación y reflexión de una conciencia de los riesgos que pueden correr al disponer de conductas que podríamos llamar no saludables, pero también dando la alternativa de adquirir y desarrollar habilidades que les permita afrontar diversas situaciones, relacionadas con el tema o incluso en algunos otros aspectos de su vida cotidiana.

En lo que respecta al taller de Estimulación Temprana, se partió de que la estimulación temprana era toda aquella actividad de contacto y juego con un bebé o niño que propicie, fortalezca y desarrolle adecuada y oportunamente sus potenciales humanos, ya que cuando se realiza esta actividad en un bebé, se le ayuda a tener una mejor capacidad para aprender sorprendentemente. Así la estimulación se concibe como un acercamiento directo, simple y satisfactorio, para gozar comprender y conocer al bebé, ampliando las alegrías de la paternidad y ensanchando su potencial de aprendizaje. Estableciendo dos objetivos en particular: el primero, el de invitar a la población de padres y niños cuya edad de los últimos oscilara entre los 0 y 4 años de edad, con la finalidad de estimular las funciones, psicomotoras y afectivas del infante, realizando una evaluación del mismo para conocer el nivel de desarrollo alcanzado por el mismo y las áreas en donde resultara más fructífera la intervención, la estimulación. Y el segundo, pretendía convertir la estimulación en una rutina agradable que estrechara más la relación madre- padre- hijo, aumentando la

calidad de las experiencias vividas y de la adquisición de importantes herramientas de desarrollo infantil.

Dicho taller tenía un costo de \$20 por sesión, pero al igual que la consulta psicológica, la apertura de el expediente se manejaba en el costo de \$25. Así los psicólogos encargados de impartir el taller de estimulación temprana estaban divididos en dos grupos y cada grupo contaba con tres psicólogos. Cada grupo se hizo cargo de dos grupos de niños distribuidos de acuerdo a la edad de estos. El primer grupo se hizo cargo de los niños de 0 a 1 año y de los niños de 2 a 3 años de edad; por lo tanto, el segundo grupo se hizo cargo de los niños de 1 a 2 años y de 3 a 4 años de edad. Ello con la finalidad de adecuarse a las características y necesidades del desarrollo de cada grupo de niños y tener un mejor manejo de los grupos, como de la aplicación de las técnicas adecuadas a implementar en cada grupo. Los horarios para cada grupo fueron establecidos de acuerdo a su edad como se muestra a continuación:

Horario	Edades
9-10	0-1 años
10-11	1-2 años
11-12	2-3 años
12-13	3-4 años

Tabla 2. Horarios del taller de estimulación temprana

Ayuda en la elaboración de los periódicos murales en turno.

Como ya se menciona con anterioridad, de las principales actividades del psicólogo de la salud, además de la intervención, se llevaron a cabo la elaboración de periódicos murales, ya antes mencionados y realizados por los alumnos del servicio social en colaboración con los pasantes de psicología. Los alumnos de lunes a jueves del Servicio Social fueron divididos en cuatro grupos y cada grupo a cargo de un pasante fue designado para la elaboración de un periódico mural en particular, en lo que a mi corresponde el periódico mural que nos tocó fue el relacionado con la autoestima, para lo cual se organizó con la búsqueda de información así como los gastos del material en

partes iguales para todos los integrantes del grupo; en donde la información de los mismo estuvo sujeta a recomendaciones y modificaciones de parte de nuestros jefes y asesores.

Comunidades de práctica

Como ya se ha mencionado en reiteradas ocasiones, la labor del psicólogo de la Salud no sólo se lleva a cabo dentro de la Clínica, si no también en las comunidades en donde lo requieren o con las que se acordó con el municipio o incluso directamente con las instancias mismas a las que se acude, en las cuales algunas ya forman parte de programas determinados por la UNAM y en particular por la Clínica. A lo cual de acuerdo con Gómez (1999) señala que la psicología de la salud, se preocupa por aquellos comportamientos del individuo que pueden amenazar su salud y desequilibrar su estado de bienestar, preocupándose también por quienes promueven, mejoran y mantienen. Tal y como lo manejan los fundamentos de los programas llevados en la CUSI Almaraz, para mejorar y mantener una calidad de vida saludable y óptima para el desarrollo pleno del individuo en todos los ámbitos de su vida de la mejor manera.

Dado que el servicio psicológico que en esta institución se imparte se fundamenta en el programa integral que rige a la misma institución, y que desde mi punto de vista debería ampliarse a otras unidades de atención hospitalaria y de Salud, en el que se busca no solo el cuidado de los factores biológicos que intervienen en la formación de la salud, si no también en los aspectos tanto psicológicos como sociales que conforman al paciente. Así las actividades realizadas en las comunidades de práctica podrían dilucidarse en las dos siguientes:

- Primero en la Participación durante las jornadas de Salud (Feria del Síndrome Metabólico, Semana Nacional de Salud, Feria de la Salud Sexual, etc.)

La Feria del síndrome metabólico, que también es conocido como el síndrome “X”. Fue llevada a cabo los días 1 y 2 de Diciembre del 2004, en el jardín frente a la clínica Almaraz y estuvo dirigida a la población en general, asistente, a la clínica, así como

universitarios (en su mayoría). Siendo asistidos por médicos, psicólogos, odontólogos, enfermeras y optómetras.

Este síndrome también es considerado como el síndrome de resistencia a la insulina, que indica un grupo de factores de riesgo para la salud, los cuales incrementan la posibilidad de sufrir enfermedades cardíacas, adquirir diabetes o algunos tipos de cáncer.

Los factores de riesgo que conforman este síndrome son: la resistencia a la insulina, esto significa que existe una menor capacidad de la hormona insulina para controlar el procesamiento de la glucosa (azúcar) del cuerpo. Así también los niveles elevados de azúcar y triglicéridos en sangre, disminución de los niveles de colesterol HDL (“colesterol bueno”), presión alta y exceso de grasa en la región abdominal, forman parte de los factores de riesgo para adquirir este síndrome. Aunque cabe mencionar que no se necesita tener todos los factores de riesgo para adquirir este síndrome. Por lo que la mayoría de las personas que tienen sobrepeso (en especial en el área del tronco) se sienten pesadas y son lentas después de comer, lo cual hace que una característica importante además de esta en las personas que tienen o pueden desarrollar este síndrome, es la acumulación de grasa en el área de la nuca con aspecto brillante o grasoso, aunque el sobrepeso no indica que las personas delgadas este exentas de padecer este síndrome.

Con lo cual y de acuerdo a la anterior reseña sobre el síndrome metabólico es importante pensar que el paciente no solo necesita herramientas para erradicar o controlar esta enfermedad cuando la padece, si no que es necesario y de vital importancia mantener un control y conducción de los factores de riesgo, a manera de prevenir dicha enfermedad; así como a su vez adquirir conductas saludables como lo son la actividad física, la alimentación balanceada, que proporcionen un peso corporal favorable y hábitos que mejoren y mantengan la salud.

Los servicios que se ofrecieron durante esta feria constan de los siguientes:

- ▶ Pláticas sobre lo que es el Síndrome Metabólico, diabetes, hipertensión, obesidad, entre otras.

- ▶ Toma de presión arterial
- ▶ Toma de azúcar en la sangre
- ▶ Toma de peso y talla
- ▶ Cálculo del peso ideal
- ▶ Perímetro abdominal, así como índice de cintura- cadera
- ▶ Cálculo de índice de masa corporal
- ▶ Diagnóstico de estado nutricional
- ▶ Pláticas de cuidados periodontales
- ▶ Examen de agudeza visual
- ▶ Aplicación test que permiten conocer el riesgo de padecer el Síndrome Metabólico
- ▶ Aplicación de test de depresión
- ▶ Aplicación de cuestionarios de hábitos conductuales
- ▶ Exhibición de cocina sana (soya)

Todas estas actividades fueron puestas en prácticas por estudiantes, pasantes y maestros de las diversas áreas que intervinieron en todas y cada una de las actividades. Para llevar a cabo esta feria y la exposición de los diversos puntos y temas a tratar se colocaron mamparas y mesas por cada área de especialización a lo largo del jardín de la

clínica, de una forma circular que permitiera a los asistentes recorrer y visualizar cada uno de los servicios que eran ofrecidos.

Al ingresar a esta área los asistentes eran atendidos por los especialistas en cada modalidad a la que visitaban y al inicio de su recorrido, se le abría un expediente clínico, en el cual se capturaban datos importantes con respecto a los servicios ofrecidos y mencionados anteriormente, con lo cual en algunos casos se les indicaban si mantenían o presentaban algún factor de riesgo que pudiera llevarlos a desarrollar el síndrome metabólico, y de no ser así se les alentaba para que mantuvieran su salud de la manera más óptima, haciendo señalización en características en las que pudiera el paciente o asistente necesitar alguna ayuda. Los expedientes clínicos realizados en esta feria se les entregaban a los pacientes o asistentes para que llevaran un registro de sus condiciones de salud como, peso talla, presión arterial, etc. que pudieran llegar a utilizar en un futuro.

Con lo que respecta al área de psicología se realizaron las actividades de asesoría psicológica, exposición de temas como la función de la psicología en la salud, charlas sobre los temas de interés, como educación sexual, depresión, estrés, etc. o las preguntas que realizaban los asistentes, entrega de trípticos relacionados con el tema y con otros del servicio de psicología.

Además se llevo a cabo la aplicación de los test de depresión, (ver anexo b) entregando tiempo después (15 minutos aprox.) los resultados obtenidos; gracias a que se cuenta con un sistema computarizado que tiene cada programa de aplicación de pruebas como lo es este test, que nos otorga la calificación de esta escala de manera inmediata en cuanto se ingresan los datos proporcionados por el paciente; con este beneficio se pudo atender a una población mayor y de forma personalizada y eficaz al reducir la incertidumbre ante el desconocimiento de los resultados, lo cual a su vez nos permitió realizarles la invitación a acudir al servicio de psicología proporcionada en la clínica. Así también se llevo a cabo la aplicación de un cuestionario de hábitos conductuales, con la finalidad de a través de un listado de conductas y actividades que ponen en riesgo la salud, formar una conciencia en el paciente para la mejora de estos hábitos y el cambio de actividades que lo beneficien.

Cabe destacar, que esta feria al igual que algunas otras que realiza la clínica de Almaraz, la asistencia a la misma, estaba dirigida al público en general, sin embargo la mayoría de las personas quienes solicitaron la aplicación de la prueba de depresión fueron los estudiantes pertenecientes a diversas carreras como lo son: administración, contabilidad, ingeniero mecánico eléctrico y médico veterinario zootecnista de la Facultad de Estudios Superiores Cuautitlan Campo 4.

A continuación se mostraran en una tabla a manera de ejemplo algunos de los resultados obtenidos del test de depresión aplicado a los asistentes a la feria del Síndrome Metabólico.

Tabla de Depresión Campo 4

Género	Edad	Carrera	Tipo de depresión
Fem.	19	Contabilidad	Moderada
Fem.	20	Contabilidad	Moderada
Fem.	22	Contabilidad	Mayor
Fem.	20	Contabilidad	Mayor
Fem.	21	Contabilidad	Profunda
Fem.	20	Contabilidad	Leve
Fem.	19	Contabilidad	Leve
Fem.	20	Contabilidad	Profunda
Fem.	23	Contabilidad	Leve
Fem.	19	Contabilidad	Leve
Fem.	21	Administración	Moderada
Fem.	20	Administración	Leve
Fem.	19	Administración	Mayor
Fem.	19	Administración	Moderada
Fem.	20	Administración	Mayor
Fem.	19	Administración	Leve
Fem.	21	Administración	Profunda
Fem.	22	Administración	Leve
Fem.	19	Administración	Profunda

Tabla 3. Tabla de depresión de la Facultad de Estudios Superiores Cuautitlan Campo 4.

Como podemos observar en la tabla la mayoría de los estudiantes que realizaron la prueba obtuvieron datos de depresión que abarcan de leve, siendo el resultado obtenido por la mayoría, moderada y mayor la cantidad segunda y encontrando en menor cantidad el tipo de depresión profunda.. Lo cual nos lleva a mencionar que los datos arrojados de los test aplicados en la Facultad de Estudios Superiores de Cuautitlan Campo 1, son similares a los obtenidos en el Campo 4, mostrándonos que la mayoría de las personas se mantienen en un factor de depresión leve, lo cual nos permite aconsejar la intervención

psicológica a manera de prevenir que se agrave o aumenten los resultados. En cuanto a los otros datos obtenidos se les aconsejó la asesoría psicológica inmediata a manera de clarificar la situación que los lleva a presentar ese estado de depresión.

Con los datos obtenidos y en relación a la exposición de la feria sobre el tema del Síndrome Metabólico, se introdujo la aplicación de un cuestionario acerca de cómo mejorar la salud, que mantenía la señalización de hábitos saludables, lo que era tema principal de las pláticas infundidas durante la duración de la Feria, destacando la necesidad de la reeducación de las personas para lograr hábitos positivos y favorables para la salud de las personas, así como la utilización de los servicios a la disposición para mejorar la misma, como lo son los servicios y cuidados médicos, así como buscar el bienestar psicológico.

De los comportamientos de riesgo para la salud, se abordaron los siguientes:

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

Así mismo se hizo referencia a la contraparte de estos comportamientos de riesgo para la salud, colocando los hábitos y actividades para el bienestar saludable.

- Realizar una alimentación balanceada
- Realizar ejercicio físico moderado

- Adoptar comportamientos de seguridad
- Evitar consumo de drogas o cualquier otro vicio
- Tener actividad sexual segura
- Procurar un estilo de vida saludable, disminuyendo al máximo las emociones negativas (estrés, depresión, etc.)

Destacando que todas y cada una de las actividades realizadas en las y para las comunidades de práctica, tiene la finalidad de establecer y remarcar continuamente todos aquellos hábitos y actividades que estén encaminadas a la mejora de la salud en todos los aspectos del ser humano.

Otra de las actividades en la comunidad de práctica fue la Feria de la Salud realizada en las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Cuautitlan Campo 1, específicamente frente a la biblioteca del lugar. Esta Facultad cuenta con las siguientes carreras: químico farmacéutico biólogo, ingeniería química, diseño gráfico y artes visuales e ingeniería en alimentos. Y de igual manera que la feria del Síndrome Metabólico esta contó con asistencia psicológica, médica, odontológica y de optometría.

En esta feria se instalaron diversos módulos de información ubicados en el patio frente a la biblioteca, cada módulo estuvo atendido por pasantes y estudiantes del servicio social de las distintas carreras que participaron en dicha feria. Cada área tuvo a su disposición una mampara utilizadas para exponer diversa información de acuerdo al módulo que representaron, la información estuvo representada en textos informativos y educativos.

En el desarrollo de esta Feria se ofrecieron los siguientes servicios:

- Valoración integral (chequeo de presión arterial, peso, talla, medición de azúcar en la sangre, etc.)
- Consulta psicológica
- Diagnóstico de Optometría

- Aplicación de vacunas
- Distribución de desparasitantes y vitaminas
- Distribución de condones
- Valoración ginecobstetra

Cada especialidad tomando en cuenta sus habilidades y conocimientos, así como las características de la información que cada una maneja se enfocó en diversos temas de su propio manejo e interés. Con lo que respecta a la psicología, se proporcionó información, sobre diversos temas tanto de forma impresa a través de los trípticos como en charlas personalizadas, según fuera requerido por la comunidad.

Así mismo además de proporcionar información general de diversos temas, se brindó atención psicológica; algunos alumnos que aprovecharon la presencia de los psicólogos para resolver dudas e inquietudes, sobre diversas cuestiones. Esta intervención nos permitió difundir la labor y el servicio de psicología proporcionado por la CUSI Almaraz, realizando la invitación para visitar el servicio, además de canalizar a una que otra persona que de acuerdo a la intervención del día se considero pertinente.

La función que desempeñe dentro de esta feria: fue verificar la puntualidad y asistencia de los demás psicólogos, así como verificar el material a utilizar y la forma en como fue usado en cada actividad, así mismo el abastecimiento de los trípticos a repartir durante la estancia en la feria. Así como corroborar que todos los integrantes del equipo de psicología participaran en las diversas actividades a efecto de no saturar el trabajo para unos cuantos y de agilizar y optimizar el servicio para los asistentes. A pesar de acudir a cada una de las Ferias como encargada del grupo de psicólogos asistentes a las mismas, mencionando que otra parte de los psicólogos se quedaban en los cubículos a efecto de cubrir con las consultas psicológicas ya expedidas con citas previas, así que cuando acudíamos a las ferias se realizaba el trabajo de forma organizada, distribuida equitativamente, en donde se mostró interés y participación activa de todos y cada uno de los integrantes del equipo, del cual me encuentre acompañada, lográndose un trabajo responsable, fructífero y cordial no solo en las cuestiones académicas directas, si no en el

trabajo que implicara un bienestar para todos en beneficio de nuestro desempeño laboral (con ello hago referencia, a la distribución del trabajo, a los gastos realizados en cuestión de material, y de comida para todos, así como los apoyos o presentes para los asistentes a estas ferias). Por lo cual el ambiente funciono como de manera adecuada y cordial, sin relación de jerarquías, y si de compañerismo.

Algunos de los temas que fueron distribuidos de forma impresa mediante los trípticos, durante la feria fueron los siguientes.

- Alcoholismo
- Drogadicción
- Sexualidad
- Depresión
- Estrés
- Violencia de pareja
- Autoestima
- Bulimia
- Anorexia
- Servicio de apoyo a la comunidad estudiantil

Al igual que en la feria anteriormente señalada se llevo a cabo la aplicación del test de depresión (ver anexo b), entregándose los resultados al día siguiente debido a que estábamos en un campo ajeno al de la FES Campo 4, en donde se encontraba la computadora para obtener los resultados, a diferencia del campo cuatro la población que contesto este test, no estuvo caracterizada por la población estudiantil, si no hubo en la misma proporción gente de diversas actividades y de la comunidad aledaña.

El procedimiento que se llevo a cabo durante esta feria para la realización de las actividades fue organizada y en lo que respecta al test, en la parte posterior del test, se anotaron los datos personales de quien lo contestaba, como eran, nombre, edad y carrera, para poder registrar los mismo y devolver los resultados . Se procedía a contestar el test ante

lo cual el terapeuta se mostrara dispuesto y servicial para la aclaración de dudas que se tuvieran al respecto del mismo test. A los asistentes se les invitaba a acudir a la CUSI Almaraz a recoger los resultados o se les garantizaba la entrega de los mismos, durante la visita de otra pasante de psicología que acudiría en la siguiente ocasión (al tercer día). Ofreciéndose orientación personal a quien lo solicitara.

Algunos de los datos obtenidos durante esta Feria fueron los siguientes:

Tabla de Depresión Campo 1

Género	Edad	Carrera/ ocupación	Tipo de depresión
Fem.	22	Ingeniero alimentos	Leve
Fem.	29	Maestra	Moderad
Fem.	20	Artes visuales	Leve
Mas.	19	Diseño	Moderada
Mas	25	Diseño	Profunda
Fem.	19	Ingeniero alimentos	Mayor
Fem.	19	Artes visuales	Leve
Mas.	24	Ingeniero Química	Profunda
Mas.	23	Ingeniero químico	Leve
Mas.	36	Maestro	Moderada
Mas.	26	Diseño	Moderada
Mas.	22	Ingeniero alimentos	Leve
Fem.	24	Artes visuales	Leve
Fem.	20	Farmacéutico biólogo	Leve
Mas.	20	Farmacéutico biólogo	Leve
Fem.	35	Intendencia	Profunda
Mas.	21	Ingeniero química	Mayor
Fem.	33	Ama de casa	Moderada
Mas.	22	Diseño	Leve

Tabla 4. Tabla de Depresión de la Facultad de Estudios Superiores Cuautitlan Campo 4.

