Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"EL PAPEL DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD EN LA CUSI ALMARAZ"

REPORTE DE PRÁCTICA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

ROBERTO ALVARO ROSSELL PEDRAZA

ASESORES:

LIC. BLANCA ARANDA BOYZO

LIC. EMILIANO LEZAMA LEZAMA

LIC. FRANCISCO JESÚS OCHOA BAUTISTA

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO
- 2006 -

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

INDICE TEMÁTICO

	Tema	Pág
	RESUMEN	1
	INTRODUCCION	2
	CAPITULO 1: PSICOLOGIA Y SALUD	7
1.1	La Promoción en la Psicología de la Salud	11
1.2	La Prevención en la Psicología de la Salud	12
1.3	Factores asociados con el proceso de la enfermedad	15
1.3.1	Modelos salutogénicos	16
1.3.2	Modelos de creencias de salud	16
1.3.3	Factores de Riesgo	18
1.3.4	Enfermedades asintomáticas susceptibles de ser detectadas	21
1.3.5	Enfermedad sintomática aún no diagnosticada	21
	CAPITULO 2: FUNCIONES DEL PSICOLOGO DE LA SALUD	28
2.1.1	Evaluación	28
2.1.2	Diagnóstico	28
2.1.3	Tratamiento e Intervención	29
2.1.4	Consejo, asesoría, consulta y enlace	30
2.1.5	Prevención y promoción de la salud	31
2.1.6	Investigación	32
2.1.7	Enseñanza y supervisión	33
2.2	Técnicas y procedimientos de intervención	34
	CAPITULO 3: LA PSICOTERAPIA COMO MODELO DE INTERVENCIÓN	38
3.1	Psicoterapia Conductista	39
3.2	Psicoterapia Psicoanalítica	40
3.3	Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia (PBIU)	42
	CAPITULO 4: LA LABOR DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD EN LA CUSI ALMARAZ	49
4.1	Historia de la CUSI Almaraz	49
4.2	Servicios que proporciona la CUSI Almaraz	50
4.3	Infraestructura de la CUSI Almaraz	51
4.4	Personal Académico de la CUSI Almaraz	53
4.5	El Servicio Social y la Práctica Profesional en la CUSI Almaraz	54

4.6	El Servicio de Psicología en la CUSI Almaraz	55
4.6.1	Consulta Psicológica	56
4.6.2	Taller de Estimulación Temprana	57
4.6.3	Servicio Comunitario	58
4.7	Descripción de la Actividad del Psicólogo de la Salud en la CUSI Almaraz	60
4.7.1	La participación en los eventos de promoción y prevención	60
4.7.2	Servicio de Consulta Psicológica	64
4.7.2.1	*El caso de Martha*	66
4.7.2.2	*El caso de Olivia*	77
4.7.2.3	*El caso de Sonia*	90
4.7.2.4	*El caso de Sergio*	110
4.7.2.5	*El caso de Jonathan*	118
4.7.2.6	*El caso de Luis*	122
	CONCLUSIONES	132
	BIBLIOGRAFIA	138
	ANEXOS	141

RESUMEN

El presente reporte expone la labor del psicólogo de la salud dentro de la Clínica Universitaria de Salud Integral Almaraz. La función del psicólogo en ésta institución fue principalmente participar en actividades de promoción y prevención, consultoría, supervisión y colaboración con los demás trabajadores de la salud.

A lo largo de este reporte se analiza la evolución del concepto de salud hasta nuestros días y se reflexiona sobre los limites del modelo biomédico hasta llegar a la configuración y campo de aplicación de la psicología de la salud. Se abordan las funciones principales del Psicólogo de la Salud y se presenta a la psicoterapia breve como uno de los modelos de intervención usado durante la práctica. También dada la naturaleza del reporte se particularizan las funciones del Psicólogo de la Salud en la CUSI Almaraz, haciendo un breve recorrido de las características de la clínica desde su inauguración hasta la actualidad y se recalca la importancia de la practica profesional y del servicio social. Finalmente se presenta la descripción y análisis crítico de las actividades realizadas por el Psicólogo de la Salud.

El reporte se concluye con una reflexión personal de lo que significó para el psicólogo estar insertado en una institución de salud durante varios meses conviviendo con otros trabajadores de la salud. Se hace una breve reseña de las aportaciones de la Psicología al campo de la salud y se hace hincapié en la importancia que tiene la Psicología de la Salud como un campo de investigación en continuo desarrollo que demanda una preparación cada vez mejor de los egresados.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la **salud** se define como "el completo bienestar físico, mental y social". En la opinión de Becoña, Vázquez y Oblitas (2000), cuando las personas se refieren a salud, generalmente piensan solo en los aspectos físicos, raramente lo hacen en los aspectos psicológicos y conductuales asociados también a la misma, y mucho menos se piensa en los aspectos económicos.