A todos y cada uno de los asistentes que realizaron la prueba, se les dio una pequeña explicación de lo que es la depresión y de las distintas causas de la misma, así de una orientación de cual era la labor del psicólogo en el caso específico de lo que acontecía cada persona y de la forma en como se le podría ayudar y de lo que obtendría al acudir al servicio de psicología.

La entrega de los resultados estuvo dispuesta por el otro grupo con el que nos coordinamos, así que no pudimos dilucidar ampliamente en los comentarios por parte de los estudiantes y las personas que recogieron los resultados, sin embargo podemos mencionar que el interés mostrado por los mismo a la hora de acudir al servicio fue amplio, no solo

para recoger los trípticos proporcionados, también para realizar la prueba y para escuchar pláticas o pedir sugerencias sobre psicología en su vida cotidiana.

Dentro de estas pláticas fue indispensable explicar a los asistentes lo que comprendía la depresión, ya que muchos de los mismos antes de elaborar el tests, llegaban con esa duda y requerían información, esta plática fue constantemente dada, debido a la afluencia de la gente durante las horas en las que se estuvo en el Campo 1.

En esta se les explicaba que la depresión se considera como una actitud que se toma hacia la vida, y que esta integrada por varios factores como son los afectivos, cognitivos y conductuales, aclarando que influían, sentimientos, pensamientos y actividades y hábitos, y que por lo tanto al ser considerada una actitud puede ser negativa o en el mejor de los casos positiva y de acuerdo a la consideración que se tenga de la misma, dará una actitud y un sentimiento particular. Así mismo se les menciono algunos de los síntomas que se pueden presentar y derivar de lo que se conoce como depresión, establecidos de la siguiente manera:

- Los conductuales: pasividad, evitación, déficit en habilidades sociales, malos hábitos, etc.
- Los cognitivos: autocrítica, problemas de concentración, de memoria, e indecisión entre otros.
- Los afectivos: vergüenza, tristeza, llanto, ira, desilusión, entre otros.

El establecimiento de estos tópicos sobre los factores que pueden intervenir y derivarse de la depresión, se encamino a la reflexión de las personas acerca de los mismos y la motivación al cambio y mejora de su estado, a través de la identificación plena de los mismos.

La finalidad de la aplicación de diversas pruebas durante las ferias, no solo es la obtención de datos y el conocimiento de los mismos por parte de los asistentes a las mismas y de los terapeutas, es una buena forma de establecer una contacto entre lo que es

el terapeuta- paciente, que permita una mejor comunicación y difusión del conocimiento de lo que es y de lo que realiza el psicólogo en pro del bienestar de la salud de las personas, entendido en su dimensión completa (estado de bienestar biopsicosocial).

Así las Ferias son el espacio y la oportunidad de llegar a la población de forma directa y personalizada, situación que no realizan los carteles y propagandas, que aunque no se desmerita su valor, el contacto directo entre personas tendrá un mejor resultado.

La última de las ferias realizadas durante el periodo de mis prácticas profesionales se llevo a cabo el Día Internacional de la Mujer, del día 7 al 10 de marzo del 2005, como Feria de la Salud, con un énfasis en la Salud Reproductiva. La cual tuvo lugar en las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Cuautitlan Campo 4, en el patio frente a la biblioteca de la institución. A esta Feria acudieron, representantes de las diversas carreras del servicio de la clínica Almaraz, entre ellos: médicos, psicólogos, optometristas, odontólogos y enfermeras, además personal de distintas asociaciones como promotores de la sexualidad segura y representantes de organizaciones de la violencia contra la mujer y el derecho de esta a la sexualidad, conocida como “ddeser”

Los asistentes a esta feria se caracterizo por la comunidad estudiantil de esta facultad entre los cuales encontramos alumnos de las diversas carreras que aquí se imparten como son: administración, contabilidad, ingeniero mecánico eléctrico y médico veterinario zootecnista .

Los servicios e información que se proporciono durante esta feria consta de los siguientes:

- ▶ Toma de presión arterial

- ▶ Toma de signos vitales

- ▶ Toma de azúcar en la sangre

- ▶ Toma de peso y talla

- ▶ Cálculo del peso ideal

- ▶ Pláticas de cuidados periodontales

- ▶ Examen de agudeza visual

- ▶ Aplicación de test de depresión

- ▶ Aplicación de cuestionarios de hábitos conductuales

- ▶ Accesoría psicológica

- ▶ Pláticas y venta de libros sobre la violencia contra las mujeres

- ▶ Pláticas sobre sexualidad y venta de preservativos (distintos)

- ▶ Aplicación de vacunas contra tétanos y entrega de vitaminas

En todas y cada una de las actividades se entregaron trípticos de distintos temas, desde consejos para cuidar la salud física, trípticos sobre violencia a la mujer y sobre la celebración del día Internacional de la Mujer (ver anexo c), sobre los métodos anticonceptivos y reproducción sexual, sobre las vitaminas y vacunas que se pueden aplicar en población de edad universitaria; así como los correspondientes a psicología, como estrés, depresión, hábitos de estudios, anorexia, bulimia, comunicación, sexualidad, violencia intra familiar, comunicación efectiva.

Todas estas actividades fueron llevadas a la práctica por estudiantes, pasantes y maestros de las diversas áreas que intervinieron en todas y cada una de las actividades.

Para llevar a cabo esta feria y la exposición de los diversos puntos y temas a tratar se colocaron mamparas y mesas por cada área de especialización a lo largo del patio.

En específico con lo que respecta al área de psicología se realizaron las actividades de asesoría psicológica, exposición de temas como la función de la psicología en la salud, charlas sobre los temas de interés, en este caso la de mayor audiencia y petición se relaciono con el tema de depresión, además de darse algunas otras sobre estrés, relación de pareja etc. Así como la aclaración a las preguntas que realizaban los asistentes.

De igual manera y al igual que en la realización de las otras ferias, se llevo a cabo la aplicación de los test de depresión, el cual fue muy solicitado durante el tiempo de duración de esta feria, por lo cual una vez aplicado el test, se juntaban una cierta cantidad y se mandaba a calificar a la clínica entregando tiempo después (15 minutos aprox.) los resultados obtenidos; gracias a que como ya se menciono con anterioridad se cuenta con un sistema computarizado para la calificación del test, que nos otorga la calificación de esta escala de manera inmediata en cuanto se ingresan los datos proporcionados por el paciente; con este beneficio se pudo atender a una población mayor y de forma personalizada y eficaz al reducir la incertidumbre ante el desconocimiento de los resultados, lo cual a su vez nos permitió realizarles la invitación a acudir al servicio de psicología proporcionada en la clínica. Cabe mencionar que cada vez que regresaba un compañero con los test y los resultados que se había llevado, se llevaba una cantidad similar de test a calificar de nueva cuenta y esta fue la dinámica con respecto a la aplicación del test que se llevo durante todo el tiempo y días en que duro la feria, lo cual nos llevo a no poder entregar de forma inmediata algunos de los resultados, pidiéndoles a los estudiantes acudieran por los mismos a la clínica horas más tarde o al día siguiente. Lo cual sucedió que durante esos días no solo se tuvo participación en la feria, si no también en la clínica regresando los resultados del test a los alumnos que acudan ahí por los mismos, lo cual les facilitaba a algunos consultar un poco más sobre problemas específicos y comenzar a crear un listado de pacientes en espera de una consulta, a la cual se trato de dar respuesta lo más pronto posible. Así también se llevo a cabo la aplicación de un cuestionario de hábitos conductuales, con la finalidad de a través de un listado de

conductas y actividades que ponen en riesgo la salud, formar una conciencia en el paciente para la mejora de estos hábitos y el cambio de actividades que lo beneficien.

Además de las pláticas y la aplicación de las pruebas durante la feria, se dio consulta psicológica a quienes lo solicitaran y para ello se nos facilitó un cubículo en el edificio que se encontraba al costado izquierdo de la biblioteca, este cubículo fue proporcionado gracias a la petición que realizó nuestra jefa Blanca Aranda, para llevar a cabo la consulta psicológica durante los días en que duró la feria. A este cubículo acudieron un total de diez personas a lo largo de la duración de la feria, de las cuales cuatro ingresaron inmediatamente a intervención psicológica, asignándoseles terapeuta el mismo día.

Se puede reiterar que la participación de los psicólogos durante esta feria fue óptima y muy satisfactoria tanto para los organizadores de la misma, como para nosotros con los resultados obtenidos en nuestras distintas actividades.

Segundo, en la Aplicación y evaluación de tests y escalas de depresión y Barsit

Dentro del desempeño como profesional que se realiza en las prácticas profesionales dentro del campo de psicología específicamente en la CUSI ALMARAZ, se ha tratado de cubrir dentro de las actividades de promoción y prevención, no solo actividades encaminadas a la psicología física que afectan el ámbito psíquico de las personas, si no también se ha abordado en todos los casos los problemas considerados dentro del ámbito de lo social que dañan el aparato psíquico de las personas y que por consecuencia se refleja en parte de la salud de los mismos (salud mental).

Con ello se hace referencia a la práctica profesional en el trabajo desempeñado dentro de las escuelas de la comunidad aledaña a la CUSI ALMARAZ. Para llevar a cabo el desarrollo del servicio para estas comunidades en particular, existe una organización

con las demás disciplinas impartidas en la clínica, que se organizan y con este se realizan jornadas multidisciplinarias de Salud; así para cubrir con estas jornadas la clínica no solo cuenta con los elementos profesionales, si no también con los medios para poder atender a estas comunidades, se cuenta con un traslado en transporte de ida y vuelta hasta las comunidades de práctica el cual, tiene un horario fijo tanto de salida como de llegada lo cual obliga a todo el personal dirigido a estas jornadas a mantener una puntualidad en sus actividades. Lo cual permite se desarrolle el cometido de la clínica, de desempeñar actividades multidisciplinarias y no solo se queda en la realización de las actividades, si no que además propicia el conocimiento de la labor de los otros profesionistas con los que se trabaja, así como el intercambio de ideas para el beneficio del trabajo en el equipo que se forma.

El programa que se aplica en estas jornadas por parte del equipo de psicología se encamina a la evaluación de la habilidad intelectual en escolares con bajo rendimiento académico y esto es realizado por un interés en particular.

Dado que en la actualidad una de las preocupaciones para padres como para los educadores se centra en el desempeño escolar que presentan los niños de educación primaria, pues esta es fundamental en la formación de los escolares, dado que es la encargada de proporcionar al niño los prerrequisitos mínimos necesarios para continuar su educación.

Por lo que cuando algún niño comienza a presentar dificultades en su desempeño escolar, este suele convertirse en una fuente de preocupación tanto para la escuela, los maestros, los padres y sobre todo los propios alumnos, en donde hay una falta de comprensión con respecto a como es que estos niños no presentan un adecuado rendimiento en actividades y tareas en donde la mayoría de los niños de su grupo y de su edad muestran un dominio. Lo que lleva a generar una serie de hipótesis de los factores (muy diversos) que pueden estar relacionados con el bajo desempeño académico.

Una de las hipótesis que se puede señalar para estos problemas, es el bajo rendimiento intelectual o la baja capacidad intelectual, la que suele relacionarse en mayor frecuencia con el problema de bajo rendimiento escolar, por lo cual resulta importante evaluar la habilidad intelectual de los niños con dificultades en su rendimiento académico, con el fin de identificar si su desempeño escolar se debe a factores intelectuales o a factores de otro tipo.

Ya identificados los factores es importante destacar que en caso de que se trate de un bajo desempeño intelectual, la intervención debe ir más allá de la mera labor diagnóstica, en el cual se proponga a los niños, padres y maestros, acciones y tareas encaminadas a mejorar el desempeño cognoscitivo de los niños en las diversas áreas como son: de memoria, de atención, concentración y resolución de problemas.

Con la finalidad de ayudar al niño a superar estas dificultades y no se conviertan en un obstáculo que lleva al niño a abandonar su formación académica.

Los objetivos de este programa establecen:

- Detectar si el bajo rendimiento académico de los niños de 4°, 5° y 6° de primaria esta relacionado con su baja habilidad intelectual.
- La implementación de estrategias cognoscitivas que permitan a los niños y padres la mejora del rendimiento académico de los primeros.

Este programa fue aplicado con el siguiente Método:

Sujetos: Niños de 4°, 5° y 6° de primaria

Instrumento: Test BARSIT (Medición Rápida de la Habilidad Intelectual) (ver anexo d)

Escenario: Escuelas primarias que participan de los programas multidisciplinares de la CUSI Almaraz. Dentro de estas nos encontramos con las siguientes:

Escuela Rubén Salas Estrada

Escuela Lázaro Cárdenas

Escuela Isidro Fabela

Materiales: El tests impreso en hojas, lápices, gomas y sacapuntas.

Procedimiento:

El programa de evaluación de la habilidad intelectual de los escolares con bajo rendimiento escolar se desarrolla de la siguiente forma:

- Establecer contacto con los directores y profesores de las escuelas que participan en los programas multidisciplinarios de la CUSI ALMARAZ. Con la intención de que se remitan a los niños con bajo rendimiento académico.

Esta labor fue desempeñada por nuestra asesora y coordinadora del área de psicología. Sin embargo, mi labor como pasante era presentarme ante los directivos de las distintas escuelas que visitamos, y quienes además ya contaban con la información pertinente sobre nuestra asistencia. Así y cumpliendo con nuestra asistencia en mi caso se le presento al equipo de trabajo de psicología que visitarían las mismas realizando la aclaración de que en algunas ocasiones serían visitados por la otra sección que conforma el equipo. Además se les hacia entrega del programa de la aplicación del BARSIT, en donde se le explicaba lo que era este programa, la finalidad y la metodología a seguir durante la aplicación de el mismo. Este programa fue elaborado por los jefes de área Blanca Aranda y Emiliano Lezama; en mi caso particular tuve el contacto directo con dos directivos de las tres escuelas a las que se les brindo el servicio.

Para poder llevar a cabo la aplicación del test se le pedía a los directivos y maestro que realizaran un listado de los niños que presentaran un bajo nivel académico y una vez obtenida esta, los psicólogos acudían a los respectivos salones de 4°, 5° y 6° para solicitar la presencia de los niños que según criterios de sus profesores eran los que presentaban este tipo de problema, se trasladaban un aproximado de 15 niños al salón en donde se aplicaría la prueba, se realizaba de esta forma debido a que en ocasiones el salón

proporcionado por parte de la escuela no era lo suficientemente amplio y se compartía con los profesionales de las distintas carreras que acudían. Así que mientras nosotros aplicábamos la prueba, los médicos revisaban a otros alumnos y los optometristas tomaban su evaluación. El equipo multidisciplinario con el que nos toco viajar nos organizábamos, tomando las medidas pertinentes de tal forma que no interrumpiéramos o afectáramos el trabajo que cada área desempeñara (entre estas medidas, fueran la distribución de área del salón, de los espacios, de acuerdo a las características del trabajo a desempeñar, así como la división del salón de tal forma que cuando se aplicaba el BARSIT los niños tuvieran las menos distracciones posibles, al igual que el tono de voz de los elementos que nos encontraríamos dentro del salón). Cabe señalar que en la estancia dentro de estas escuelas y durante la aplicación del test se les respetaba su horario de receso a los niños y se les aclaraba que solo era una prueba para que nos ayudaran a realizar una revisión de los niños, aclarando que esta prueba no afectaría sus calificaciones y que no era un examen en el rígido estricto sentido que para ellos pudiera tener una prueba, esto con la finalidad de que contestaran de la manera más adecuada, sin sentirse presionados o por lo menos que la presión fuera la menor posible.

- Aplicar el Test (BARSIT), el tiempo de aplicación es de 20 minutos; realizándose la aplicación de forma grupal, no mayor a 20 niños.

La aplicación fue llevada a cabo por nosotros pasantes de psicología y supervisada por nuestra asesora.

Además esta se llevo a cabo como ya se menciona con anterioridad en aulas proporcionadas por la misma escuela en donde se estaba aplicando la prueba y la duración era de 20 minutos para cada grupo, durante el tiempo en que durase la jornada multidisciplinaria en la escuela en cuestión, que este podía ser de dos a tres horas y media. Y los días que duraba eran hasta cubrir a los niños que habían sido canalizados por los maestros y directivos y este variaba de un a tres días.

Para aplicar el test, se les indicaba a los niños que pasaran al salón previsto para esta actividad. Para el control tanto de la aplicación de la prueba como para el manejo de los resultados se estableció un orden de aplicación para los distintos grupos. El orden que se siguió fue por grados comenzando por los de cuarto, prosiguiendo con los quinto y terminando con los sextos grados; así mismo el orden del grupo fue del grupo A, B, C y solo en una escuela el D. En el caso de que los niños a quienes correspondiera el turno en la aplicación no pudiera asistir por estar realizando una actividades de su clase, se proseguía a llamar al siguiente grupo de acuerdo al orden establecido. Y en el caso de que los niños canalizados por grupo fueran muchos, se dividía el grupo en dos y se proseguía pasar una parte del mismo a realizar la prueba, mientras el otro grupo se quedaba fuera del salón a cargo de dos terapeutas, quienes realizaban alguna actividad como platicar de lo que les gustara a los niños, o el de realizar los movimientos que el terapeuta realizara. Una vez terminado el primer grupo se ingresaba a la parte restante al salón para aplicar la prueba y debido a que uno de los acuerdos con esta escuela era regresar a todos los alumnos al mismo tiempo al salón, a la parte del grupo a quien se le había aplicado la prueba, se les hacía esperar a sus compañeros junto con los terapeutas y realizaban las mismas actividades que el grupo anterior. Una vez terminado ambos grupos los terapeutas encargados regresaban a los niños a su respectivo salón en orden.

Cada niño al que se le aplicaba la prueba era sentado en una banca y en la posterior a otro y así sucesivamente, de tal forma que por banco solo hubiera uno, así mismo se les revisaba que contaran con el material que se les había pedido al salir de su salón, que era un lápiz con punta y goma, de no contar con los mismos, nosotros proporcionábamos, lápices, gomas e incluso sacapuntas a quien lo solicitara, pero antes de iniciar la prueba se revisaba que todo estuviera en orden para que ninguno de los niños se atrasara en la misma. Una vez revisada esta situación se les hacía entrega del ejemplar que contenía la prueba, se les colocaba boca abajo en su mesa y se les pedía que no le dieran vuelta hasta que se les indicara, una vez que todos contaran con la prueba, se les indicaba que las instrucciones se les daría una sola vez, que si tenían dudas preguntaran, por que una vez iniciada la prueba ya no se aclararían las mismas, entre estas instrucciones se mencionaba que tenían que responder con lápiz y marcar solo una respuesta ya que si marcaban más

de una la respuesta se anularía y por lo tanto no contaría, que tenía que ser clara la respuesta, que de no entender o saber alguna de las preguntas o respuestas, no se detuvieran y pasaran a la siguiente pregunta; y se realizó un énfasis especial en señalar que el tiempo que tenían para contestar la prueba era de 20 minutos a partir del momento en el que nosotros indicáramos y cuando terminaran estos tendrían que dejar de contestar y se les recogería su prueba. Una vez quedando claras estas instrucciones, se proseguía con las instrucciones específicas del test, se les pedía a los niños que dieran vuelta a sus hojas para quedar en la primera página y se les indicaba que la prueba contenía 60 preguntas sobre diferentes cosas y que las preguntas que aparecían en esta primera página serían contestadas junto con nosotros y se proseguía a dar lectura a la primera pregunta que venía contestada y a manera de ejemplo, establecidos los ejemplos como se indican a continuación:

Tabla de preguntas del test BARSIT

Pregunta	1.-¿Qué palabra nos dice que es una manzana?
Opciones	Libro piedra casa fruto animal
	2.-¿Qué palabra nos dice lo contrario de bueno?
	Anterior mejor malo simpático deseable
	3.- De estas cinco palabras una pertenece a una clase diferente ¿cuál es?
	Gato perro zapato caballo vaca

Tabla 6. Ejemplificación de las preguntas con las que cuenta la prueba de BARSIT.

Una vez realizadas las aclaraciones pertinentes y resuelto las dudas que pudieran tener los niños, se les daba la instrucción de iniciar a contestar su prueba, recalando que no afectaría en sus calificaciones y que no importaba si no terminaban de contestar todo, pero que lo que contestaran lo hicieran lo mejor posible, una vez mencionado estos se les daba la siguiente frase “comiencen ahora” y los niños procedían a realizar su prueba, los terapeutas revisaban constantemente que los niños no trataran de copiar a los compañeros y que no se entretuvieran en una sola pregunta animando a que contestaran lo mejor posible y la mayor cantidad que pudieran. Una vez transcurridos los 20 minutos, se les daba la siguiente indicación “levanten su lápiz, la prueba terminó”, los niños levantaban la mano y los terapeutas pasábamos a su lugar a recoger las pruebas, mientras se recogían se les pedía a los niños que tomaran sus cosas y que devolvieran el material que se les hubiese prestado (en

caso de ser así) a la vez se revisaba que cada prueba contara con los datos pertinentes de cada alumno, datos que se muestran a continuación.

Apellidos:		
Nombres:		
Edad:	Fecha:	
Puntos:	Normas:	Percentil

Tabla 7. Datos personales que contiene la prueba de BARSIT

En lo que respecta a los datos eran llenados por los propios alumnos y el recuadro en blanco era llenado con el grado y grupo al que pertenecían y en lo que respecta al recuadro de hasta abajo, era llenado por los terapeutas a la hora de calificar el BARSIT, en el primer recuadro se colocaba el puntaje total de aciertos que había dado la prueba contestada, las normas y el percentil eran establecidas por una escala de medición que contiene la prueba y con base al puntaje obtenido.

- Calificación del test

Los instrumentos aplicados eran llevados a la CUSI de Almaraz y ahí eran revisados todos y cada uno de ellos y de acuerdo a los resultados obtenidos eran clasificados de acuerdo a los puntos obtenidos y el grado escolar en curso en una tabla valorativa, que nos permite obtener el nivel intelectual de los niños a los que se les aplicó el tests y establecer los resultados de nivel que variaba de Muy inferior a Excelente, con Inferior, Mediano y Superior en medio de estos.

Una vez obtenidos los resultados y clasificados de acuerdo a los mismo, se capturaban los mismos en la base de datos correspondiente a este programa y posteriormente se le entregaban las pruebas calificadas en un orden, así como los datos capturados a nuestra asesora, y en esta parte del proceso culminaba mi participación en esta práctica en particular, ya que la gráfica de resultados, así como la elaboración del reporte final era llevada a cabo por la Licenciada Blanca Aranda y el Licenciado Emiliano

Lezama nuestros jefes inmediatos y asesores quienes se encargaba de establecer la devolución de los mismos a la escuela de los niños, así como de las propuestas de implementación de las estrategias pertinentes para ayudar a los niños que de acuerdo al tests presentaron dificultades intelectuales.

Con lo que respecta a la calificación de la prueba, cabe señalar que esta se lleva a cabo de manera rápida y fácil, ya que para tal efecto se cuenta con una hoja guía que contiene las respuestas correctas, así como una tabla que indica de acuerdo al puntaje obtenido una interpretación cualitativa de la prueba.

La interpretación obtenida del puntaje y de la comparación con la tabla de calificación esta dada en los llamados percentiles que son unidades de medición para esta prueba y corresponden a los siguientes:

- Muy Inferior (MI)
- Inferior (I)
- Mediano (M)
- Superior (S)
- Excelente (E)

¿Qué se obtuvo de los resultados?, bueno pues con todos las pruebas de las distintas escuela y grados calificados, se da cuenta de que las muestras señalan un marcado bajo rendimiento académico en la población estudiantil de los grados y escuelas visitadas, esto con base de que el percentil obtenido con mayor frecuencia en las pruebas fue el señalado como MUY INFERIOR, acompañado muy de cerca por el percentil de INFERIOR y destacando que al menos en las pruebas aplicadas fueron muy pocos los alumnos que obtuvieron un percentil de mediano o superior e incluso solo dos de los niños que realizaron la prueba obtuvieron el máximo percentil señalado como excelente. Por lo tanto, los percentiles a los que se considera hay que poner mayor atención para la aplicación de las estrategias pertinentes para mejorar su rendimiento académico son los que obtuvieron un mayor puntaje MI y I tomándose como una señal de alerta que permita

a los padres, profesores, directivos y profesionistas una intervención adecuada y necesaria para optimizar el desarrollo de dichos niños.

A manera de ejemplificación a continuación se darán algunos ejemplos de los datos obtenidos, de un grupo específico por cada escuela en la que se realizó la prueba. Antes se muestra la escala de medición de la prueba.

Grado escolar	Muy Inferior (MI)	Inferior (I)	Mediano (M)	Superior (S)	Excelente (E)
4°	Hasta 23	De 24 a 27	De 28 a 34	De 35 a 39	Más de 39
5°	Hasta 30	De 31 a 33	De 34 a 39	De 40 a 43	Más de 43
6°	Hasta 34	De 35 a 37	De 38 a 43	De 44 a 46	Más de 46

Tabla 8. Parámetros de calificación del BARSIT, en grados escolares, puntaje y centil perteneciente.

Datos del grupo 4° "X" de la escuela Rubén Salas

ALUMNO	Edad	Grupo	Puntaje	Percentil
1	9	4° "X"	23	MI
2	9	4° "X"	20	MI
3	9	4° "X"	20	MI
4	11	4° "X"	24	I
5	10	4° "X"	34	M
6	9	4° "X"	25	I
7	9	4° "X"	29	M
8	10	4° "X"	36	S
9	11	4° "X"	26	I
10	9	4° "X"	20	MI

Tabla 9. Resultados arrojados del BARSIT en donde:

MI = muy inferior

I = inferior

M = mediano

S = superior

Datos del grupo de 4° "X" de la Escuela Lázaro Cárdenas

ALUMNO	Edad	Grupo	Puntaje	Percentil
1	10	4° "X"	30	M
2	9	4° "X"	20	MI
3	9	4° "X"	20	MI
4	9	4° "X"	22	MI
5	10	4° "X"	19	MI
6	11	4° "X"	27	I
7	9	4° "X"	25	I
8	11	4° "X"	23	MI
9	9	4° "X"	21	MI
10	10	4° "X"	34	M

Table 10. Resultados arrojados del BARSIT en donde:

MI = muy inferior

I = inferior

M = mediano

Datos del grupo de 4° “X” de la Escuela Isidro Fabela

ALUMNO	Edad	Grupo	Puntaje	Percentil
1	9	4° “X”	22	MI
2	9	4° “X”	25	I
3	9	4° “X”	20	MI
4	10	4° “X”	21	MI
5	10	4° “X”	25	I
6	10	4° “X”	27	I
7	9	4° “X”	26	I
8	9	4° “X”	22	MI
9	10	4° “X”	21	MI
10	10	4° “X”	41	S

Table 11. Resultados arrojados del BARSIT en donde:

MI = muy inferior

I = inferior

S = superior

Como se puede ver en esta muestra de los resultados obtenidos por alumnos de cuarto grado de las distintas escuelas, los percentiles que más se presentan son los señalados como MUY INFERIOR y el señalado como INFERIOR, lo cual nos ayuda ejemplificar lo antes ya mencionado con respecto a que el nivel académico de estos alumnos es muy bajo y que resalta la necesidad de una intervención que permita mejorar el desarrollo de estos niños para obtener un desempeño óptimo y adecuado a su nivel escolar.

A reserva de establecer un análisis más detallado sobre los casos en particular antes señalados y de todos y cada uno de estos niños, nos lleva a presentar una relación entre el bajo rendimiento escolar con la baja capacidad intelectual de los niños, lo cual nos lleva a reflexionar sobre la impotencia de la intervención psicológica en estos casos y sobre la implementación de actividades específicas que permitan conocer de manera más óptima y adecuada los factores que están interviniendo en esta problemática para los niños, y 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 en las diversas actividades escolares. Así mismo, es pertinente señalar la realización de actividades como estas en diversas escuelas no solo en las aledañas a la clínica de Almaraz.

Cabe señalar que como ya se menciono nuestro grupo no fue el único que realizo la aplicación de esta prueba en todas y cada una de las escuelas visitadas por lo que se mantuvo constante coordinación y comunicación con la otra parte del equipo de trabajo de psicología a manera de que los datos fueran manejados adecuadamente, así como la aplicación de las pruebas, manejo de los grupos y la entrega de los resultados, por lo que me resulta grato mencionar que el trabajo no se establecía como en grupos divididos, si no más bien como un gran equipo de psicología, que considero obtuvo grandes resultados tanto para la clínica, la comunidad y para nuestro desarrollo tanto profesional como personal.

Podemos señalar también a este respecto la consideración de algunas situaciones que en parte se podían vislumbrar como problemas e interferencias en la aplicación de mismo tests, entre los cuales: la asignación del espacio para la realización de la valoración, ya que tenia que ser compartido con los profesionistas de las demás carreras, ya que aunque se intento tener dentro de nuestras posibilidades las mejores condiciones para la aplicación de la prueba, se considera una desventaja debido que al tratarse de una prueba de preguntas de conocimiento en forma de cuestionario se requiere de la mayor concentración posible y la menor distracción, lo cual al ver los niños a otros profesionistas y a otros niños realizando diversas pruebas distintas a la suya, les causaba curiosidad y por lo tanto se consideraba un problema el espacio; es entendible que la escuela no puede proporcionar espacios lo suficientemente adecuados para este tipo de servicios, lo cual nos podría llevar a pensar en la necesidad de seguir brindando este tipo de apoyo mediante las jornadas de salud, no solo a unas cuantas escuelas, si no a todas y no como requisito de las mismas, si no como parte de la preocupación en la mejora educativa de los niños de nuestro país; sin embargo, cabe destacar la labor de docentes padres y profesionistas (como los de la clínica) que muestran no solo una preocupación por sus hijos en edad escolar, si no también una aceptación de los mismos programas y beneficiándose de los resultados que estos le traen a su comunidad.

Otro de los problemas con el que nos enfrentamos fue la idea que algunos de los maestros manejaban ante la aplicación de esta prueba, ya que debido a que ellos eran los que canalizaban a los niños, se les explicaba de la manera más clara posible la función y el porque de la prueba, con la finalidad de dar una instrucción correcta con respecto a la consideración de estos alumnos, para que no fueran etiquetados tanto por ellos como por los maestros, ni por sus compañeros a manera de evitar algún problema para estos niños que resultara contraproducente con su desarrollo, por eso se les sugirió mencionar a los niños, que algunos de estas nos ayudarían a realizar unos ejercicios como un trabajo en conjunto y que eran seleccionados por su maestra, en ningún caso se les menciona que fuera por sus bajas calificaciones. Así mismo se les agradecía a los niños que participaran en esta actividad tanto al principio de la prueba como al finalizar la misma y ante la pregunta de ¿porqué? habían sido elegidos, se les indicaba que se les había elegido al azar ya que nosotros no los conocíamos; esto con la finalidad de disminuir el estrés y la presión que pudiera ejercer sobre ellos la prueba, al ser considerada por los niños como un examen para sus calificaciones.

También existió la aclaración a los profesores de que los niños solicitados para esta prueba solo se requería a los niños que tuvieran un bajo rendimiento académico y se abstuvieran de mandar niños que no presentaran problemas de esta índole pero si de otro tipo (como emocionales, conductuales, etc.) para estos casos se recomendó canalizar a los niños junto con los padres al servicio de psicología en la CUSI Almaraz.

Así mismo, hay que reconocer que pese a las dificultades que nos pudiéramos enfrentar en la asistencia a las comunidades, la labor y desempeño de nosotros como psicólogos fue óptima y eficiente, además de profesional ya que logramos adecuarnos y comprender las situaciones, resolviendo los obstáculos de la mejor manera posible y cumpliendo con el servicio lo que nos llevo a obtener resultados gratificantes a nuestro desempeño profesional. Y mencionar que los demás profesionistas de las distintas carreras con los que participábamos en estas intervenciones a la comunidad, respetaron nuestra labor sin dejar de realizar la suya y ubicándonos en un equipo multidisciplinario equitativo y competente en todas sus áreas.

Servicio de Consulta Psicológica

Dado que la finalidad de esta actividad profesional es poner en práctica nuestros conocimientos adquiridos a lo largo de nuestra formación académica, cabe señalar que esta función fue más valiosa con forma a la intervención de mi asesora Blanca Leonor Aranda Boyzo, al enriquecer y pulir mis conocimientos a través de sus consejos y orientación en cuanto a las dudas y progreso de las sesiones psicológicas con todos y cada unos de mis pacientes, mostrando respeto a mi trabajo y confianza para desempeñar y apoyarla en diversas actividades.

Con respecto a esta función, como ya se mencionó con anterioridad es llevada a cabo tanto por estudiantes del servicio social como por los pasantes de psicología, en un horario de atención de lunes a jueves de 9:00 hrs. A 14:00hrs., tomando la primera consulta alas nueve de la mañana y la ultima a las trece horas para dar terminó a las catorce horas, esto de manera formal. Sin embargo, cabe mencionar que en el servicio tanto de asistencia psicológica, como en el taller de estimulación temprana, comenzaba de quince a 20 minutos antes de la hora señalada, para la organización de los expedientes y para dar informes a los pacientes de nuevo ingreso, así como para que en el taller de estimulación temprana se llevara a cabo la valoración correspondiente de los niños de nuevo ingreso, en colaboración con el equipo de enfermería.

Por otro lado es importante mencionar que con base a la demanda del servicio de psicología en los últimos meses(de Febrero del 2004 a Septiembre del mismo año) por parte de la comunidad aledaña a la clínica (comunidad de Cuautitlan) se ha ampliado la atención del servicio de psicología, coordinados por algunos profesores de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala quienes cubren el horario de 12:00 hrs. a 15:00 hrs. de lunes a viernes.

En la consulta psicológica se manejan los siguientes criterios; de cinco a seis sesiones, con una duración aproximada entre los cincuenta y sesenta minutos, según lo requiera el paciente. Cada paciente se maneja con un control personal, que consta de un

carnet, el cual contiene sus datos generales, el numero de expediente así como sus citas y los profesionales que le asisten (dado que el carnet funciona para todos los servicios que ofrece la clínica), el cual es requerido para solicitar el servicio, así como para pagar el mismo. (ver anexo e)

Además del carnet que permite el control tanto del paciente como de los servicios que recibe, se lleva un control particular en el área de psicología a través de una libreta de registros de fecha de ingreso, así como de las citas del paciente, su asistencia, como del terapeuta que lo atiende, lo cual permite un control no solo del paciente, sino también para la distribución de citas de los pacientes de nuevo ingreso así como del terapeuta y los espacios de acorde a los horarios establecidos y disponibles con los que se cuenta.

Un ejemplo de la forma en como se lleva a cabo el manejo de esta libreta sería la siguiente:

Fecha: Martes 1 de Marzo del 2005

Hora	Paciente	Edad	Teléfono	Terapeuta	# expediente	Cubículo
9-10	Enrique R	5 años	4567890	Ángeles H.	098 123	1
9-10	Sergio P.	22 años	4536728	Pedro M.	237 876	3

Tabla 1. Manejo y control de datos en la libreta de citas (datos no verídicos)

Los pacientes que acuden por primera vez al servicio de psicología de la clínica, en su mayoría lo hacen directamente al cubículo de información del mismo y enterados por la promoción realizada en los alrededores acerca de este servicio, otros lo hacen enterándose del servicio a la hora de acudir a algún otro servicio en la misma clínica (como a consulta médica y odontológica, entre otros) y unos más acuden canalizados por otros profesionistas de la misma clínica en su mayoría por los médicos.

Una vez que acuden al servicio se les informa de manera clara, breve el panorama general de los que ofrece la psicología en el caso particular por el que asiste el paciente, e incluso para aquellos pacientes canalizados de otras áreas y que les resulta difícil acercarse al servicio de psicología (por desconocimiento del mismo, o por pena entre otros factores) la labor del psicólogo quien da informes comienza desde aquí, en tratar de darle una idea

correcta de lo que es el servicio de forma que le resulte clara al paciente, así de los beneficios que puede obtener al asistir al mismo servicio, como una visión de que se está ahí para ayudarlo a sentirse mejor y poder tener una vida más saludable y agradable.

Con lo cual en ocasiones el paciente decide tomar la consulta inmediatamente después de haberle proporcionado la información pertinente al respecto del servicio, y se le asigna y presenta al terapeuta que pueda atenderle en el momento y se comienzan los trámites para ingresarla a la lista de pacientes en tratamiento psicológico; sin embargo, hay algunos otros paciente que deciden pedir la cita para un día más cómodo para ellos y en un horario específico. En cualquiera que sea el caso se sigue los mismo lineamientos. En primer lugar, el de asignarle a un terapeuta de los disponibles a manera de no saturar a algún terapeuta y dejar a otros sin paciente, así como su cubículo, el terapeuta es el encargado de acompañar al paciente al área de caja para pagar su apertura de expediente que tiene un costo de \$25, con la sesión incluida, posteriormente se pasa al área de archivo en donde se realiza la apertura de expediente, el cual contiene un número único para el manejo del mismo y que iba escrito en su carnet el cual acompaña al expediente así como una entrevista inicial específica para el área de psicología (lo que se conoce como entrevista de primera vez)(ver anexo f). Posteriormente el terapeuta pasa al cubículo de información de psicología a registrar a su paciente en la libreta de control, proporcionando los datos que se piden de la misma, y pasa al cubículo asignado a realizar su trabajo que incluye la entrevista de primera vez. Una vez terminada la sesión el terapeuta acuerda el día y la hora asignada con el paciente y se registra en la libreta, dejándose ese día, esa hora asignados al terapeuta; al igual que el cubículo, por lo cual la asistencia del paciente a terapia por lo general es de una vez a la semana, a menos que el terapeuta acuerde otra cosa. Y señalándole al paciente que el costo de las sesiones siguientes es de \$15.