En las primeras sociedades por ejemplo se pensaba la enfermedad como resultado de la influencia de fuerzas demoníacas o espirituales que poseían a la persona. Después los griegos con la teoría hipocrática de los humores creían que la enfermedad surgía de un desequilibrio entre los humores que circulaban por el cuerpo. En esta disciplina destacan las teorías sobre los cuatro comportamientos básicos (sanguíneo, flemático, bilioso, melancólico) dependientes de cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra). Esta idea de Hipócrates fue continuada incluso por Galeno (131- 201). La recuperación entonces se daba en función de los comportamientos que propiciaran el equilibrio de estos humores. Platón y Aristóteles, San Agustín y Santo Tomás, Guillermo de Occam, Juan Luis Vives, Descartes, Hobbees, Comte y Kant dedicaron parte de sus esfuerzos a comprender desde el prisma de la filosofía, la mente humana, y contribuyeron a que la psicología fuese adquiriendo poco a poco entidad suficiente para convertirse en ciencia, como ocurrió en el siglo XIX. El avance de la tecnología y los descubrimientos científicos como los trabajos de Leeuwenhoek, Pasteur, Koch e incluso Semmelweiss con su concepto de asepsia y antisepsia fueron modificando considerablemente los comportamientos de salud ya que las tasas de mortalidad por rabia, tifoidea o fiebre puerperal fueron disminuyendo y la creencia que la gente empezó a tener en estas prácticas de prevención fue ganando terreno (Kruif, 1992).

A lo largo del siglo XX, los avances de la medicina fueron decisivos con el desarrollo de fármacos, vacunas y avances espectaculares en las técnicas quirúrgicas y en la tecnología médica. A partir de los años cincuentas la importancia en la salud física fue en aumento. Sin embargo el que algunos médicos hayan entendido el concepto de salud como algo que hay que conservar o curar frente a agresiones puntuales (accidentes, infecciones), utilizando la cirugía y la farmacología para cumplir dicho propósito, quizá dejo entrever las propias limitaciones del modelo biomédico y también puso de manifiesto las limitaciones de los sistemas sanitarios, dejando abierta la posibilidad para la psicología de comprender cada vez más cómo las variables sociales y personales mediatizan este proceso.

De acuerdo con Winett, King y Atman, (1989) citados en Becoña, Vázquez y Oblitas (2000), las conductas de salud no ocurren en un vacío y para comprender tales conductas se deben comprender los contextos en los cuales ocurren. Esto implicaría una constelación de factores familiares, interpersonales, ambientales, institucionales, que incluyen aspectos como política pública, ambiente físico y social, prácticas institucionales e influencias personales. Aspectos que concuerdan con lo dicho por Ardila (2000), acerca de que las actitudes y comportamientos del individuo frente a la salud y la enfermedad están determinados culturalmente, y dan contenido en consecuencia a lo que es sano y lo que no lo es.

El contexto sociocultural diseña el papel social del enfermo e incluso determina muchos problemas nuevos. Por tanto se debe también considerar a la familia como unidad básica de comportamientos de salud y enfermedad, ya que interviene en la interpretación de los síntomas del enfermo, en la prescripción de tratamientos, en la decisión de buscar ayuda profesional, en el uso de medicinas alternativas, así como de tratamientos populares, automedicación y la adherencia al tratamiento. Un aspecto en principio positivo es que las personas sean conscientes y controlen su propio comportamiento, como determinante de su salud/enfermedad.

De acuerdo con Matarazzo, Weiss, Herd, Millar (1984) existe suficiente evidencia de que estos comportamientos de salud estarán modificados o influenciados en gran medida por nuestra conducta, pensamientos y relaciones sociales, que van desde obedecer recomendaciones, hasta prácticas de afrontamiento de la enfermedad.

La Psicología de la Salud entonces no tiene un papel fácil, ya que aplicar la psicología al campo de la salud significa también el estudio de la conducta de salud/enfermedad en interacción con otras personas o con productos de la conducta humana, técnicas diagnosticas y de intervención estresantes, organizaciones de cuidado de salud, actividades de promoción, prevención, diagnostico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como la formación de políticas de salud. Además centrada en la promoción y la prevención tiene el deber de suscitar cambios en los comportamientos de riesgo, teniendo en cuenta por supuesto que la finalidad en el aspecto preventivo puede ser disminuir la vulnerabilidad del organismo hacia alguna enfermedad, evitar la enfermedad o evitar algunas de sus secuelas. Grimson (1973), por su parte afirma que existen otros factores además de los comportamientos de salud/enfermedad que están continuamente afectando la labor del trabajador de la salud y estos son principalmente originados por la convergencia que puede darse entre médicos, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, y personal de la institución de salud.

Así, para el psicólogo de la salud, el campo de desarrollo de su acción es, en ultima instancia, el de las instituciones y, de acuerdo con Grimson (1973) el concepto de trabajadores de salud mental se vuelve ajeno a la práctica privada, ya que el conocimiento de la realidad sanitaria en su conjunto tiene un valor político – científico que debe ser privilegiado como enmarcador de todo conocimiento, desde la epistemología hasta la técnica.

Para el psicólogo de la salud ésta es una posición privilegiada ya que esta inmerso en un contexto tecnológico, es decir que se encuentra en un campo en donde se puede crear y poner a prueba técnicas de intervención, evaluación, diagnóstico, enseñanza, promoción y prevención. Al respecto de esto último las funciones preventivas y promotoras del Psicólogo de la salud están centradas por lo general en:

- 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.

La actividad profesional de los psicólogos de la salud está asociada también a la utilización de ciertos instrumentos, cuyo uso y correcta aplicación e interpretación de resultados supone un nivel de entrenamiento específico en:

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

La Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) Almaraz ubicada en el Municipio de Cuautitlán Izcalli en el Estado de México fue un escenario apto y una buena oportunidad para ejercer como psicólogo de la salud. Dado que esta clínica ofrece los servicios de Medicina, Odontología, Optometría, Enfermería y Psicología, se advierte un tratamiento para el paciente que pretende ser por lo menos integral. En esta institución el psicólogo de la salud interviene en distintas áreas y colabora con los demás trabajadores de la salud en las distintas actividades de promoción y prevención como "La Feria del Síndrome Metabólico y la Semana Nacional de Salud". Así mismo cumple con el servicio de consulta psicológica y coordina talleres de apoyo y orientación para la comunidad.

Este reporte tiene por objetivo describir el papel del psicólogo de la salud en el periodo comprendido del 23 de agosto 2004 al 23 de Febrero del 2005, y entre otras cosas, intenta dar cuenta de la creciente demanda del servicio psicológico que se tiene en esta comunidad, describe los estilos de vida que los propios individuos van formando al adquirir e incluso enseñar hábitos de salud inadecuados, hace hincapié en la necesidad de contar con un programa de capacitación para todos los trabajadores de la salud en donde se busque verdaderamente la colaboración multi e interdisciplinaria, expone la evidente dificultad para poner en práctica las estrategias de promoción y prevención, reconoce la necesidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos durante la carrera y apegarse lo mas posible al modelo de psicoterapia breve y observa los límites del modelo biomédico, entre otras cosas.

Las consultas psicológicas se llevaron a cabo siempre con la asesoría del jefe de área y bajo un modelo de intervención denominado Psicoterapia Breve (PBIU). Paralelamente se describen los aspectos sobresalientes de esta práctica que de alguna forman intervenían en el motivo de consulta. Finalmente se contemplan las carencias de los distintos modelos de salud y se observan algunas demandas dirigidas al psicólogo por parte de otros trabajadores de la salud para que todos mejoremos el tratamiento del paciente.

CAPITULO 1

PSICOLOGIA Y SALUD

En 1946, a raíz de su fundación, la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió a la salud como: “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000). Sin embargo esta definición ha sido criticada por diversos autores ya que consideran más apropiado manejar el concepto como un proceso salud – enfermedad en el cual se esta en constante movimiento entre estos dos polos debido a las distintas condiciones de la población.

Tradicionalmente los médicos han entendido la salud como algo que hay que conservar o curar frente a agresiones puntuales (accidentes, infecciones) (Labrador, Muñoz y Cruzado, 1990, citados en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000). La influencia que ha ejercido la medicina en la población es histórica y hoy en día aún encontramos acciones dirigidas hacia el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en el individuo en aislado, lo cual sigue promoviendo la concepción orgánica o biologisista del proceso salud – enfermedad. Sin embargo en las últimas décadas ha habido un giro en el modelo de salud considerando a la salud como algo que hay que desarrollar y no como algo por conservar.

La aceptación del concepto integral de salud, con la inclusión de los tres marcos de referencia (el biológico, el psicológico y el social), lleva consigo la exigencia de la aplicación integrada de los conocimientos derivados de cada una de las partes componentes del modelo para resolver problemas de salud, mantenerla o para promocionarla. La reelevancia de las variables comportamentales y el estudio de sus mutuas interacciones fueron estableciendo el escenario para el surgimiento de la Psicología de la Salud.