La finalidad de la primera sesión en especial de la entrevista de primera vez de la realización del expediente, es obtener, los datos familiares, geográficos y personales (que hacen referencia a la situación por la cual acude el paciente), los cuales le brindan un apoyo al psicólogo y a otros profesionales al tratamiento y seguimiento de cada paciente,

debido a que como se mencionó con anterioridad el trabajo realizado en la clínica es inter y multidisciplinario, por lo cual, dicho expediente además de contener los datos obtenidos sobre psicología, se tiene los datos de algunos otros servicios que reciba o a los cuales haya acudido el paciente, como son los datos médicos, de odontología, de enfermería, etc., según la utilización del paciente, lo cual le ofrece un trato más holístico. Cabe mencionar que a pesar de teóricamente tener señalado un aproximado de 5 a 6 sesiones para llevar a cabo el tratamiento psicológico, no se establece como una ley, estas sesiones dependerán del paciente y de lo acordado con su terapeuta y oscilarán en estas o alrededor de las mismas.

Así dentro del proceso que se lleva durante la intervención psicológica nos encontramos con lo siguiente. Con un proceso en el cual se establece una guía y un control facilitados por una óptima comunicación en la relación paciente-terapeuta. En esta relación y de acuerdo a los objetivos establecidos en cada caso, se le da un panorama del establecimiento, función y seguimiento de este proceso terapéutico en términos sencillos para el paciente, los cuales de alguna forma establezcan el compromiso por ambas partes y en este caso se facilite al paciente la aplicación de los denominados insights, que le ayuden no solo a dar solución y manejo a los problemas por los cuales acude al servicio; si no también le permitan manejar de una forma más óptima su vida cotidiana.

Los casos que aborde durante el servicio psicológico, en su mayoría fue gente que llegó pidiendo el servicio directamente al modulo de información de psicología, y sólo uno de ellos era remitido por parte de su profesora escolar.

La demanda de pacientes a esta área de la clínica es muy frecuente; sin embargo un porcentaje de la misma suele dejar el servicio, por distintas razones entre las cuales encontramos: motivos personales, económicos, de tiempo, por falta de seguimiento (ya sea por que los psicólogos son cambiados según los periodos semestrales a lo cual los pacientes no se adaptan). Y a pesar de no ser esta la única actividad que realicé durante mi estancia en la clínica, debido a las otras en las que fui participe antes mencionadas, logré

realizar adecuadamente esta función durante un plazo idóneo, gracias a la ayuda de los estudiantes del servicio social y a mis compañeros pasantes.

Bueno con respecto a los pacientes que atendí a lo largo de estos seis meses se distribuyen de la siguiente manera: Tuve una intervención en crisis de una adolescente de 12 años de edad, la atención de cuatro pacientes niños entre la edad de 4 a 6 años, cinco pacientes entre las edades de 20 a 28 años y dos adultos de 32 y 44 años de edad, del total de estos pacientes, en niños se encontraban tres del género masculino y uno del género femenino, de los adultos uno de cada género y de los jóvenes cuatro de género masculino y uno del género femenino. Formando un total de 11 pacientes y una intervención en crisis o asesoría psicológica urgente.

Del total de estos pacientes los motivos por los que se les atendió se enumeran a continuación:

Niños:

- Una atención por problemas de conducta
- Uno por problemas de lenguaje
- Dos por problemas académicos

Adultos:

- Uno por depresión al padecer diversas enfermedades (hipertensión, tiroidismo, tumor renal).
- Uno por problemas de pareja

Jóvenes:

- Uno por problemas de comunicación
- Uno por problemas de habilidades sociales
- Uno por problemas de agresividad
- Uno por problemas de pareja
- Uno por problemas de autoestima

Orientación en crisis:

- Esta fue dada a una joven de 12 años de edad quien había sido abusada sexualmente por su padre y se lo había confesado a su madre el mismo día en que acudieron a la clínica por orientación, así que la orientación se les dio a ambas, pero de forma especial a la madre.

De todos estos casos aunque en su motivo de consulta presentaran demandas similares o problemas parecidos, se proporciono una intervención adecuada a la persona tomando en cuenta las siguientes características: como son el género del paciente, la finalidad al acudir a consulta, así como los recursos de apoyo con los que cada uno contaba, dadas las características psico- biológicas y sociales que los conformaban como persona. Tomando en cuenta el fundamento teórico de la psicoterapia breve intensiva, en cuanto a la utilización de los apoyos, tanto médicos, económicos, psicológicos, familiares y sociales con los cuales pudiera contar el paciente y enfocados de acuerdo a la problemática que presentara.

Como se puede observar los casos son distintos por si, pero representativos y significativos para el desempeño del psicólogo como profesional y a su vez para exponer en el presente reporte; sin embargo, solo ejemplificaré la intervención psicológica con cinco casos, los más significativos de los once casos tratados, y son los que describiré a continuación.

Valeria y los berrinches

Valeria es una niña de cuatro años de edad, hija única de madre de 42 años y padre de 46 años, con 14 años de casados. La niña acude a la escuela preescolar todos los días en un horario de 9 de la mañana a 2 de la tarde. Es llevada al servicio de psicología acompañada por ambos padres, quienes mencionan llevar a la niña al servicio bajo la demanda que a continuación se describe.

- “ Nosotros traemos aquí a Vale porque es muy “berrinchuda” y no obedece a lo que nosotros le decimos.”

En primer lugar en esta primera sesión se intento aclarar diversos puntos para establecer una base sobre la demanda por la cual acuden al servicio y para ello había, que acordar que era lo que se estaba entendiendo por “berrinches”, a lo cual el padre menciona que esto era que Valeria al no querer realizar diversas actividades como pararse temprano, vestirse, comer o ir a la escuela, comenzaba a llorar, patallar y que en ocasiones se tiraba al piso. Y mencionaron que dejaba de realizar estas conductas cuando ambos o uno de los padres cedían ante la petición que ella tenía de hacer lo que ella quería, ya fuera no ir a la escuela, no comer, etc.

Una vez establecido que por berrinche se entendían las conductas que Valeria realizaba como llorar, patallar entre otras y que eran hechas con el fin de obtener lo que ella quería. El interés se estableció en como era que los padres actuaban ante esta situación, como era que respondían o que medidas habían tomado y la forma de aplicarlas al respecto.

Durante el relato de las medidas que tomaban, los padres, constantemente se contradecían en cuanto a la narración del motivo y de cómo ocurría el problema. Por un lado el padre mencionaba que la madre tenía muy consentida a la niña permitiendo que esta realizara todo lo que quería y cuando quería, e incluso pasando por alto algunas ordenes que el papá le daba a la niña.

° “Es que yo creo que mucho tiene que ver, por ejemplo ,con que ella; si yo llego a la casa y le digo a mi hija que se pare del suelo porque no me gusta que juegue ahí, ella luego sale y me contradice diciendo: déjala que juegue, y le dice a la niña, tú sigue jugando.” Y yo creo que eso no debe de ser así y por eso es que la niña es así.

Mientras que por su lado la madre mencionaba que el padre era poco tolerante ante la actitud de la niña, ya que quería que todo se realizara en el momento y de la forma en como él quería, ya que de lo contrario era no aprobatoria la situación o actividad para él.

◦ “Con el no se puede hablar, siempre quiere que ella ni juegue, ni quiere jugar con ella, no le gusta que se suba las escaleras, que ande por el piso, que se ensucie las manos, o que deje los juguetes tirados y yo creo que es una niña y que debe jugar como tal. Además de que no le gusta que la mime o que la consienta y yo eso no lo veo mal”

Además mencionaba que el padre no tenía tiempo suficiente para dedicárselo a la niña a pesar de no tener trabajo.

Al preguntarle sobre lo que realizaban cuando la niña les realizaba algún berrinche, mencionaron que ambos optaban después de un tiempo en otorgarle lo que la niña pedía, pero que a la vez esto les traía discusiones a ellos como pareja.

Durante esta primera sesión se les pidió a ambos padres que cada uno escribiera que esperaba que el servicio les otorgara, que cambios desearían ver en su hija y que estarían dispuestos a realizar para lograr tal fin.

En la segunda sesión se les pidió a los padres que mostraran lo que se les había pedido en la sesión anterior, por un lado el padre menciona que él esperaba que su hija obedeciera lo que ambos como padres le pedían que hiciera, que hiciera por ya no depender tanto de la madre, y que dejara de hacer los berrinches que tanto le molestaban a él y que él haría lo que el terapeuta le dijera con tal de ver cambios en su hija. Por su parte la madre menciona que ella quiere que la niña deje de hacer berrinches y que los obedezca un poco más, además de que también buscaba que su hija pudiera jugar con un poco más de libertad por parte de su padre, y que para ello estaba dispuesta a cambiar actitudes que consideraran ellos con ayuda mía como terapeuta considerara adecuadas para que las cosas fueran mejor. Con ello se observó que los padres tenían ideas algo parecidas con respecto a lo que querían de su hija; sin embargo, también se pudo ver que de alguna

forma buscan un cambio con respecto a la actitud que el otro toma ante la hija, en la madre como mimar a la niña y en el padre como ser poco tolerable con ella.

Así mismo se les explicó a los padres que la formación en los hijos, de conductas y desarrollo ante ciertas situaciones de la vida cotidiana tanto para intervenir, como para enfrentar, se relacionaba en gran medida con la educación que los padres le brindaban a los hijos, se les menciono que los niños necesitaban de reglas para cada lugar en donde se desarrollaban las cuales le permitieran que este desarrollo fuera acorde con lo que se esperaba del momento en el que estuviera bajo estas, se les explicó que cada contexto en el que participamos como la casa (haciendo diferencia a la casa propia y de familiares) la escuela, la iglesia, e incluso la calle se regía bajo cierto tipo de reglas que nos llevaba a comportarnos de forma distinta en cada lugar. Poniendo diversos ejemplos como que a lo mejor en mi casa puedo ver la tele mientras comemos y en casa de mi abuela no se puede, que en mi casa puedo desplazarme a todo lugar a la hora y en el momento que yo quiera y en la escuela no; así se les dieron ejemplos hasta que ambos mencionaron que habían comprendido lo que les estaba explicando, dándome ejemplos de su vida cotidiana.

Una vez clara la situación de cómo cambian las reglas se les menciono que estas son puestas en su caso por ambos, las cuales deberían ser claras y respetadas por todos los miembros de la familia y acordadas por los mismos, así al estar en consenso y llegar a un acuerdo, serian más fácil de llevar a cabo. Para ello también se les dio ejemplos, si un profesor acuerda con sus alumnos que el límite de tolerancia para comienzo de la clase es de 5 minutos exacto y en ello se queda por todo el grupo o por mayoría, el profesor tiene el derecho de que si no se cumple tal regla aplique las sanciones también acordadas para ello y sin excepciones al menos que también se hayan establecido. Por lo cual, se preguntó a ambos que si existían reglas de estas en su hogar y cuales eran, intentaron mencionar algunas pero fueran cuales fueran eran desacreditadas por el otro padre al decir que no se cumplían. Ejemplo de esto es lo siguiente:

El padre menciona: que no le gusta que la niña ande en el suelo y que prefiere que juegue en la mesa a colorear o con sus juguetes, pero que su esposa siempre le dice ala

niña que no le haga caso y que puede jugar en el suelo. Por su parte la madre menciona que ella intenta que la niña no se levante de la mesa hasta que haya terminado su comida, pero que su esposo siempre la deja levantarse antes de tiempo.

Por lo que con ejemplos como estos, se puede ver que la niña no tiene una idea establecida de lo que ella puede hacer o no dado que los padres no se ponen de acuerdo en esto mismo y por lo tanto, no han establecido reglas para los miembros de la familia.

En esta misma sesión nos quedamos a solas con la niña para ver su comportamiento y lo que ella nos platicaba de lo que pasaba. La niña se quedó de forma tranquila conmigo y comencé a contarle una historia ficticia, elaborada para niños de su edad, en la cual la historia tenía que ser completada por ella señalando lo que debía hacer el personaje ante diversas situaciones. Por ejemplo, la historia nos menciona a un niño que tiene que elegir entre hacer caso a sus padres y decir el por qué, y hacer lo que él quiere y mencionar también el por qué. Ante diversas situaciones del cuento como “Pedro, quiere salir a jugar con sus amiguitos, pero aun no ha terminado de comer y sus padres le piden que termine de comer, ¿qué debe hacer Pedro? 1.- salirse sin terminar de comer. 2- comer y después salirse a jugar, para esta situación la niña escogió la respuesta adecuada al cuento, que era de hacer caso a los padres, mencionando la razón de que ellos eran quienes sabían más y por lo tanto teníamos que obedecer y que además si comía después podría salir a jugar. Esto nos podría llevar a pensar por un lado, que los niños responden a las situaciones para obtener lo que quieren y saben la forma en como lograrlo, pero que diferencian las jerarquías que pueden darse, como es que esta niña lo sabe, si sus padres no han mostrado su jerarquía, es por que acude a la escuela desde que tenía dos años y en donde no presenta ningún tipo de problema en ningún aspecto y donde mencionan los padres que la maestra no tiene queja alguna de su comportamiento y ello a la vez puede deberse a que la escuela a la que asiste Valeria tiene reglas claras como no llegar tarde, terminar de desayunar en un tiempo determinado, realizar las actividades que se les van pidiendo y sabe que de realizarlas o no realizarlas se encuentra con consecuencias diversas que le pueden resultar agradables o desagradables según el caso.

Así que en esta sesión se les pidió a los padres un listado en familia de reglas que deberían de seguirse en su hogar así como las consecuencias de las mismas, deberían de ser tomadas por ambos y relacionarse con diversas conductas de Valeria que quisieran cambiar.

Debido a lo obtenido en la segunda sesión, durante la tercera sesión se hablo con los padres a solas, llevando a la niña con un terapeuta que me hizo el favor de jugar con ella mientras hablaba con sus padres. En primer lugar se volvió a enfatizar en que los comportamientos de los niños son el reflejo de los comportamientos de nosotros como adultos y que intervienen muchos factores para que esto se lleve a cabo, por lo cual había la necesidad de que ellos como padres comenzaran a platicar y organizar entre ambos las reglas, actividades, sanciones o situaciones con respecto a su hija, que se establecerían de común acuerdo y que serían respetadas por ambos. Después de una charla larga sobre los ejemplos de reglas que podían poner y la forma en como practicarlas, propuestas tanto por ellos como padres y por mí como terapeuta y aclarando algunas dudas que surgieran en el momento. Comenzaron a salir comentarios con desacuerdos a lo que uno de los padres proponía por parte del otro. Comenzaron a salir situaciones que se consideran como problemas de pareja, situaciones como que la madre era quien proveía el sustento familiar y que el padre no encontraba trabajo. Comentarios de que el se iría al extranjero y solo mandaría para el sustento de ambas y para comprase una casa que fuera de él y decorarla a su gusto ya que en la que vivían en la actualidad pertenecía a su esposa por una herencia y estaba decorada al gusto de ella ya que el sentía no tener derecho a opinar por no haber invertido en ella. Lo cual nos permitió darnos cuenta de que eran los problemas de pareja los cuales repercutían en la situación que se estaba dando con Valeria y que era necesario además de trabajar en la situación de la niña, sugerir que se trabajara en la situación de pareja para mejora de la misma.

Aun así como la demanda principal estaba enfocada al comportamiento de su hija, para la cuarta sesión se les entrego un listado de las actividades y la forma en como se llevaba a cabo el seguimiento de instrucciones, el establecimiento de reglas, así como las sugerencias al prohibirle algo o querer cambiar de una actividad no deseada a una

deseada. Bajo los siguientes principios, toda la regla es establecida de acuerdo a las ocasiones y acordadas para todas las personas que se hagan cargo del cuidado de la niña. Ejemplo de esto: Enseñar y dejar que la niña se vista sola por las mañanas y solo brindar la ayuda en caso de considerar necesario y que la niña por el momento no sea capaz de realizarlo, como lo pudiera ser amarrar la agujetas del zapato.

No levantarse de comer hasta no terminar los alimentos servidos, sin excepción, cuando la niña juegue en el piso o se columpie de las escaleras cambiar esta actividad no deseada por una deseada con la siguiente frase. “Mira mejor ven y vamos a realizar esto otro (actividad deseada)” .El establecimiento de reglas debe estar encaminado al cumplimiento de las mismas y de lo contrario en el caso de esta niña no se permitiría el uso de su televisor, de sus juguetes, entre otras cosas que los padres considerasen pertinentes. Este se establecía como trabajo para realizar en casa.

El trabajo llevado a cabo en la clínica con esta niña consto de las siguientes actividades:

- actividades de lectura de cuentos para desarrollar la noción de correcto e incorrecto ante ciertas situaciones (dos lecturas por sesión)
- actividades de juego para enseñar los conceptos de ayuda, de cooperación, de competencia.
- Actividades organizadas con otros dos niños con juegos en donde no siempre obtuvieran lo que ellos quisieran (los niños estaban en atención psicológica con otros dos terapeutas, y esto se llevo a cabo durante la sesión seis)
- Actividades para el desarrollo psicomotor de la niña, como control de peso, equilibrio, entre otras, como las encaminadas a el aprendizaje para vestirse sin ayuda

Estas actividades se llevaron a cabo de la sesión cuatro al sesión siete, que fueron el total de sesiones que tuvo esta niña, con la participación de ambos padres realizando las tareas en casa y estableciendo un orden en cuanto a las actividades y educación de su hija. Que es pertinente señalar que a partir de la quinta sesión la madre acudió sola con la niña

y el padre solo las recogía. El trabajo en conjunto, aunado a la capacidad de la niña para aprender permitieron obtener buenos resultados, ya que cada sesión la madre reportaba que el comportamiento de su hija era mejor cada día, y los berrinches en la última sesión casi habían desaparecido. Para lo cual, en la última sesión ambos padres mostraban satisfacción con el trabajo realizado por ambas partes y con lo logrado hasta el momento. Es importante señalar lo siguiente, en primer lugar las sesiones de esta niña tuvieron lugar una vez a la semana, lo cual permitía ver los avances entre sesiones, en segundo lugar el trabajo de los padres se vio reflejado en el comportamiento de la niña ante su presencia, ya que en la primera sesión la niña los interrumpía constantemente, les pedía que se paran del asiento y cuando los padres le pedían que se mantuviera quieta, se enojaba y comenzaba a subirse en ellos y en las dos últimas sesiones, en el momento en que los padres (en la sexta sesión solo la madre) le dieran una indicación, la obedecía.

En cuanto a la niña, en la última sesión demostró un buen trabajo en equipo, un buen seguimiento de instrucciones, así como el amarrarse las agujetas por si solas (con dificultad y no muy bien pero lo realizó sola). Lo cual en esta última sesión con la niña me llevo a explicarle a los padres que las reglas y los acuerdos, así como la comunicación de lo que se busca en común nos lleva a tomar actitudes que nos facilitan la vida cotidiana y que situaciones como la que pasaban con su hija, no son complicadas de resolver y una vez lográndolo se pueden resolver algunas otras que pudieran estar relacionadas con la misma.

En lo que respecta a este caso me gustaría concluir señalando que aunque para muchos profesionistas el trabajo con los niños les resulta pesado, considero que se debe a la falta de entendimiento con los mismos debido a que estamos acostumbrados a especificar lo que queremos (aunque no siempre); sin embargo, el trabajo con niños resulta muy satisfactorio y hasta cierto punto fácil, por que se encuentran en la etapa de formación en donde es posible re-educar para lograr cambiar los comportamientos inadecuados por adecuados y si se realiza mediante actividades placenteras para los niños como lo es el juego suele ser mas provechoso.