Ardila (2000), menciona que las actitudes y comportamientos de los individuos frente a la salud y la enfermedad están determinados culturalmente, y dan contenido en consecuencia a lo que es sano y lo que no lo es. Así mismo el contexto sociocultural diseña el papel social del enfermo e incluso determina muchos problemas nuevos. En este sentido, la Psicología de la Salud trabaja por estimular las principales conductas relacionadas con los estilos de vida que constituyen comportamientos protectores, tales como la práctica regular de ejercicios físicos, las prácticas nutricionales adecuadas, la reducción de consumo de sustancias tóxicas, las prácticas de seguridad y protección, prácticas adecuadas de higiene, participación en programas promocionales y preventivos, aprendizaje de recursos personales para minimizar la acción del estrés, uso de servicios sanitarios de la comunidad, entre otros.

Pero la Psicología de la Salud como se le conoce hoy en día no es un producto nuevo, es mas bien resultado de una reforma sobre el concepto de salud, que considera la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población.

De acuerdo con Martín (2003), la Psicología de la Salud tiene sus antecedentes teóricos y prácticos en los modelos de Psicología Clínica, Psicología Médica, Medicina Conductual y Psicología Comunitaria. La Psicología Clínica es el más viejo de estos modelos y comienza desde finales del siglo XIX, asociado al trabajo de instituciones para enfermos mentales; es un modelo centrado en la enfermedad más que en la salud, enfocado hacia el individuo, hacia la enfermedad «mental» y estrechamente asociado a la psiquiatría.

Hasta los años 50's la investigación e intervención psicológica en el ámbito de la salud había estado centrada casi exclusivamente en la denominada salud mental y es a partir de la década de los años sesenta cuando se produce un interés por analizar de forma sistemática las relaciones existentes entre el comportamiento y la salud en general.

El acercamiento de la psicología clínica al tratamiento de trastornos como el dolor crónico, enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales y alérgicas, supuso una extensión de la actividad clínica que tenía una evidente repercusión en el tratamiento médico de estos problemas. Surgió así un campo interdisciplinario que integra, básicamente, el enfoque psicológico y el médico, a la hora de abordar los distintos aspectos relevantes a este tipo de problemas. Nace entonces la medicina conductual, como movimiento científico-profesional en la conferencia de Yale de 1977, se definió como: el campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo y la integración de la ciencia conductual y biomédica, así como con el conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y de la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y de estas técnicas a la prevención, diagnostico, tratamiento y rehabilitación en la cual se destacaba el papel de los comportamientos aprendidos en el origen y manifestaciones de las enfermedades, buscando medios a través de los cuales los cambios en el comportamiento desempeñen una función útil en el tratamiento y la prevención de enfermedades. Como se observa esta definición es muy similar a la utilizada generalmente para denominar a la Psicología de la Salud, pero la diferencia entre las dos estriba de acuerdo con Amigo, Fernández y Pérez, (1998), en que la medicina conductual tiene una naturaleza interdisciplinaria mientras que la psicología de la salud es una rama de la psicología; también en que la medicina conductual se centra en el tratamiento y rehabilitación del paciente y la psicología de la salud en la prevención. Lo peculiar de la medicina conductual, sin entrar en su evolución desde su fundación a la actualidad, estriba en la creación de un ámbito de integración multidisciplinar médico y psicológico. Esto significa, observar al psicólogo clínico, trabajando conjuntamente con los médicos y especialidades anexas, en la evaluación, prevención, tratamiento y rehabilitación de todo tipo de problemas clínicos. Lo cuál nos deja ver ya diferentes niveles de intervención que poseía la medicina conductual. Al respecto de esto último Matarazzo (1979) citado en Becoña, Vázquez y Oblitas (2000), propone el término de salud conductual para recalcar dos áreas de intervención de la medicina conductual: la prevención y el mantenimiento de la salud. La similitud con la medicina conductual es total, a

excepción de lo que supone la aparición de un nuevo término «salud», frente a «medicina» y recalcar el mantenimiento de la salud, aspecto que provocó la transición prácticamente inmediata, al de *psicología de la salud*.

Al hablar sobre el concepto de "Psicología de la Salud" Matarazzo (1980) citado en Becoña, Vázquez y Oblitas (2000), menciona que se mantiene en el ámbito de interés y actividad de la medicina conductual, pero introduce varios cambios de notable importancia. El primero, estriba en que elimina la multidisciplinariedad característica de la medicina conductual, e incluso de la salud conductual, para restringirse al campo psicológico; el segundo, es que propugna una filosofía de la salud como elemento característico de intervención en este ámbito. Además, se ocupa del estudio de los factores subjetivos que intervienen en el funcionamiento de las organizaciones laborales de salud y sus trabajadores.