Por lo cual, el trabajo realizado con esta niña en lo personal me dio grandes satisfacciones por ver los avances con ella misma y con los comentarios de los padres, lo que hacen que me sienta a gusto con mi profesión. No podía dejar de mencionar que a lo largo de la intervención en el caso de esta niña, los padres demostraron actitudes y situaciones que ponían de manifiesto conflictos de pareja por lo cual se les hizo la recomendación en la última sesión de acudir a terapia de pareja; sin embargo, terminando el tratamiento de la niña, ellos no regresaron.

La depresión de Irene

Irene es una mujer de 44 años de edad, casada con tres hijos varones y adolescentes, ella acudió a la clínica de Almaraz, con la demanda establecida por ella misma de la siguiente forma:

- “Pues yo vengo para ver si me pueden ayudar ya que padezco desde hace más de un año de una tristeza grande, que desde ese tiempo me hace llorar mucho y muy seguido yo creo que cada vez puedo menos con este sentimiento”

Desde que la paciente entro al consultorio se le notaban los ojos llorosos y no dejaba de tronarse los dedos de su mano derecha, durante esta primera sesión ella plática lo que considera que la ha llevado a sentirse de esa forma y algunas de las cosas que ha pensado realizar como solución a su problema.

Comienza relatando que ella desde hace más de diez años ha venido padeciendo una serie de enfermedades que la han mantenido constantemente en contacto con médicos y en los hospitales, lo cual cree que ha afectado de manera significativa la relación con su pareja, sus hijos, sus amistades e incluso su percepción de ella misma, y la han llevado a encerrarse en su casa, a no querer salir con sus hijos, a discusiones constantes con su esposo e incluso a intentar suicidarse en una ocasión y a pensarlo de nueva cuenta en dos ocasiones más.

En esta primera sesión Irene se la paso llorando durante el tiempo que duro la misma, mientras relataba que ha padecido de la tiroides en sus dos modalidades más comunes hipotiroidismo e hipertiroidismo, que hace año y medio atrás su salud se complica aun más debido a un tumor renal del cual lleva dos operaciones y en la actualidad le han encontrado tumores diversos en riñón y quistes en la matriz.

En esta primera sesión se le pidió a la paciente que de tarea determinara cuales son sus objetivos al acudir a consulta en términos corto, mediano, y largo plazo, que cosas en concreto eran las que le molestaban o las que le hacían sentir tristeza y cual era su pensar con respecto a las enfermedades que padece.

En la segunda sesión Irene comento que se sentía un poco mejor por haberse desahogado en la sesión primera. En cuanto a la tarea que se le dejo menciono que había pensado de forma detenida cada una de sus respuestas y que había llegado a las siguientes conclusiones expresadas de la siguiente forma:

- “primero, pensé con respecto a como me siento con los problemas de salud por los cuales hoy estoy pasando y creo que no tengo gran problema con eso ya que soy una persona que me gusta luchar por mi salud y la muestra esta en que sin que nadie me diga yo no he faltado nunca a mis citas medicas o estudios, y que sigo al pie de la letra las indicaciones que me dan al respecto de los tratamientos que recibo, por lo cual no veo que esto me afecte demasiado de forma directa como para que sea la razón de mi tristeza y eso porque a pesar de mis enfermedades trato de cumplir con mis obligaciones y aunque me gustaría no estar enferma creo que he sabido sobrellevar la situación”

Es pertinente señalar que en el transcurso del relato de Irene con respecto a su enfermedad se le notaba un poco seria, sin notarse alguna aflicción al respecto, quizás una leve preocupación a lo que ella misma argumenta.

- “si acaso lo único que si me incomoda un poco es todo el tiempo que tengo que estar en las clínicas para los servicios, por que luego es mucho tiempo que esta uno esperando pasar, pero ya una vez afuera me dedico a lo que tengo que hacer y no me aflijo o trato de no hacerlo porque es algo que requiero y que tengo que hacer”
- “en segundo lugar creo que aunque se relaciona de alguna forma con mi estado de salud no depende de el, sino que igual y en distintas circunstancias pude haber pasado por lo mismo y eso es que desde hace una año mi marido esta desempleado y constantemente llega tomado a la casa y eso me molesta porque siento que el no se preocupa por mi, no me acompaña a mis citas, no se fija si tengo o no dinero para las medicinas y eso me hace primero enojarme mucho y después sentirme triste, desolada y angustiada; ya que yo deje de trabajar hace dos años y es que el único ingreso que hay para la casa es el de mi hijo el mayor que dejo de estudiar para trabajar y sostener la casa y mis medicinas, en si mi enfermedad. Por lo cual yo no tolero que mi marido solo se la pase en la calle, que no traiga dinero y no lo tolero porque yo no puedo salirme a trabajar como antes y ayudar en lo que se necesita y en lo que yo necesito, pero creo que lo que más me pone triste es que el no se preocupa por lo que yo estoy sintiendo ni pasando”

Durante este relato comenzó a llorar y al hablar de su esposo apretaba su mano realizando tensión en la misma y así se la paso hasta el final de la sesión.

- “Otra de las cosas que me hacen sentirme triste es el hecho de que ya no puedo realizar cosas para mi y por mi como antes, ya deje de visitar a mis amistadas ya no salgo de paseo con mis hijos, siento que ellos se están alejando de mi, ya no platican con migo como antes, ya no trabajo y eso me molesta por que me siento mal, ya que si nos hace falta el dinero para todo y me desespera no poder ayudar a mi familia”

De lo que me menciono durante esta sesión sus objetivos para con la misma fueron propuestos de la siguiente forma y llevados de la siguiente manera.

- Estabilizarse emocionalmente
- entablar mejor relación con su pareja
- entablar mejor relación con sus hijos
- realizar actividades cotidianas que antes realizaba

En esta segunda sesión se le aplicó la prueba de depresión que se ha utilizado en psicología arrojando el resultado de una depresión severa.

Una vez establecido los objetivos que se pretenden alcanzar y tomando que su caso corresponde a la depresión se trabajaron durante cinco sesiones más con Irene, con diversos ejercicios.

Una de las cosas que se le menciono a la paciente fue , que en muchas ocasiones si no es que en todas solemos hacer suposiciones de lo que la otra persona quiere o desea, sin estar seguro de que esto realmente sea verdad, entonces a partir de estas suposiciones manejamos las situaciones de una manera determinada y diferente a como lo haríamos si averiguáramos bien las cosas.

Una de las actividades consistió en el trabajo en casa y en la clínica bajo ciertas creencias de Irene y actividades para cambiar las mismas. En primer termino se le pidió que hablara con sus hijos sobre lo que pensaban de la situación por la que pasaban actualmente y de cómo veían ellos el comportamiento de su mamá, encaminando a preguntas de porque ya no se acercan a platicar con ella, porque ya no salen juntos entre algunas otras.

Los resultados de esta actividad con sus hijos fueron que realmente Irene manejaba ciertas creencias que eran algo lejanas a la realidad, ya que sus tres hijos manifestaron que ella se encerraba en su habitación, por lo que ellos hacían por no molestarla creyendo que se sentía mal, que ella se alejo de ellos al estar siempre acostada y llorando por ello mismo

ellos no le querían dar mas mortificaciones. Con esto y con ejemplos de cómo se forman y como se cambian las creencias irracionales de las personas, Irene logro uno de sus objetivos mejorar la relación con sus hijos. Reanudando las pláticas de ella con ellos y cada uno, las salidas en compañía de alguno o de todos y las actividades recreativas según su estado de salud se lo permitiera, nos comento que a la par de lo que ella aprendía en sus sesiones se los transmitía a sus hijos y los enseño a mejorar la comunicación y a no crearse creencias irracionales ante diversas situaciones.

Otra actividad consto de escribir cartas para cada uno de sus hijos y para su esposo en donde explicara lo que piensa de ellos, lo que extraña y lo que deseaba que ellos hicieran, con estas cartas se trabajo en las sesiones para que de acuerdo a lo que ella indicara en las mismas se viera que tanto influía su actitud para que estas se mantuvieran, se modificaran e incluso para que regresaran, durante esta actividad ella pudo percatarse de que todas las cosas que habían cambiado en gran parte eran motivadas por actitudes de ella, ya sea que dejara de realizarlas o bien que las haya cambiado drásticamente, como no expresar sus necesidades afectivas cuando antes lo hacia, no poner reglas en la casa cuando antes lo hacia, entre otras cosas. Lo cual la motivo a ver que las cosas no están en los demás solamente si no que uno también se forma o se desarrolla de una forma determinada y que cuando cambiamos se modifica nuestro entorno. Así que ella comenzó por poner reglas en la casa como las había establecido antes y trataba de ver que se cumplieran, así como el cumplimiento de diversas actividades tales como organizar las cenas con sus familiares, salir el fin de semana a algún lugar todos juntos, asistir a los juegos de sus hijos, etc.

Todas estas actividades llevaron a Irene a considerar lo siguiente en la sexta sesión:

- “ Creo que con estos días me he dado cuenta que en la mayoría de veces nosotros mismo creamos unas tormentas en un vaso de agua al no ver las cosas tal y como son, al no verlas realmente y al no saber responder o solucionar de forma efectiva los problemas que se nos enfrentan. Me he dado cuenta de que las cosas pueden marchar bien y a nuestro favor siempre y cuando no lo propongamos, yo me sentía muy mal en la situación de mi casa y no me daba cuenta de que todo lo que yo

realizaba en los hospitales era para sentirme mejor y me ha funcionado, podría aplicarse también a la vida en mi casa”

Ya para la quinta sesión se le notaba más tranquila y calmada, se le veía relajada y contenta, su forma de arreglarse cambio desde la tercera sesión, optando por llegar maquillada, peinada y mantenía una sonrisa tanto al entrar como al salir de la terapia.

Con lo que respecta a su marido, Irene tomo conciencia de que ella no podía cambiar lo que él pensaba, a lo largo de las sesiones se dio cuenta de que su marido estaba preocupado por ella, pero no sabia como acercarse a ella, a lo cual la paciente ha trabajado con el para acercarse más a través de pláticas de lo que le gusta o no le gusta y en lo que respecta al trabajo su esposo a estado realizando diversos trabajos dando un ingreso pequeño al ver que los demás miembros de la casa aportan a la economía. Irene comprendió que su marido dejaría de tomar el día que el se lo propusiera y no era decisión de ella; sin embargo, ve avances en cuanto a los problemas que mantenía con el y aunque son lentos no se desespera y le agrada que por lo menos haya un inicio para ellos. La paciente a estado reestructurando su vida y aprendiendo nuevas formas de llevar su hogar, su vida y todo lo que la implica, retomo actividades de corte y confección lo cual le ha permitido obtener un ingreso para apoyar a su casa y esto la hace sentir más satisfecha.

Me resulta de suma importancia señalar que esta paciente logro obtener un insight de forma clara y sin muchas complicaciones, que es una paciente con iniciativa propia y que a partir de su experiencia con las enfermedades y su lucha por salir de ellas y sobrellevarlas, encaminada en las sesiones logro mostrar cambios significativos en pocas sesiones, lo cual resulta muy importante y satisfactorio para mi como profesional.

El caso de Erasmo

El tercero de los casos corresponde a Erasmo un hombre de 32 años de edad, casado y en proceso de divorcio, que vive en unión libre con otra mujer casada y con dos hijas de 7 y 11 años respectivamente, de oficio taxista y con un hijo de tres años de edad. Acudió al

servicio de psicología, acompañado por su pareja actual y con la demanda establecida por el mismo de la siguiente forma:

- “Pues yo vengo porque, la verdad es que dicen que soy una persona muy mentirosa y quiero que se me quite esa costumbre de decir mentiras”

En esta primera sesión durante la narración que realizaba argumentaba que cada vez que él sentía que con lo dijera o mencionara podía ser motivo para lastimar a su pareja, prefería mentirle; sin embargo, siempre terminaban descubriendo su mentira lo cual le ocasionaba problemas en su relación de pareja, tanto con su esposa como con su pareja actual. Así mismo mencionaba que algunos de los conflictos o problemas que le han traído sus mentiras son situaciones como que por un lado el desea el divorcio, pero que su esposa no se lo quiere dar y que el principal motivo para ello era que el había comenzado a andar con la pareja actual, un año antes de separarse, razón por la cual se esposa no le daría el divorcio, y además motivo para tener discusiones constantes con ella , en cualquier lugar en el que se encontraran.

Por otro lado, en reiteradas ocasiones mencionaba que estaba muy contento con su pareja actual, pero cada vez que algo no le parecía con respecto a la relación que llevaban traía a colación situaciones que había vivido con su pareja anterior (esposa), lo cual lo llevaba a discusiones constantes con su pareja y a que constantemente ella le pidiera que se fuera de su casa, a lo cual, el pedía perdón argumentando que la amaba y se quedaba de nuevo en la casa; sin embargo, estas discusiones se han vuelto más cotidianas día a día.

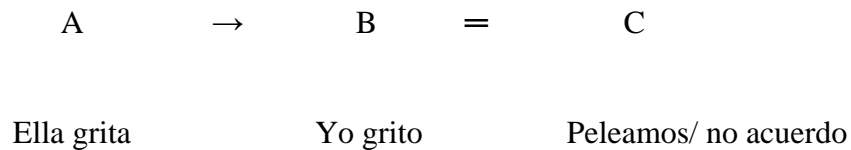
Al respecto el paciente explicitó que su asistencia a l terapia estaba motivada en un principio como una condición por parte de su pareja actual, pero que el ha decidido permanecer en ella por motivos propios. Siendo las metas ha alcanzar durante la intervención las siguientes: primero el dejar de mentir creyendo que esto solucionará su vida y por ello poder enfrentar sus situaciones directamente sin mentiras, segundo el llegar a buen termino en su divorcio y para ello dejar de pelear con su esposa y tercero el mantener una buena relación con su actual pareja.

Al respecto el señala, que para él ya es una costumbre decir mentiras cuando se encuentra en algún tipo de dificultades pensando en salir de estas por el momento, no tomando a consideración las consecuencias a un plazo mayor. Que con su esposa reacciona de forma automática cuando la ve y ella comienza a pelear con el , inmediatamente el continua la discusión y no puede detenerse, pero que es una situación que no le agrada trayéndole sentimientos de culpa, desesperación e impotencia al no poder manejar la situación de una manera más óptima. Y en lo que respecta a sus discusiones con su pareja actual menciona que la quiere mucho, que le gusta y le agrada convivir con ella y con sus hijas, pero que de alguna forma siente que no sabe como tratarla y que constantemente hace comparaciones entre ella y su esposa y siente que no puede evitarlo.

Con este paciente durante cinco de las seis sesiones del tratamiento se trabajaron a la par y de acuerdo a los resultados de el día previo, los siguientes aspectos, primero y más importante el establecimiento de cosas y actividades que son deseos de él para llevar a cabo en su vida. En estas situaciones se manejo que fueran tomadas por el mismo sin analizar lo que los demás decían y principalmente su pareja actual ya que solía tomar decisiones a partir de lo que esta última pensaba o decía. En segundo lugar, se trabajo la resolución de problemas principalmente ante las reacciones que Erasmo tomaba con respecto a la actitud de los demás y al cambiar estas últimas las consecuencias se ven afectadas y cambian en el caso de nuestro paciente de forma favorable como el mismo lo señala.

A Erasmo se le manejaron muchos ejemplos, utilizando el pizarrón, de las consecuencias que se obtienen ante ciertas situaciones y que estas pueden cambiar cuando cambia algo en la estructura de dicha situación y para ello se utilizo el siguiente diagrama para esclarecer ejemplos propuestos por ambos.

Situación inicial



Cambio en situación



A Erasmo se le enfatizaba en lo que se buscaba era este segundo diagrama, que aun cuando la otro persona comenzara a gritar en algún momento se podía romper con esta cadena y obtener consecuencias nuevas.

Esta actividad la llevo a cabo nuestro paciente en diversas ocasiones y para diversas situaciones con su esposa, y no fue en un solo intento si no que hubieron muchos intentos y los primeros no fueron del todo satisfactorios; sin embargo, al final de la última sesión con respecto a los objetivos de poder platicar con su esposa de forma civilizada e intentar llegar a acuerdos con respecto a su divorcio, la pensión y custodia del hijo, el paciente nos indico que por lo menos puede ir a visitar a su hijo con frecuencia sin estar peleando con su esposa, pero que no ha obtenido resultados con respecto al divorcio ya que ella no quiere dárselo, pero señala que ya no pelean como antes y que el ha aprendido a no gritarle y a trata de terminar la conversación cuando ella se exalta demasiado y comprendió que cuando ella quería hacerlo rabiar bastaba con que ella gritará y lo insultará para que el se molestara, situación que poco a poco le funciono menos.

En cuanto a las mentiras se manejo el mismo diagrama y estas han disminuido significativamente, ya que a su pareja actual le menciona cuando visita a su hijo, cuando habla con su esposa y le ha manifestado que su divorcio tardara por que no hay un acuerdo. En la última sesión que se tuvo con el paciente el mismo reporta que ha encontrado cambios en el, cambios que el no buscaba de forma directa, pero que le han

beneficiado, menciona que ya no busca la aprobación de su pareja en cosas como su vestimenta, cuando antes lo hacía, que ha comenzado a dejar de fumar ya que antes fumaba hasta dos cajetillas por día y en el momento actual solo se fuma un cigarro diario e incluso hay días en que no fuma y este propósito lo adjudica al cambio de su autoestima a consecuencia de las sesiones recibidas.

Aunque hasta el momento no sabe a ciencia cierta que es lo que va a pasar en su futuro con su pareja actual, señala que también esta ha entrado a terapia para decidir también que es lo que quiere con su vida y que el sigue pensando en mantener una relación con ella, pero prefiere e intenta establecer las cosas de forma clara para evitar problemas a futuro.

Debido a que el tiempo de mis prácticas profesionales se terminó, la sesión de seguimiento se dejó a una compañera psicóloga dada al mes de terminado las sesiones.

“Deja ya de engañarte. Eres la causa de ti mismo, de tu tristeza, de tu necesidad, de tu dolor, de tu fracaso o de tus éxitos, alegría y paz.”

Anónimo

El caso de Guadalupe

El cuarto de los casos nos refiere a Guadalupe un joven de 24 años de edad, soltero y que vive con sus padres. Escolaridad secundaria terminada y que actualmente se dedica a trabajar en el transporte público.

La demanda por la que asistió a consulta la reporta de la siguiente forma:

- “Pues yo vengo ya que leí un cartel donde avisaban que daban servicio a las personas que se enojaban con facilidad y la verdad es que yo soy una de esas personas y por ello vengo a ver si me pueden ayudar, ya que me es difícil controlarme y cada vez me llevo peor con mis papás y con mis parejas”

- “Me irrito fácilmente cuando algo no me parece y cuando no me dicen lo que quieren de forma directa y le dan muchas vueltas a las cosas, además de que si me mienten y yo me doy cuenta el enojo me dura más tiempo”
- “Además de que últimamente me da por salirme o retirarme del lugar en donde me enojo y suelo irme a tomar con mis amigos pero ya es constante y en ocasiones empiezo a no acordarme de lo que hago, y antes me gustaba tomar y le encontraba gusto y sabor, pero en estas últimas ocasiones como que ya no me gusta y; sin embargo, no dejo de hacerlo y por lo mismo creo que esto en vez ayudarme me trae consigo más problemas”

Guadalupe es el hijo de en medio de tres en total, en su casa viven sus papás y su hermano el más chico, el grande es casado y casi no los visita. El primero de los problemas que Guadalupe considera que necesita resolver, establecido en la terapia es el hecho de que su papá no trabaja, se la pasa en su casa todo el día y lo regaña constantemente por todo además de que no da gasto a la casa pero si les exige a el y a su mamá a tener la casa ordenada y a dar gasto y a que realicen lo que el quiere que hagan, por lo que lleva a que el paciente presente peleas constantes con su padre debido al carácter de los dos. Al respecto el paciente menciona que ha llegado al grado que con tan solo escuchar que su papá lo llama, siente coraje y algo que le aprieta el pecho y esto es antes de que sepa para que lo necesitan, lo cual lo predispone para contestar a cualquier petición de forma agresiva, con un tono de voz alto y realizando ademanes que el mismo menciona como manifestación de enojo o inconformidad. A este respecto señala de igual manera que el estar enojado con su papá ya es como una condición entre ellos, que no pueden tener una plática normal o incluso hablarse con cordialidad y que además su padre siempre a minimizado los logros que él obtiene y de alguna forma siente una necesidad de aprobación por parte de su padre, le gustaría poderse llevar mejor, al menos con un trato amable, que su padre lo dejara tomar decisiones por él mismo y que reconociera que también los apoya. Esta situación es considerada como esencial y prioritaria para resolver por parte de nuestro paciente ya que el mismo considera que le puede traer muchos beneficios si mejora esta situación.

Otro de los problemas es relacionado con el mismo factor de la agresividad que presenta el paciente pero en esta ocasión dirigida hacia su pareja actual, una joven estudiante de 18 años de edad y con quien mantiene una relación de pareja que no es estable según lo tratado en terapia y que como el mismo lo menciona no tiene una base firme para ninguno de los dos. Él en esta situación se considera una persona celosa, pero menciona que le tiene mucha paciencia en cuanto a ciertas actitudes que ella manifiesta para con él y lo hace de la siguiente forma:

- “ En ocasiones no se si me conviene andar con ella, ya que me gusta y yo siento que la quiero , pero de alguna forma siento que ella me esta utilizando a su conveniencia y que juega con migo, lo cual me hace pensar que ella ya no me quiere”
- “ Aunque en ocasiones he tratado de dejarla, no puedo porque cuando terminamos la relación, ella suele llamar a mi casa, colgar el teléfono sin contestarme, o incluso irme a buscar con el pretexto de devolverme ciertas cosas y al verla no se que me pasa, me abraza, me da un beso y me dice que me desea buena suerte y que me va a extrañar , lo cual me hace pensar que ella no quiere separarse de mi y la vuelvo a buscar para que regresemos y esto es constante”
- “ En verdad que es rara mi situación, porque parece que cuando mejor estamos, ella me dice que ya no quiere nada o me dice mentiras de que su mamá esto, o de que su hermano no quiere que andemos, o de que prefiere estar sola, pero cuando menos lo se ya anda con otras personas, y mis amigos me dicen que ella siempre ha sido así, que ande o no con migo ella anda con otros al mismo tiempo y que con alguno del lugar de donde yo trabajo, e incluso me ha metido en problemas con algunos chavos que me golpean diciendo que ella dice que la deje en paz porque yo siempre la acoso y cosas así. La verdad es que yo creo que todavía es una niña y que no sabe lo que quiere, pero yo la quiero y no me gustaría dejarla, quisiera que estuviéramos mejor.”

- “ En fin la verdad es que no se que es lo que puedo hacer con respecto a mi relación, constantemente me enojo por cosas que ella hace y termino tomando con mis amigos”

El tercero de los problemas que nuestro paciente señalo es derivado de acuerdo con él, por los problemas anteriores y es el que hace referencia con el consumo de alcohol que el lleva bajo distintas situaciones. A este respecto Guadalupe señala que en un principio el consumía alcohol cuando convivía con sus amigos, por lo general cada quince días, y que en estas ocasiones consumía alrededor de tres cervezas chicas o de dos o tres vasos de cerveza y eso de forma lenta y no más, y que esto le resultaba agradable, que lo relajaba y que incluso si no gustaba de hacerlo en alguna ocasión de igual forma se la pasaba bien, señala que aunque tenía un poco de problemas con su padre eso no influía en su forma de beber, que es desde hace como un año y medio que esto se comenzó a convertir en problema, fue cuando su padre perdió el trabajo, comenzó a llevarse peor con su papá y esto lo llevo a consumir un poco más de alcohol cuando se juntaba con sus amigos, que era de la misma manera que antes cada quince días, pero ene esta ocasión aumento al doble el consumo y así se mantenía hasta que conoció a su novia, hace una año aproximadamente, en donde los problemas y los enojos con su padre aunados a los problemas y disgustos con su pareja lo llevaron, no sólo a consumir una mayor cantidad de alcohol, sino también a que este consumo fuera cada vez más frecuente. Lo cual lo llevo a beber cada fin de semana y cantidades mayores cada vez, e incluso que en estas últimas fechas lo llevaban a no recordar ciertas cosas de las que había realizado mientras bebía. Y aunque el paciente lo maneja como un problema grave prefiere darle prioridad a los dos problemas anteriores ya que el considera que si cuando se enoja o discute con alguna de estas dos personas le da por beber más, resolviendo los problemas con ellos, el de la bebida se resolverá de forma más rápida y fácil.

Para lograr los objetivos establecidos en consulta con respecto a mejorar las relaciones de Guadalupe, evitar las agresiones y disminuir el consumo de alcohol se dividió cada una de las situaciones que el paciente consideraba como problema en las partes de actividades y actitudes que se presentaban en este mismo que pudieran desatar las peleas y se le dieron

solución una por una, estableciéndose para ello metas en cada sesión y actividades específicas para cada actividad. Para los problemas con su padre y su pareja y para las distintas situaciones que presenta con cada uno de ellos, se utilizó para ambos casos el entrenamiento en relajación y la enseñanza en asertividad para Guadalupe al responder a los problemas que se le presentaran.

Ejemplo de la forma en la que se trabajó durante las sesiones, se trabajó con cuadro de registro para cada una de las conductas y para disminuir o aumentar su frecuencia, además de el trabajo realizado en la clínica con el apoyo del pizarrón, de ejemplos, de argumentaciones y de trabajos orales realizados por el paciente ante diversos cuestionamientos sobre ciertas conductas, actitudes y actividades como se muestra a continuación:

- Contestar con un tono de voz alto a diversas peticiones del padre

Petición	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
Llamado del padre					
Que recoja la herramienta					
Que le ayude a pintar					
.....					
.....					

Se manejo un cuadro de registro diario, para diversas actividades como se muestra en el ejemplo, como nuestro paciente menciona diversas situaciones a las cuales el ya se disponía de alguna forma a contestar de cierta manera se le fue enseñando a controlar estas reacciones y progresivamente a eliminarlas y como ayuda para que lo aprendido y explicado en la consulta fuese puesto en práctica en casa se manejo el auto registro con el cual el mismo paciente monitoreo sus actividades y podía ir dando solución a sus actividades, cabe destacar que el trabajo no solo se enfocaba a dejar de realizar ciertas conductas negativas sino a cambiarlas por algunas otras que resultasen positivas.

Las sesiones que llevo a cabo este paciente fueron en total siete con una de seguimiento al mes de la séptima sesión, los resultados fueron lentos pero se daban, los cuadros se manejaron también para metas específicas como el disminuir la bebida alcohólica por muy enojado que estuviera Guadalupe, llevándose con un auto registro, el control de la actividad fuera de la clínica. A actitudes como gritar ante las peticiones de su padre, se logró que hablara con él en un tomo adecuado, sin exaltarse, aprendiendo a relajarse para manejar de forma adecuada la situación, por lo cual, al final de las sesiones encontramos con una disminución casi total en los gritos para con los demás. En cuanto al enojo con las diversas peticiones por parte de su padre, poco a poco se logró una mejor comunicación y acordar con su padre en algunas ocasiones las actividades que él va a realizar y las que no, dando sus motivos y aunque no todas han sido aceptadas por el padre, no le causan conflictos con el mismo, además de indicarnos que su madre le está brindando más apoyo para organizarse y establecer una mejor comunicación con su padre. En lo que refiere a su pareja, las actividades que Guadalupe realizó le sirvieron para el tomar decisiones con respecto a su relación y aunque estas no siempre trajeron los resultados que él esperaba, en este momento decidió dejar a su pareja y organizar su vida él solo, situación que le ha costado mucho trabajo, pero que ha sido constante en sus decisiones al respecto lo que lo ha llevado a sentirse mejor. Así mismo el monitoreo mediante el auto registro en cuanto a la bebida, se ha visto una disminución lenta pero paulatina, ya que en la sesión de seguimiento mencionó que ya no pierde la conciencia cuando bebe, que ya no lo hace cada ocho días pero que las pocas veces (en dos ocasiones) que lo ha hecho siente una necesidad de seguir bebiendo; sin embargo, no lo hace, en esta sesión se le dejaron diversas actividades para cambiar la convivencia con sus amigos en lugares que facilitaran la bebida por actividades en donde no implicara bebida, regresando a una segunda sesión de seguimiento al mes y medio de esta, mostrando un mayor avance explicado de la siguiente forma por el mismo.

- “La verdad es que las actividades que aprendí a realizar aquí me han llevado a poder manejar de mejor forma mi vida no solo con respecto a mis amistades, mi relación con mi padre, sino también han mejorado las relaciones con mis amigos, con mis clientes, pero sobre todo con mi familia, aunque todavía me sigo enojando

con mi papá al menos ya no peleamos tanto como antes y esto es por que de alguna forma el vio un cambio en mi y el también está intentando cambiar. Ya tiene trabajo, ya están mejor organizadas las cosas en la casa y mi hermano también contribuye a la economía además de que todos lo hacemos en las actividades de la casa. Sigo tomando con mis amigos, pero cada vez es menos frecuente y en menor cantidad y esto ya no me causa problema o mejor dicho ya no me hace sentirme mal y como que comienzo a disfrutar el vaso de cerveza de nuevo y sin sentir que lo necesito. Además de que aunque he visto a mi ex pareja ya no tengo conflicto con ella, ella ya sale con otra persona y yo tengo nuevas amigas, pero por el momento no busco una relación, ya que estoy a gusto así como estoy. Así que con los resultados obtenidos se dio de alta a Guadalupe, solo aconsejándole que en caso de presentar otro problema al cual sienta que no puede dar solución acuda al servicio.

Me gustaría destacar que la mayoría de mis pacientes fueron hombres y que casos como el de este joven dan mucha satisfacción, por la capacidad de insight que maneja, por que es una persona que no acudió a consulta en busca de la solución de sus problema, si no con la intención de aprender a manejar su vida por el mismo, lo cual facilitó el trabajo realizado en las sesiones ya que el mismo implementaba actividades que consideraba apropiadas para la resolución de sus conflictos. Lo cual podría decir que las personas tiene la capacidad de resolver los problemas por si solos, solamente que necesitan aclarar bien su situación para poder ver el panorama completo, lo cual les permita ver lo que esta pasando con todos los componentes que intervienen dentro de la misma situación y no quedarse en un solo punto.

“En nosotros mismos hay una gran fuerza capaz de ayudarnos a salir de nuestros propios problemas.” Autor desconocido

El caso de Carlos

El quinto caso corresponde a Carlos un joven estudiante de 22 años de edad, casado desde hace dos años, tiene una hija de tres años de edad, esta en el último semestre de su carrera, vive con sus suegros y acude a buscar el servicio de psicología bajo la siguiente demanda:

- “Estoy aquí por que tengo problemas para entablar relaciones con las demás personas”
- “Me da mucho miedo hablar en público y esto me ha traído problemas en mis calificaciones”
- “Y acudo ahora porque siento que si no mejoro este problema, me va a traer problemas para cuando quiera conseguir trabajo, ya que me da mucho miedo hablar con una sola persona que no conozca, y aunque la conozca como que no se como comenzar una conversación, y mucho menos se como hablar en público”

El paciente manifiesta que cuando alguien se le acerca para hablar con él, que cuando el tiene que preguntar algo o que tiene que exponer en público, aunque previamente conozca el tema y tenga diversos temas de conversación, cuando se acerca o se le acercan las personas y tenga que hablar cualquier cosa se le olvida y no puede hablar, en clases aunque el sepa la respuesta a las preguntas que formulan sus maestros no participa de las clases por el mismo miedo que presenta. En cuanto a aspectos que el identifica que ocurren cuando se le presenta esta situación el menciona que se pone muy nervioso, que siente que no puede articular las frases, le sudan las manos e incluso en algunas ocasiones ha sentido que le tiemblan partes del cuerpo como los pies y las manos. En la primera sesión se le noto en una posición rígida, con una fación rígida, señal de tensión muscular en el paciente.

Durante las primeras dos sesiones se estableció trabajar llevando a cabo una relajación, en el paciente a manera que pudiera identificar claramente cuales eran los momentos que le causaban tensión y de igual forma aprendiera a controlarlos y para ello se utilizó la relajación propuesta por Jacobson, en relajación muscular lo cual se inicio en la segunda sesión.

Debido a que el paciente manifestó que psíquicamente cuando tiene que hablar con alguien le pasan pensamientos sobre las consecuencias de dicha plática y estos pensamientos son categorizados como irracionales, es decir adelantados y fuera de una realidad que imposibilitan una acción en el paciente, se decidió trabajar también en una reestructuración cognitiva propuesta por Ellis.

Pero en una segunda sesión el paciente manifestó que el problema de ansiedad no era el único al que gustaba darle solución, también manifestó problemas con su pareja y lo hizo de la siguiente forma:

- “La verdad es que también tengo problemas con mi esposa, ...lo que pasa es que vivimos con sus papás y aunque nosotros tenemos cuartos aparte, ella hace solo lo que su mamá le dice y esto implica que a mi no me toma en cuenta para hacer o tomar decisiones que nos impliquen a ambos y a mi hija.”
- “Constantemente su papá descalifica mi autoridad enfrente de mi hija. Por ejemplo, luego bajamos a comer con ellos y la niña ya no quiere comer y se quiere bajar de la silla y yo le digo que no, pero inmediatamente su abuelo le dice bajate, bajate no hagas caso y mi esposa la baja de la silla”
- “Cuando quiero que salgamos juntos ella no quiere, no me deja llevar a la niña a ver a mi mamá y mis suegros se la llevan sin permiso mío y mi esposa se va a donde quiera sin avisarme”

- “ Si algo no le parece suele gritarme enfrente de la gente y la verdad es que yo no se que hacer, quiero mucho a mi esposa, a mi hija, siento que me he portado bien con ellas y con la familia de ella, le doy gasto, les presto mis cosas a ella y a sus hermanos, se va a donde quiera y yo no me opongo a que salga, pero siento que todo tiene un límite y el mío se esta acabando, pero ya no se que hacer en todo se mete su familia y ella se siente muy confiada. He tratado de hablar con ella, pero no entiende razones comienza a discutir y yo mejor termino por quedarme callado”

Para ello al paciente además de la reestructuración cognitiva, la relajación se le ayudo en el manejo de habilidades sociales basadas entre ellas la mejora de la comunicación para ambos problemas que manifiesta, así como el entrenamiento asertivo.

Para la reestructuración cognitiva se llevaron a cabo ejemplos propuestos en terapia por su parte y se le mostró como es que se dan y se cambian las ideas que se conocen por irracionales, por otras que resultan ser las llamadas racionales. Al inicio de todas las sesiones se realizaban la relajación en un principio durante veinte minutos y ya que aprendió a manejar la técnica se realizaba por cinco o diez minutos máximo.

Para llevar a cabo la intervención se plantearon metas a alcanzar en un orden progresivo y para que estas se llevaron a cabo se realizaron trabajos en aproximaciones sucesivas con diversas actividades en un orden jerárquico de menor a mayor según la ansiedad que le causara cada situación. Esto fue utilizado principalmente para su problema de ansiedad al hablar o relacionarse con otras personas. Todo esto fue acompañado de tareas para fuera de la clínica de acuerdo a los avances del paciente, tareas que iban desde pedir la hora a algunas persona, preguntar por algunas direcciones, saludar a cierta cantidad de compañeros por iniciativa propia, participar en clase, preparar exposiciones para un grupo pequeño de personas (esto en la clínica, ante compañeros psicólogos y temas como el fútbol entre otros ya que se le mencionaban que tendría que hablar de esto ante ciertas personas, y no como un exposición de conocimientos científicos, si no personales, durante algunas ocasiones se le realizaron preguntas de otra índole, religioso, económico y

político entre otros, a manera de demostrar que no se necesitan muchos conocimientos para entablar una conversación agradable).

En la penúltima y antepenúltima sesión el paciente tenía pruebas de exposición en algunas de sus materias, por lo cual, en la antepenúltima me pidió acudir a su salón a manera de tener a alguien como apoyo visual para sentirse seguro y se le acompañó.

Cabe destacar que los resultados obtenidos ante esta problema fueron favorables al termino de la intervención debido a que el paciente logro entablar mejor relación con sus compañeros, logro realizar las últimas cuatro exposiciones de las cuales dependía su calificación, con algo de dificultad pero las llevo a cabo una en presencia mía y las demás por si solo indicando buenos resultados para su autoestima y sus calificaciones.

En lo que respecta a el problema con su esposa se le pidió que manejara metas y objetivos a alcanzar tanto de forma individual como en pareja, en esta situación se utilizo un juego de roles, para enseñar al paciente a solucionar sus problemas y corregir y mejorar la asertividad que manejara con su esposa, los resultados fueron positivos aunque mas lentos que ante el otro problema, él en cada sesión proponía actividades para realizar y mejorar su situación. Para el termino de la intervención el ya había logrado acuerdos con su esposa en cuanto a quien educaría y como a su hija, cuando visitarían o estarían con los abuelos, en cuanto a como y cuando se darían los permisos para la niña, entre otras cosas y aun cuando manifestó que estaban costando trabajo debido a las consecuencia que esto traía (su suegra no le hablaba, su suegro estaba enojado y le gritaba a su esposa) menciona que se siente más a gusto y que incluso su relación como pareja estaba mejorando día con día y también su esposa estaba mejorando su actitud lo cual lo llevaba a comprenderse mejor. Para la sesión de seguimiento, el paciente manifestó que ya no le daba temor exponer o hablar con otras personas, que sus calificaciones habían aumentado, su desarrollo escolar y social se veía mejorado y que ya no pensaba tanto sobre lo que las otras personas pudieran decir de lo que el hacia, sino que se limitaba a realizar la acción y a tratar de manejar adecuadamente las consecuencias. En cuanto a su relación de pareja, manifestó que se llevaban mejor, que sus suegros y ellos habían formado su dinámica aceptando los

cambios, que ambos salían juntos y visitaban a su mamá más seguido y que habían logrado establecer un matrimonio sin discusiones y que ella ya no le gritaba y que incluso compartían más cosas que antes de que naciera su hija y que ella regresaría a estudiar y el estaba ya buscando trabajo. En esta sesión de seguimiento nuestro paciente se notaba seguro, sonreía, tenía actitudes diversas y contrastantes con las que manifestó durante las primeras tres sesiones.