Para Martín (2003), la psicología de la salud queda definida como "la rama aplicada de la Psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos del proceso salud-enfermedad y de la atención a la que le interesan todos los aspectos psicológicos que intervienen en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se manifiestan en la prestación de servicios de salud a la población". La misma autora aclara que en el plano práctico la psicología de la salud se expresa en un modelo que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de enfermedades, la atención de los enfermos y las personas con secuelas, y la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de la población.

Por su parte Becoña, Vázquez y Oblitas (2000) la definen como "el aporte profesional de las distintas áreas de la ciencia psicológica a la promoción, fortalecimiento y mantenimiento de la salud integral, así como el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad.

Por todo lo anterior, podemos ahora entender los factores por los cuales emerge la psicología de la salud, como son: el cambio de concepto de salud, el cuestionamiento del modelo biomédico, el cambio en los patrones de enfermedad, cuestiones de índole económica y la madurez de la tecnología conductual (Engel, 1977, citado en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000), y cómo gracias a todas estas posturas podemos tener aproximaciones a una definición mas o menos aceptada de los que es esta rama de la Psicología y su objeto de estudio. Sin embargo de acuerdo con Matarazzo (1980), Krantz, Grunberg y Baum (1985), Rodin y Salovey (1989), citados en Becoña, Vázquez y Oblitas (2000), la psicología de la salud comprende también áreas extensas, las cuales estos autores han clasificado en cuatro puntos principales que son:

1. La promoción y el mantenimiento de la salud.
2. La prevención y el tratamiento de la enfermedad.
3. Los factores asociados con el desarrollo de la enfermedad.
4. El sistema de cuidados de la salud y formulación de la política de cuidados de la salud.

1.1. La Promoción en la Psicología de la Salud.

Buela-Casal (1997) citado en De la Campa (2004), menciona que el concepto de prevención había sido enmarcado tradicionalmente dentro del contexto del modelo biomédico por lo que su pretensión era evitar que el cuerpo humano se afectara, esto sin considerar los elementos psicológicos y sociales que mediatizan el proceso de contraer una enfermedad. Pero ahora dentro del modelo Biopsicosocial, se persigue la activación u autoresponsabilidad de las personas respecto a su salud l cuál habla del carácter de promoción de la psicología de la salud.

Por su parte Amigo, Fernández y Pérez (1998), mencionan que la prevención así como la promoción son procesos que siempre van juntos, ya que ambas potencian la prevención de enfermedades. En el mismo sentido Ardila (2000), dice que la promoción supone la instauración y mantenimiento de comportamientos no solo saludables, sino potenciadores de las capacidades funcionales, físicas, psicológicas y sociales de la persona. Este mismo autor señala que la promoción de la salud se lleva a cabo directamente en los individuos mediante la educación sanitaria, aspecto que propicia modificar sus comportamientos a fin de que adquieran y conserven hábitos de salud sanos, conozcan y aprendan a usar los servicios y organismos de salud disponibles, y estén capacitados para tomar decisiones (individuales o colectivas) que impliquen mejoras en su estado de salud y en el saneamiento del lugar donde viven.

Dado que la promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o empeoran la salud de las personas, Becoña, Vázquez y Oblitas (2000) reconocen un número de comportamientos relacionados con la salud, descubiertos según lo mencionan, a través de la investigación epidemiológica. Estos comportamientos expuestos por los autores como conductas saludables son: *practicar ejercicio físico, mantener una nutrición adecuada, adoptar comportamientos de seguridad, evitar el consumo de drogas, sexo seguro, desarrollo de un estilo de vida minimizador de emociones negativas, adherencia terapéutica.*

1.2. La Prevención en la Psicología de la Salud.

En lo que se refiere a la prevención, ésta tiene el objetivo de evitar o reducir la incidencia de una determinada enfermedad o problema. Para la mayoría de los autores ha sido categorizada en tres niveles de intervención que tienen por objetivo promover una mejor calidad de vida. Estos niveles de acuerdo con Bellak (1993) son: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

- **Prevención primaria** se refiere a cuando las personas se encuentran psicológicamente en riesgo. El objetivo de esta es la reducción de incidencia de casos nuevos de incapacidad y perturbación mental en una población, es decir se pretende evitar un problema que afecte a la comunidad, esto se puede lograr gracias a diversos programas de intervención.

- **Prevención secundaria** que se refiere al trato de estados agudos ya existentes. Orientada a reducir los efectos adversos. Sus recursos son la detección temprana y el tratamiento. No pretende en si reducir la incidencia, pero sí la gravedad y cronicidad del problema o enfermedad.

- **Prevención terciaria**, se refiere al control de estados crónicos, lidiar con los síntomas más perturbadores para el paciente.