Este caso en particular para mí fue de los más satisfactorios, no por que los demás no lo hayan sido, sino por las circunstancias tan particulares de este, el ver a un joven varón preocupado no solo por su persona, sino por el bienestar de su familia, que proponía, que realizaba, que entendía; y ver los cambios y la satisfacción que le llevaron a él reflejada por un gusto a lo realizado en la terapia es sumamente gratificante para mí como profesionalista.

En sí todos los casos que me tocaron en cuanto al trabajo con adultos me fue satisfactorio, creo que se logró manifestar una claridad en cuanto a lo tratado en las intervenciones, lo cual permitió un buen manejo de las sesiones con todos y cada uno de mis pacientes, el manejo del insight a partir de la propuesta de la iniciativa, del trabajo, de la constancia permitieron que el trabajo avanzara mejor obteniendo resultados favorables para todos los pacientes. En cuanto a los niños, se encontró una necesidad de explicar y aclarar a los padres en reiteradas ocasiones que las conductas de los hijos son propuestas por las conductas de los padres y adultos con los que se mantengan en contacto y resultado gratificante ver no solo a un padre, sino ambos con sus hijos preocupados de lo que se manejaba en terapia y de seguir el proceso en casa, e incluso que los padres cambiaran actitudes propias para mejora de sus hijos algunas de estas por iniciativa misma.

La verdad es que el trabajo terapéutico con todo tipo de paciente (hombre, mujer, adulto, niño) resulta ser complicado y tan distinto la experiencia en la práctica terapéutica es admirable, gratificante, satisfactoria, expectante, es incluso me atrevería a decir indescriptible por todas las sensaciones que nos permite vislumbrar. Una experiencia que agradezco mucho haber cursado y que ha dejado una huella en mí para mejora como ser humano profesionalista.

CONCLUSIONES

De acuerdo con lo ya antes expuesto a lo largo del presente trabajo se pueden concluir los siguientes puntos.

1° Que la enfermedad y la salud son dos circunstancias resultado de las actividades realizadas durante los diversos estilos de vida de los cuales somos partícipes. En donde son estos estilos de vida que nos llevan a desarrollar una gran cantidad de enfermedades algunas de las cuales se complican incluso pueden llegar a convertirse en enfermedades psicosomáticas, que con el paso del tiempo se pueden volver crónicas o graves, afectando así la calidad de vida de el individuo, por ende son los propios estilos de vida que llevan al individuo a buscar de formas y características diversas entre los mismos estilos de vida aquel bienestar y equilibrio ya perdidos, al perderse la salud. Así que para tal fin las personas hacen uso de los recursos que tiene a su alcance y que están relacionados de forma directa con el concepto que cada uno maneja de lo que es la salud. En el mejor de los casos y que suelen ser los menos, el individuo acude directamente con los especialistas en el servicio de la salud; sin embargo, la mayoría hace uso de consulta de gente no especializada para el tratamiento de la salud, ya que no suele tomar en cuenta todos los factores que intervienen en el proceso de salud/ enfermedad, a lo cual resulta pertinente tratar de cambiarlo para favorecer al individuo, pero de ello se hablara más adelante.

A partir del siguiente punto se dará también algunas propuestas para que se mejore en los aspectos que se mencionaran.

2° Afirmer que la psicología posee, objetivamente, la capacidad e integración de conocimientos necesarios como ciencia y como profesión para que de su estudio y de la formación en la misma puedan salir profesionales útiles a nuestra sociedad en lo que respecta a la función del psicólogo en diversos ámbitos, pero sobre todo en el de la salud, el cual ha sido tema fundamental a lo largo del presente trabajo.

Así es pertinente señalar que el trabajo del psicólogo de la salud no solo esta encaminado a la intervención de pacientes para la resolución de diversos problemas relacionados al mismo ámbito, si no que a su vez tiene la finalidad de promover un estado saludable óptimo y prevenir problemas relacionados al ámbito de la salud; por lo cual la promoción de la salud se encamina al fortalecimiento de los factores protectores a niveles tanto individual y familiar, lo cual incluye todas las acciones educativas dentro del ámbito de la salud que proveen información a los núcleos familiares, con el fin primordial de efectuar cambios en la conducta y en los comportamientos del paciente.

Esto es debido a que hoy en día la salud se persigue como un objetivo de vida y no como un estilo de vida, claro a su vez, influido por muchos factores que desde diferentes niveles (económico, político, institucional, cultural, social, etcétera) favorecen un estilo de vida poco saludable, lo cual hace más importante el conocimiento y divulgación de los esfuerzos y del trabajo que el psicólogo de la salud realiza para que este estilo de vida dado por el contexto cultural se mejore.

Esta finalidad, la de mejorar el estado de salud de los pacientes por medio del trabajo no solo del psicólogo, sino de los profesionistas de la salud se ve reflejado en la labor multidisciplinaria que lleve a cabo, junto con médicos, enfermeras, odontólogos en la institución en la cual estuve inmersa durante mis prácticas profesionales. Y con lo expuesto en el presente trabajo tanto teórico como práctico acerca de las funciones y actividades que desempeña un psicólogo dentro de una institución de la salud como lo es la Clínica Universitaria de Salud Integral Almaraz, se puede señalar la necesidad de un trabajo multidisciplinario en todas y cada una de las instituciones de salud, que estén encaminadas principalmente a la prevención y promoción de la misma, con una reeducación de los pacientes que les ayude a mejorar el estilo de vida y por tanto se refleje en una mejor salud.

Por lo tanto, hay que resaltar dos cosas al respecto, por un lado hacer énfasis en que la salud del individuo no esta determinado por los especialistas de la salud, si no que es el mismo individuo el encargado del manejo de su proceso de salud y enfermedad y que son los estilos de vida bajo los cuales se rige los que esta participando en este proceso, por ello

se debe tratar de hacer conciencia en la comunidad de cómo mejorar los estilos de vida y los beneficios que esto les puede traer no solo para alcanzar una salud perdida, si no para el mantenimiento y la mejora de la misma y por ende el bienestar en todos los sentidos, enfatizar que la salud no solo esta encaminada a los síntomas físicos en el individuo, si no que hay aspectos sociales y psicológicos que influyen para la perdida y mejora de la salud. Por otro lado, el valor e importancia del trabajo del psicólogo dentro del ámbito de la salud, no solo en el momento de la intervención, si no en un área que hasta la fecha se ha desperdiciado el potencial que tiene y sobre todo que puede resultar mucho más beneficiosa y económica para la comunidad y con ello hacemos referencia al área de la prevención y promoción de la salud, que si bien la Clínica de Almaraz realiza un gran esfuerzo para llevar a cabo estas funciones, no deben ser exclusivas de algunas clínicas, si no de todo el sector salud. Y para ello no solo hay que resaltar los logros e importancia del trabajo del psicólogo de esta área sino que hay que abrir más el panorama para los mismos psicólogos sobre la labor fundamental que se realiza en este ámbito, la importancia y el compromiso que se adquiere, así como la mejora como profesionistas y la mejora en la labor de trabajo con equipos multidisciplinarios. En este aspecto se debe realizar una difusión de la labor del psicólogo en esta área con el fin de romper con los mitos y prejuicios que mantiene la comunidad sobre el trabajo de estos profesionistas y que desvirtúan su valor, para ello es importante realizar acciones educativas, que hagan que el trabajo que desempeña el psicólogo de la salud resulte tan necesario y natural como lo es el del médico, de tal forma que la consulta psicológica sea la asistencia a un servicio de salud integral.

3° En el campo de la salud, hay que tener claro que en la actualidad el médico no es el único profesionista que puede atender los procesos que se relacionen con la misma, hay que difundir la necesidad del trabajo multidisciplinario del que debe ser parte cada profesionista relacionado con el área de la salud, así como el propio individuo, enfatizando el rol así como el beneficio que se otorga al trabajar en equipo, lo cual a su vez permita entender al individuo que su salud no esta determinada por un solo factor, sino por diversos factores los cuales no pueden ser atendidos por un solo profesionista, si no que se ven inmiscuidos diversos profesionistas y tratar de que el individuo de la importancia a cada uno de ellos.

4° Énfasis en la promoción de políticas saludables, creación de ambientes de apoyo, desarrollo de habilidades personales, fortalecimiento de la acción comunitaria y reorientación de los servicios de salud como puntos de reafirmación de una justicia social y equidad en la promoción de la salud. El ambiente es un elemento importante para promover la salud, así como también las dimensiones económica, política y cultural a la que esta sometida una población por lo cual debemos estar comprometidos con un desarrollo sostenido.

Dentro de las conclusiones se consideran los aspectos que son tomados en cuenta por los profesionistas de la salud, sobre los cuales se hace mayor hincapié, tanto para la mejora en la salud como en el mantenimiento de la misma, ya que con ello es posible aminorar los factores de riesgo tomando en cuenta algunos aspectos entre los cuales se encuentran los siguientes.

-La alimentación: la cual debe ser un régimen ordenado con horarios establecidos y respetados, esta debe ser balanceada de acuerdo a las necesidades particulares de cada persona.

-Descanso: el dormir suficiente es una necesidad básica de todo ser vivo, para su funcionamiento efectivo y productivo.

-Trabajo laboral: es una actividad que en muchas ocasiones no es tomada en cuenta para el manejo de la salud de los pacientes, sin embargo, hay que considerar que esta actividad permite a los individuos constituirse como seres independientes y productivos individual y socialmente, lo cual es de suma importancia tomando en cuenta los factores que envuelven el estado de salud de las personas.

-Diversiones: los hábitos sanos de diversión y esparcimiento, son importantes para el desarrollo de una vida saludable y el desarrollo de las habilidades sociales, es necesario que se lleve a cabo de manera periódica y que se establezca y respete los tiempos de diversión tanto familiar como social.

-Ejercicio: el ejercicio físico es de gran importancia para el desarrollo de las personas, este debe ser realizado de manera constante y permanente, ya que se considera como factor trascendental para un estado de salud total, ya que facilita el funcionamiento

efectivo de todos los órganos del cuerpo incluyendo el cerebro como centro de control para desarrollarse óptimamente.

-Hábitos de higiene personal y social: mantener limpio nuestro organismo y el lugar que habitamos limita en gran medida los factores de riesgo de enfermedad y eventualmente favorece el desarrollo de un ambiente adecuado para la construcción de una cultura de la salud y por tanto de individuos saludables.

-Manejo y selección de información y comunicación efectiva: lo ayuda a seleccionar la información que se recibe, aceptando solo lo que le permita al paciente tener opciones de bienestar y eventualmente le facilite el desarrollo de las habilidades para expresar y pedir lo que necesita y lo que desea de una manera efectiva.

-Manejo de emociones: detectar y canalizar emociones negativas para evitar que se expresen de manera psicósomática, es decir, mediante malestares fisiológicos.

-Manejo de problemas: estar abiertos a soluciones realistas y efectivas, que faciliten al individuo la realización de sus expectativas.

Como ya se presento a lo largo del trabajo, como se determina la salud y elementos que implican e intervienen dentro de la misma, se establece los puntos antes señalados como conclusión de lo que hace referencia al los estilos de vida que permite y optimiza un estado de salud en el paciente y que a su vez deben ser atendidos por lo profesionistas de la salud, a manera de disminuir los factores de riesgo y establecer estilos de vida más saludables; sin dejar de lado, que para el establecimiento, mejora y alcance de esta meta: el psicólogo tiene un papel fundamental.

Por ello se propone a manera de síntesis los principales tópicos que se pueden desarrolla en la promoción de la salud.

- Desarrollar habilidades personales
- Crear condiciones para que la gente tome conciencia y se capacite para reconocer y expresar las necesidades de salud.
- Crear condiciones para que las personas pueden analizar de forma critica su realidad e identificar los factores determinantes de su salud

- Proveer instrumentos en la búsqueda de alternativas para la solución de problemas y transformación de la vida cotidiana.
- Intensificar los apoyos sociales y reforzar la acción comunitaria
- Buscar el perfeccionamiento de los profesionistas de la salud con el fin de rediseñar los servicios de salud
- Controlar y mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida en el ámbito de lo colectivo/ comunitario

Todo ello es propuesto a raíz de la revisión teórica y metodología realizada en el presente trabajo, además de la experiencia adquirida en el contacto propuesto y facilitado por las prácticas con la población que requiere de el uso de los servicios de salud, así como el contacto con otros profesionistas que se desarrollan en este ámbito, analizando diversas situaciones en cada uno de los casos atendidos durante mi estancia en la CUSI Almaraz. A pesar de ser tan variados los casos atendidos, se constato en ellos que efectivamente los estilos de vida son los que determinan nuestro comportamiento ante el proceso de salud / enfermedad y que son estos los que deben modificarse para el bienestar de los pacientes mismos.

Todo terapeuta de la salud mental necesita de una herramienta importantísima en su práctica diaria, en este caso todo el conocimiento teórico y práctico posible para intervenir las crisis psicológicas que no estamos exentos de sufrir ninguno. Se impone un reto: Conocer para transformar. Exponemos las ideas que son trascendentales en el algoritmo de un paciente en crisis sea cual sea su causa. Estableciendo que la asistencia del paciente ante nosotros los psicólogos en la clínica se debe a un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, lo cual lo hace acudir a nosotros en busca de obtener un resultado a su situación. Y la técnica a la que se hace referencia utilizada durante las practicas desempeñadas en la CUSI Almaráz. Es la técnica de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia que nos indica que esta técnica se puede aplicar en medios tan diversos como los centros de salud, hospitales, ambulatorios y en clínicas privadas, para que con un coste menor para el paciente o la

paciente, puedan obtener los beneficios que dicho abordaje supone. Fundamentalmente, reducir el estado de alienación a que se ve sometida la persona en este sistema social, y fomentar el nivel de conciencia de la realidad que le rodea y de sus procesos intra psíquicos y corporales, es decir, de su propia realidad característica estructural y de sus potencialidades yoicas, permitiendo así que la persona sea más dueña de su vida y como consecuencia tenga una mayor capacidad de compromiso con lo social como elemento causante –a través de la estructura familiar– del disturbo de la enfermedad. Se trata de facilitar a nivel social, una medida de cambio y de profilaxis indirecta a través de un abordaje psicoterapéutico y del empleo de unas herramientas por unos profesionales de la salud que sienten que el combate con la enfermedad implica un claro compromiso social y de cambio. Todo ello debe Favorecer en general, la emotividad y la expresión de sus afectos en una atmósfera de integración analítica de la experiencia emocional y del insight, utilizando dentro del setting terapéutico tanto herramientas verbales como corporales, aplicadas en función de la fase de la terapia y de los objetivos individuales a alcanzar.

El manejo de esta técnica permite en cuanto a la misma las siguientes conclusiones, por un lado que la intervención que se hace con ella tiene tres principios básicos que hacen referencia a lo siguientes: primero permite una oportunidad de establecer una terapia breve de urgencia con tiempo limitado con un proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio en su estado de salud en un promedio de 1 a 6 semanas. Segundo, el establecimiento de metas que permite al paciente a recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado que tenía antes de presentarse la pérdida de este por el motivo que sea y que le permita superar el momento crítico. Y por último establecer una valoración que abarque tanto las fortalezas, así como las debilidades del paciente para desarrollar enfermedades y para recuperar o alcanzar un equilibrio que le propicie un estado de salud óptima.

En si el trabajo que se realiza por medio de esta técnica permite algunas cosas en concreto para la mayoría si no es que para todos los pacientes, tales como:

La concentración de los esfuerzos y capacidades del paciente.

El significado dinámico funcional concreto de la sesión.

El aprovechamiento de los recursos medioambientales disponibles.

La acción concentrada sobre el problema.

La pluralidad instrumental asociada a la unidad del esquema referencial.

La producción del insight.

Así, el impacto terapéutico, las posibilidades y el significado práctico real de las intervenciones breves son sencillamente impensables.

En lo que hace referencia al desempeño de cualquier tipo de práctica profesional y en el lugar en el que se desarrollen estas, nos llevan a señalar que en la mayoría se pueden encontrar con diversos obstáculos. Estos obstáculos pueden tener diversa índole, desde los que se relacionen con el conocimiento del lugar y del trabajo que se desarrolla en el mismo, que en mi caso no presento problema ni fue un obstáculo debido al conocimiento y trabajo previo desempeñado en la CUSI Almaraz durante mi servicio social, lo cual fue motivo para decidir el desempeño de mis prácticas profesionales en este lugar.

Otro de los obstáculos podría relacionarse con el aprendizaje teórico adquirido durante la carrera y la aplicación del mismo en esta área; sin embargo, el conocimiento previo sobre las funciones, labores y formas de trabajo que en este lugar se desempeñan no fue difícil trabajar. En este rubro me encontré con algunos obstáculos en lo que hace referencia a la intervención con los pacientes, debido a como poder manejar de forma adecuada a cada paciente que lo requiriera para poder cumplir con los lineamientos de la psicología como intervención bajo la modalidad de psicoterapia breve y de urgencia, estos problemas fueron resueltos con el apoyo de mi asesora y aunque pudieran considerarse problemas menores en algún momento interfieren en el desempeño de nuestra profesión. A manera de ejemplificar este tipo de obstáculos señalo lo siguiente: “una de mis pacientes que acudió por tener miedo al servicio de odontología, llevo a cabo su terapia normal, durante cuatro sesiones se pudo manejar el miedo, que no era muy grande, al grado que pudo realizar su tratamiento dental de manera optima y sin complicaciones, sin embargo durante dos sesiones más la paciente solo quería hablar de cómo poder hacerle ella para ayudarle a otras personas con sus problemas, aunque se realizaron las aclaraciones pertinentes sobre que ella no puede cambiar o decidir por terceros la señora era insistente, ya habiendo explicado que esto no

podía realizarse como ella esperaba y mencionado que el problema por el cual ella acudía ya estaba solucionado (eso expresado por ella misma) y que si no tenía otra demanda para ella que el servicio ya estaba concluido, todo ello con el apoyo de mi asesora.” Con ello se puede señalar que en muchas ocasiones los obstáculos no están relacionados con nuestro aprendizaje teórico, si no que se encuentran aunados a nuestras habilidades personales para manejar ciertas situaciones.

Uno más de los obstáculos que podemos señalar fue las salidas a la comunidad de práctica y principalmente fue con los espacios tan pequeños que manejaban las escuelas para que las distintas áreas que acudíamos (medicina, odontología, optometría y psicología) a brindar el servicio trabajáramos de forma adecuada, lo cual se fue resolviendo de acuerdo al espacio y la cantidad de niños con los que nosotros fuéramos a trabajar, la forma de resolver esta situación, fue desde acomodar a los niños de la mejor manera para que no pudieran distraerse, colocar un terapeuta por cada tres niños para vigilar que siguiera el procedimiento sin distracción, también en que algunos terapeutas entretuvieran en la parte de afuera del salón a los niños restantes (por lo grande que eran los grupos) ya que sus profesoras dejaban salir a todos en un solo grupo y así teníamos que devolverlos, pero debido al espacio entraban la mitad de estos grupos primero y luego el restante.

Cabe destacar que debido a la buena relación entre nuestros coordinadores la Lic. Blanca y el Lic. Emiliano, dentro de la institución de la CUSI Almaraz, y a que es un clínica donde se trabaja de forma multidisciplinaria no se presentaron mayores obstáculos para desempeñar mis prácticas profesionales de manera óptima.