En la prevención primaria según Ardila (2000), se trabaja con conceptos muy importantes como estilos de vida que llevan a la salud, añadir vida a los años, añadir salud a la vida, motivaciones para adquirir y mantener la salud, incremento de hábitos saludables y decremento de conductas de riesgo. En este mismo texto se mencionan ciertas características y habilidades que el Psicólogo de la Salud que trabaja en la labor de prevención deberá poseer. Dichas características son:

"Requerir un sólido entrenamiento en metodología científica, tener un manejo adecuado de las políticas sociales en salud, ser capaz de trabajar en campos multidisciplinarios con otros profesionales de la salud. Esta necesidad de integrarse con otros profesionales requiere para cumplir su función además una actitud abierta, de aprender, de recibir y de comunicar nueva información" (Ardila, 2000)

Considerando esto último, Becoña, Vázquez y Oblitas (2000), mencionan algunos puntos donde la Psicología de la Salud se puede desarrollar aún más:

1. Mayor empleo del modelo conductual, para comprender, explicar y cambiar los comportamientos desadaptativos relacionados con la salud.
2. Mayor desarrollo de programas preventivos, para distintas enfermedades, causadas por malos hábitos.
3. Clarificar el concepto de psicología de la salud y otros conceptos relacionados con ella.
4. Delimitación del campo práctico del modelo biopsicosocial.
5. Construir modelos explicativos de los distintos problemas en los que intervienen la psicología de la salud, desde una perspectiva interdisciplinaria.
6. Disposición de técnicas más efectivas, que tengan un adecuado costo-efectividad.
7. Mejorar, evaluar correctamente y desarrollar nuevas técnicas de intervención.
8. Incremento del interés de la psiconeuroinmunología.
9. Desarrollar estrategias de intervención sencillas, que sirvan de auto ayuda, o que se puedan transmitir por los medios de comunicación.
10. Desarrollar estrategias efectivas de prevención de la recaída de los hábitos y enfermedades.
11. Promover el tiempo de ocio para realizar actividades saludables.
12. Hacer conciencia en las personas de los factores de riesgo que existen en algunos de sus comportamientos.
13. Recalcar la importancia de cambiar estilos de vida no saludables.
14. Incremento en programas para personas con SIDA o vejez.
15. Integrar los conocimientos de la psicología de la salud a otras áreas.
16. Incremento de la investigación y publicación en este campo.
17. Formar adecuadamente a los psicólogos de la salud.
18. Definir lo correspondiente a la psicología de la salud.
19. Prestar atención al valor social de la salud.
20. La psicología de la salud como una promesa para mejorar la calidad de vida del individuo, los servicios hospitalarios y la salud publica.

1.3. Factores asociados con el proceso de la enfermedad.

La decisión de las personas de comportarse de un modo saludable y el mantenimiento de estas conductas está relacionada con múltiples factores donde se interrelaciona el contexto ambiental con variables personales. Becoña, Vázquez y Oblitas (2000), mencionan que las situaciones sociales, conocidas también como determinantes situacionales, influyen directa o indirectamente en que un individuo adopte una conducta saludable. Así, las conductas de salud de una persona también pueden obedecer a la percepción subjetiva de determinados síntomas; esto se refiere a las percepciones individuales de la vulnerabilidad personal a enfermedades o accidentes específicos. Los estados anímicos afectan también las conductas de salud, por ejemplo la ansiedad o aburrimiento puede desencadenar en el hábito de fumar, así también las creencias y el sentido común que los pacientes tienen con respecto a un régimen terapéutico influyen decisivamente en la adherencia del paciente y en la prevalencia de las conductas saludables.

Grau (1996) citado en Martin (2003), propone un modelo hipotético de progreso de cualquier enfermedad y sus derivaciones hacia determinados temas o aspectos que aborda la Psicología de la Salud. Este puede sintetizarse así:

1. Salud.
    a. Modelos salutogénicos.
    b. Modelos de creencias de salud.
    c. Factores de riesgo. Por ejemplo el estrés o Variables personales.
2. Enfermedad asintomática susceptible de ser detectada.
3. Enfermedad sintomática aún no diagnosticada.
4. Enfermedad manifiesta en el momento del diagnóstico.
5. Desarrollo de la enfermedad. Influencia del tratamiento.
    a. Adherencia Terapéutica b. Estado Crónico c. Recuperación

1.3.1 Modelos Salutogénicos

Los modelos salutogénicos, sustentan la tendencia a la salud a partir de la elaboración de recursos personales que se convierten en inmunógenos psicológicos, que permiten desarrollar estilos de vida minimizadores del estrés y el desarrollo de competencias para enfrentarse de una manera activa y positiva a situaciones de la vida, con inclusión de la propia enfermedad. Entre estos se encuentra el Modelo de Resistencia Personal, el de Sentido de Coherencia, el Modelo del Optimismo y el concepto de Resiliencia. (Martin, 2003).

1.3.2 Modelos de Creencias de salud

De acuerdo con Becoña, Vázquez y Oblitas (2000), las creencias son entidades abstractas, muy difíciles de captar y que no pueden observarse. Aunado a esto se encuentra la dificultad de definirlas y el problema de operatizarlas o medirlas. Al ser un constructo de este tipo es deber de nuestra ciencia el tratar de definirlas y aclarar la naturaleza cuando intervienen en las conductas de salud de los individuos.

A pesar de esta dificultad en la medición y conceptualización de lo que son las creencias de salud, distintas posturas, centradas en el componente cognitivo de las conductas de salud, han dado origen a modelos a partir de los cuales se explica en general la conducta saludable como una función del vínculo entre la amenaza percibida de la enfermedad y las acciones o estrategias desplegadas para activar la disposición a actuar. De estos modelos Arrivillaga, Salazar y Correa (2003), destacan el modelo de creencias en salud de Becker y Maiman, el modelo de creencias de salud de Hochbaum, el modelo de creencias de salud de Rosentock, el Modelo de la acción razonada de Fishbein y Ajzen, el modelo de adopción de precauciones de Weinstein, la teoria de la acción social y la teoria de la acción razonada.

El modelo de creencias en salud fue desarrollado en 1950 con la intención de explicar por qué las personas no participan en programas preventivos de salud pública. Posteriormente, se adaptó para tratar de explicar una variedad de conductas relacionadas con la salud, entre otras la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento de pacientes con los tratamientos y las recomendaciones médicas, la práctica de auto exámenes exploratorios, el uso del tabaco, etc. De acuerdo con Hochbaum (1992) citado por Arrivillaga, Salazar y Correa (2003), los factores del modelo que determinan la conducta de salud son de dos tipos: la percepción de amenazas sobre la propia salud y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas. La percepción de amenazas sobre la propia salud se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad (percepción de vulnerabilidad) y las creencias sobre la gravedad de la enfermedad (percepción de severidad); mientras que las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza se encuentran en función de la creencia en la eficacia de las medidas concretas para reducir las amenazas y la convicción de que los beneficios de la medida superan los costos (percepción de beneficios y barreras). Una última variable que completa el modelo es la presencia de estímulos internos o externos que se constituyen en claves para actuar. Una clave interna puede ser el síntoma de una enfermedad, mientras una clave externa puede ser una campaña acerca de la promoción en salud o las interacciones sociales con amigos afectados por alguna enfermedad.

De acuerdo con este modelo, las creencias sobre la importancia o gravedad de un determinado problema, la vulnerabilidad frente a ese problema y el que la acción a implementar produzca más beneficios que costos personales, favorecen la conservación y mejoramiento de la salud, la evitación de conductas de riesgo, la prevención de las enfermedades y lo que en general puede denominarse la adopción de estilos de vida saludables.

Otro modelo es el de la Teoría de la acción razonada que intenta integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar conductas de salud. De acuerdo con Stefani (2005), este modelo fue introducido por Fishbein en 1975 y

desarrollado y evaluado por Fishbein y Ajzen en 1980. El planteamiento del modelo es que una conducta de salud es resultado directo de la intención comportamental, que depende a su vez, de las actitudes que se tengan respecto al comportamiento concreto y de las valoraciones o normas subjetivas con respecto a lo apropiado de la acción comportamental. El supuesto del modelo es que los seres humanos somos seres racionales y aplicamos información disponible de manera sistemática para evaluar el costo beneficio de una acción particular. El objetivo de la Teoría de la acción razonada es ser capaz de predecir y entender directamente los comportamientos observables que están primariamente bajo el control de los individuos.

Como se observa, la Psicología de la Salud ha trabajado en la búsqueda de una integración conceptual, al considerar los modelos de aprendizaje, los factores sociales y factores cognitivos (creencias) como determinantes fundamentales del estilo de vida saludable y las claves posibles para el análisis funcional de la conducta preventiva o promotora de salud. Debido a ello es posible distinguir algunos factores de riesgo relacionados directamente con la aparición de enfermedades.

1.3.3 Factores de Riesgo

Entre los factores psicológicos de riesgo para la aparición de enfermedades, el más estudiado por su importancia, ha sido la acción del estrés. De acuerdo con Navarro y Arévalo (2000), el estrés es un proceso multidimensional e interactivo donde están implicados los sucesos estresantes o estresores (condiciones ambientales, eventos reales o imaginarios), la valoración cognitiva del sujeto, la respuesta fisiológica y las consecuencias de tal comportamiento.