Algunas propuestas para desempeñar de manera más óptima el trabajo del psicólogo de la salud ya se han mencionado con anterioridad; sin embargo, considero pertinente señalar específicamente las propuestas que están encaminadas a mejorar el desempeño del psicólogo en la Clínica Universitaria de Salud Integral Almaraz.

Primero. Encaminado a los tres niveles de intervención hablamos del esparcimiento de información que indiquen de forma clara y específica la labor del psicólogo dentro de la

salud, así como funciones, características, beneficios, costos, etcétera. Es decir dar promoción sobre el quehacer del psicólogo de forma general, lo cual le permita a la población en general y a los pacientes de la misma clínica un conocimiento de lo que este servicio ofrece y que le permita tomar la decisión de asistir al mismo por la necesidad del servicio mismo y no por la petición de algún otro profesional de la salud (médicos).

Para ello hace falta la propaganda del mismo servicio que podría llevarse a cabo de diferentes formas como son, el esparcimiento de carteles y trípticos que den información de donde se da este servicio, en que horario, en que puede beneficiar a la persona, cuando pueden acudir, etc., lo cual se llevo a cabo durante el curso de mi servicio social y mis prácticas profesionales. Otra forma es mediante el contacto directo con la comunidad aledaña ofreciendo conferencias que le permitan a la gente desahogar sus dudas acerca de lo que realiza el psicólogo con la finalidad de romper con el mito que aunque en menor grado hasta nuestra fecha sigue prevaleciendo como que el psicólogo solo es para curar a los locos; estas conferencias permitirían ver las necesidades generales que presenta la población y el tipo de servicio que demandarían de los psicólogos de la salud.

Las mismas conferencias pueden ser impartidas dentro de la clínica para que la gente que acude a la misma sepa que la clínica cuenta con este servicio y que debe de formar parte importante para el mantenimiento, y mejora de su salud al igual que los otros servicios que se ofrecen en la clínica y a los cuales acude.

Segundo. En la misma modalidad de la anterior esta propuesta se enfoca al servicio ofrecido en comunidades de práctica, en el caso específico de las escuelas a las que se acudió, se puede establecer un contrato cada semestre con cada una de las instituciones escolares, en donde se especifique el servicio que se brinda, el beneficio que les traería, así como los costos del mismo; estableciendo claramente que los costos estarán en función del programa que se aplique por ejemplo: si se establece la aplicación del BARSIT, el costo para la escuela es brindar al equipo de psicólogos que acudan un lugar dentro de la instalación que no perjudique a sus actividades cotidianas, pero que permita desempeñar la labor de los psicólogos de manera adecuada. Aunque no todas las escuelas cuentan con

recursos para designar aulas para cada actividad, algunas de las escuelas que visitamos cuentan con una aula en donde se almacenen objetos que algunos maestros consideraron inservibles y que bien podría acondicionarse para llevar a cabo las distintas intervenciones no solo del equipo de psicólogos si no de los demás profesionistas que conforman los equipos multidisciplinarios de servicio a la comunidad con los que cuenta la CUSI Almaraz. Esto solo es un ejemplo de lo que se puede establecer con las instituciones ya que de igual forma se pueden impartir conferencias a padres y maestros para la explicación de la importancia no solo de los servicios médicos, odontológicos, etc., para sus niños sino también remarcar la importancia del servicio de psicología para el desarrollo de sus hijos y para el de la misma comunidad estudiantil, llámense padres, maestros, alumnos y familias. Pero para ello hace falta de igual forma que en otros casos promocionar con los directivos de dichas instituciones el servicio de la aplicación de diversos programas por parte de los psicólogos para la mejora de la comunidad estudiantil y mantener los contratos para dar seguimiento a cualquier programa que este en función en dichas instituciones.

Tercero y último establecer dentro de la clínica un expediente clínico del paciente más organizado para funcionar en las distintas áreas, esto correspondería según mi criterio a llevarlo de la siguiente forma: en un primer termino al ingresar un paciente nuevo independientemente del servicio que este solicitando (y al que se le daría prioridad) inducirlo a que asista a los diferentes tipos de servicios que se imparten en la clínica a manera de realizar una valoración general del estado del paciente concerniente a su salud esto a manera de que el paciente comprenda que su salud no solo implica un dolor o la ausencia de un bienestar, sino que esta compuesta por los factores biológicos psíquicos y sociales por lo cual debe de tomar conciencia de su realidad de sus problemas y de que servicio puede brindar ayuda y en que le beneficiaría tomar los otros servicios. Para ello cada área tendrá su forma de valorar al paciente, pero se deberá de tomar en cuenta los rangos de cada una de estas áreas para considerar que el paciente se encuentra en óptimas condiciones o no y a partir de este momento dar una sugerencia al paciente de lo que puede realizar al respecto, sin que se vea obligado a tomar las sugerencias ya que como se ha mencionado con anterioridad la salud es un factor fundamental de la decisión que cada persona tome para con la suya propia. El costo económico que se maneja en la clínica es

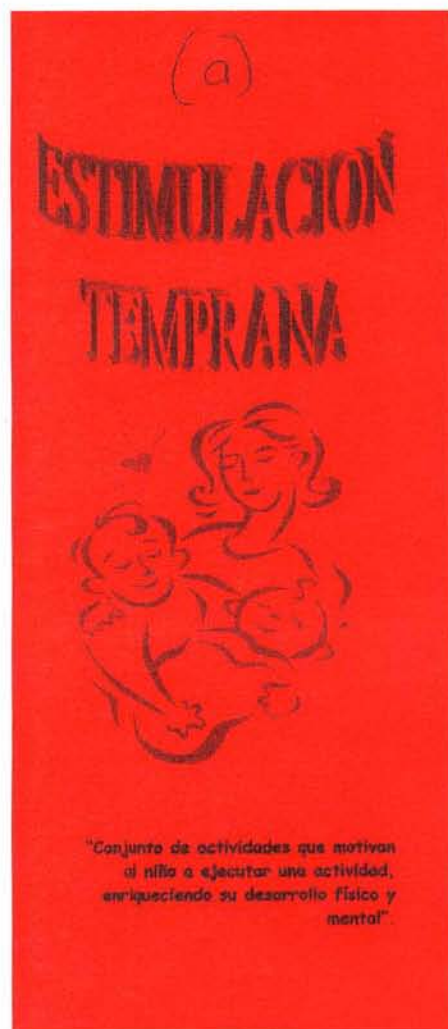
dependiendo del servicio que solicite el paciente, habría que unificar este para esta asistencia de primera vez en algo que no resulte caro para el paciente y que lo anime a considerar todos los servicios, con las aclaraciones pertinentes con respecto al costo.

En segundo lugar que si hay algo relevante del paciente que pudiera afectar el tratamiento de otro servicio sea señalado de forma clara y concisa en el expediente. Tercero tener un mecanismo más adecuado sobre el control y manejo de la información que contienen los expedientes clínicos, esto debido a que en ocasiones nos encontramos con que nuestros expedientes ya no aparecían por que algún otro servicio no lo había entregado y aunque en nuestro caso cada quien llevaba un control de sus pacientes y de su expediente esto se realizaría con la finalidad de que futuras intervenciones que se realicen en el paciente se tenga un conocimiento previo de lo que se ha hecho al respecto en ocasiones anteriores y quien lo realizo por si hay que aclara algo, esto lo señalo por que uno de mis casos dijo que ya había sido atendido y; sin embargo, en su expediente no aparecía nada en el área de psicología.

Por último agradezco la oportunidad brindada para el desempeño de la presente práctica profesional, tanto a la Clínica Universitaria de Salud Integral, perteneciente a la UNAM, FES Iztacala como a la colaboración de mis compañeros psicólogos, médicos, enfermeras, odontólogos, así como de otros profesionistas relacionados con la salud, a las experiencias brindadas no solo por los ya mencionados, si no a todas y cada una de las personas con las que tuve contacto (pacientes, maestros, alumnos) que hicieron de mi estancia una estancia fructífera en mi desarrollo profesional y personal. Pero muy en especial a mi asesora Blanca Leonor Aranda Boyzo por la oportunidad de crecer en todos los sentidos y de ver culminada una meta muy importante en mi vida “el ser profesionista” y servir a la comunidad.

ANEXOS

Anexo (a): Trípticos de información general.

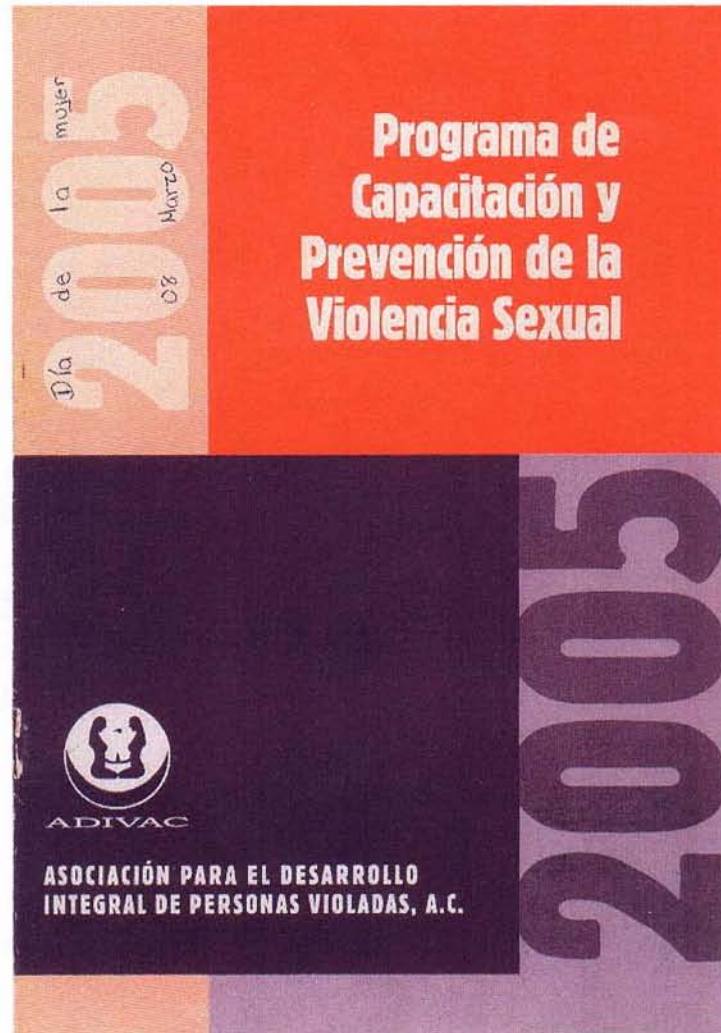


Anexo (b): ESCALA DE DEPRESIÓN

Marque con una X su respuesta.

	Nunca o rara vez	Algunas veces	Frecuente -mente	Casi siempre	Puntos
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 las noches					
Como más 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 más 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 más irritable que de costumbre					
Me es fácil tomar decisiones					
Siento que soy útil y me necesitan					
Me siento satisfecho y pleno con mi vida					
Siento que los otros estarían mejor si yo muriera					
Sigo haciendo con gusto las cosas habituales					

Anexo (c): Tríptico del día internacional de la mujer.



Anexo (d): BARSIT

MTI
1-3

MEDICIÓN RÁPIDA DE
HABILIDAD INTELECTUAL



BARSIT

Francisco del Qlino

CUESTIONARIO IZT. 0105185

Apellidos:		
Nombres:		
Edad:		Fecha:
Puntos:	Normas:	Porcentil:

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:

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

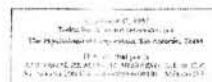
A continuación se encuentran 60 preguntas parecidas a éstas.

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.




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
6996

Anexo (e): Carnet y entrevista de Psicología

<p style="text-align: center;">IMPORTANTE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acuda puntualmente a sus citas 2. Al llegar avise al Doctor que lo atiende 3. Asee su boca lo mejor posible antes de la consulta 4. Trate de venir sin acompañantes a menos de que se le indique 5. Por su bien no traiga menores de edad a menos de que sean pacientes 6. Acuda a consulta alimentado a menos que se le indique lo contrario 7. No traiga ni consuma alimentos en la clínica 8. Tome todos y cada uno de los medicamentos que se le indiquen 9. Informe de cualquier reacción rara a su Doctor 10. Sus dudas serán aclaradas por el profesor responsable de la clínica 11. No olvide su carnet para cada cita 12. Si no llega puntualmente se reprogramará su cita 13. Pague en CAJA todos sus derechos de atención y solicite su RECIBO 	<p style="text-align: center;">UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO</p> <p style="text-align: center;">FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA</p> <p style="text-align: center;">CARNET DE CITAS</p> <p style="text-align: center;">CLINICA ALMARAZ</p> <div style="text-align: center;">  </div> <hr style="width: 100%; margin-top: 20px;"/> <hr style="width: 100%; margin-top: 10px;"/> <hr style="width: 100%; margin-top: 10px;"/> <hr style="width: 100%; margin-top: 10px;"/>

Anexo (e, 2) Entrevista de Psicología

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

NOMBRE:
 EDAD:
 ESCOLARIDAD:
 OCUPACIÓN:
 ESTADO CIVIL:
 DIRECCIÓN:
 TELEFONO:

SÍNTOMA 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?

SÍNTOMAS 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?
 13-¿Dónde nació?
 14-¿Cómo era la familia?
 15-¿Podría describirme a su padre con tres adjetivos distintivos?
 16-¿ Podría describirme a su madre con tres adjetivos 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 o 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 aprendizaje?
 25-¿Cómo se desarrolló socialmente en la escuela?
 26-¿Tenía amigos? ¿era vergonzoso?
 27-¿Hasta que grado escolar curso?
 28-¿Le agrada su trabajo?

- 29-¿Cuánto 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 alguna enfermedad actualmente?
 41-¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?
 42-¿Toma algún medicamento actualmente?

Anexo (f): Pasantes de Psicología y Asesora (foto de arriba). CUSI Almaraz (foto abajo)



Anexo (g): Pasantes de Psicología y Servicio Social y Clínica de Estimulación Temprana



REFERENCIAS

- Alvarado, J. L., Garrido, A. (1996) Psicología Social y Aplicada. España : Mc Graw Hill.
- Aniorte, H., N. (2003) Psicología y Salud. en:
http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_psicolog_salud_1.htm
- Balint, M., Ornstein, P. y Balint, E. (1996) Psicoterapia Focal: Terapia breve para psicoanalistas. Barcelona: Gedisa. 2ª. Ed.
- Bayes, R., Masana, J. y Toro, J. (1979) Psicología y Medicina: Interacción, cooperación, conflicto. Barcelona: Fontanella.
- Bayes, R. Y Ribes, E. (1989) Un modelo de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. Papeles del Psicólogo. Borrador en prensa.
- Becoña, E.; Vázquez, F. L. y Oblitas, L. A. (1995) Antecedentes y desarrollo de la psicología de la salud. Psicología Contemporánea. 2, (1) 4-15
- Becoña, E.; Vázquez, F. L. y Oblitas, L. (2000). Psicología de la Salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En E. Becoña. Y L. Oblitas (Eds), Psicología de la salud. (11-51) México, D. F.: Plaza y Valdés.
- Bellack, L. (1993) Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia. México: Manual Moderno
- Buceta, J. Y Bueno, A. (2000) Las nuevas aplicaciones de la psicología clínica y la modificación de la conducta el área de la salud. En: J. Buceta (Ed), Modificación de conducta y salud.(22-39) España, Madrid.: UNED

Buela- Casal, G.; Caballo, E. V. y Sierra, J. (1996) Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: España. Siglo XXI. 1ª. Edición. Cáp. 1.

Buela, G; Fernández, L. y Carrasco, T. (1997) Psicología preventiva; avances recientes en técnicas y programas de prevención. Madrid: Pirámide. Cáp. 7.

Buela, G; Fernández, L. y Carrasco, T. (1997) Psicología preventiva; avances recientes en técnicas y programas de prevención. Madrid: Pirámide. Cáp. 34.

Buela, G; Fernández, L. y Carrasco, T. (1997) Psicología preventiva; avances recientes en técnicas y programas de prevención. Madrid: Pirámide. Cáp. 4.

Bustos, H. (2000). La psicología en las instituciones de salud. Buenos Aires: Paidós.

Cristovão, L. F. (1981) Contrato terapéutico con adolescentes. *Psicología en curso*. Brasilia, 2 (7):23-26.

De La Parra G, Von Bergen (2000). El instrumento que mide resultados terapéuticos como herramienta en la investigación psicoanalítica. *Revista de Chile Psicoanálisis* ; 17(2): 143-156

Devries, O. (1970). Del psicoanálisis hacia una psicoterapia planificada. *Revista Argentina de Psicología*: Buenos Aires I (4): 9-30.

Dorantes, F. Y Viques, V (2004) “El quehacer del Psicólogo de la Salud”. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada, de la Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. Edo. De Méx., México

Dubos, R. (1959) Mirages of health .Nueva York: Harper

Fiorinni, H. (1978) Teoría y Técnicas de psicoterapias. Buenos Aires: Nueva Visión.

Garfield, A. (1979) Psicología Clínica. México: Manual Moderno

Gil, F.; León, J. y Jarana, L. (1995) Habilidades sociales y salud. Pirámide. Cáp. 1.

Gil, F.; García, M.; León, J. y Jarana, L. (1995) Habilidades sociales y salud. Pirámide. Cáp. 6.

Gómez, C. (1999) Psicología de la comunidad, perspectivas teóricas, modelos y aplicaciones: un punto de vista humanista. México: Plaza y Valdéz

González, M. M. y Guevara, R., M. (1999) Estilos de vida de salud en estudiantes universitarios. Tesis de Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. Edo. De Méx., México

Greenberg, L. S; Rice, L. N; y Elliot, R (1996) Facilitando el cambio emocional. Paidós, Barcelona.

Holtzman W. H., Evans R., Kenedy S., Iscoe I. (1988) Psicología y Salud. Contribuciones de la Psicología al mejoramiento de la salud y de la atención en la salud. Boletín OPS; 105 (3): 245-282.

Knobel, M. (1987) Psicoterapia Breve. México: Paidós.

Lemgruber, V. (1984) Psicoterapia Breve. A técnica focal. Porto Alegre: Artes Médicas.

Matarazzo, J. D. (1995) Conducta y Salud: Integración de la ciencia y la práctica en psicología y medicina, un siglo después. Psicología Contemporánea. 2 (1): 16-31.

Menninger, K. A. y Holzman, P. S. (1979) Teoría de técnica psicoanalítica. Río de Janeiro: Zahar .

Morales, F.; Páez, D.; Kornblit, L. y Asún, D. (2002) Psicología Social. Buenos Aires: Argentina. Prentice hall y Pearson Educación. 1ª. Edición Cáp. 17.

Oblitas, L. y Becoña, E. (2000) Psicología de la salud. México: Plaza y Valdéz

San Martín, H. (1985) Crisis Mundial de la Salud ¿salud para nadie en el año 2000? México: Ciencia tres.

Slaikeu, K. (1988). Intervención en Crisis. México: Manual Moderno.

Stone G. C. (1988) Psicología de la Salud: una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología* 1 (20): 15-26.

Terris, M. (1980) La revolución epidemiológica y la medicina social/ Milton Terris; compilación de Ignacio Almada y Daniel López ; traducción de Xavier Massimi. México: Siglo XXI.