Algunos otros autores como Caballo y Simón (2000), opinan que no existe un acuerdo general respecto a la definición del estrés y que quizás el único acuerdo que se tiene es que éste implica un estado corporal o fisiológico de activación o de tensión bastante generalizado, ocurrido en asociación o como respuesta ante ciertas situaciones. Sin embargo algunos investigadores

para acercarse a su explicación, han elaborado varios modelos de estrés que pueden resumirse de acuerdo con Martin (2003), en 3 enfoques:

1. El enfoque del estrés como respuesta a estímulos agresores del medio ambiente.

   De acuerdo con Elliot y Eisdrofer (1982) citados en Caballo y Simon (2000), éste modelo clasifica los estímulos de acuerdo con su duración. Así tenemos los *estímulos estresantes agudos, de tiempo limitado*, como una entrevista de trabajo o la realización de un examen. En segundo lugar una *secuencia de estímulos estresantes*, como la serie de acontecimientos que tienen lugar a lo largo de un periodo de tiempo como consecuencia de un estímulo desencadenante inicial. Por ejemplo la serie de cambios producidos por e cambiar de residencia o de ciudad. En tercer lugar se contemplan los *estímulos estresantes intermitentes y crónicos*, como las discusiones frecuentes con la pareja. En cuarto lugar los *estímulos estresantes crónicos*, como una incapacidad permanente o estar en la cárcel.

2. La concepción del estrés como respuesta psicobiológica del organismo, que ha permitido establecer vínculos entre los acontecimientos vitales y determinadas respuestas psiconeuroendocrinas e inmunológicas.

   Los estudios del estrés como respuesta psicobiológica del organismo según Martin (2003), han permitido desarrollar una prometedora rama de la medicina integrada: la psiconeuroinmunología. Los datos empíricos han conducido a su rápido desarrollo en los países occidentales, y definen esta como el estudio de la interacción entre el sistema nervioso central como mediador de procesos tanto psicológicos como biológicos con el sistema inmunitario, responsable no sólo de la resistencia a la enfermedad, sino también de otras funciones biorreguladoras.

   Existen numerosas evidencias que demuestran como las situaciones estresantes influyen en el sistema nervioso y pueden llevar a una supresión de la función inmune. Un ejemplo clave es el poderoso

impacto de las hormonas que se liberan con el estrés. Mientras estas hormonas aumentan en todo el organismo, la función de las células inmunológicas se ve obstaculizada, así el estrés anula la resistencia inmunológica, al menos de una forma pasajera, pero si el estrés es constante e intenso esta anulación puede volverse duradera (Martin, 2003).

Por otro lado el estudio de los acontecimientos vitales se ha desarrollado debido al papel que parecen jugar en la provocación de una enfermedad en los seres humanos. Los acontecimientos vitales se han definido como "eventos sociales que requieren algún tipo de cambio respecto al habitual ajuste del individuo" (Sandín y Chorot, 1996 citado en Caballo y Simón, 2000). Estos autores nos mencionan que dichos acontecimientos pueden ser extraordinarios y traumáticos, pero que en ocasiones son normales, como el matrimonio, el cambio de trabajo, comienzo de un nuevo curso académico. Esto es debido a que son fenómenos que inducen reacciones fisiológicas y/o psicológicas y, por tanto es frecuente encontrarlos en la literatura como "acontecimientos vitales estresantes". Por ello Caballo y Simón (2000), nos sugieren que se evite esta denominación ya que los acontecimientos vitales se identifican por las respuestas que provocan, y por tanto los estresantes provocan estrés. Así determinados tipos de estrés podrían estar relacionados con tipos específicos de trastornos y por ende el estrés podría influir en otras variables como la probabilidad de recibir tratamiento o cuándo recibirlo, factor que afectaría el inicio, curso y resultado del trastorno.

3. Los modelos transaccionales del estrés, que conciben el estrés como un tipo particular de interacción entre el individuo y su entorno y otorgan un papel protagónico a los afrontamientos y a las emociones, como estados psíquicos en los que se fija el estrés.

1.3.4 Enfermedad Asintomática susceptible de ser detectada

Existe un momento muy particular, cuando la enfermedad no presenta síntomas visibles y se aplican programas para detectarla. El VIH por ejemplo, o el cáncer de mama o útero en estadios muy tempranos. En estos programas es importante intervenir con respecto a los costos psicológicos de la participación de la población, por el estrés que provoca la espera de los resultados y el malestar físico y emocional ante los procedimientos. También el riesgo de los falsos positivos con su secuela de miedos y ansiedades durante años y la desconfianza en los servicios de salud. En este sentido se trabaja en la labor publicitaria de los programas, al buscar vías adecuadas para promover las conductas preventivas.

1.3.5 Enfermedad Sintomática aún no diagnosticada.

La aparición de los síntomas estimula la búsqueda de ayuda médica y se han investigado los factores que pueden desencadenarla: una crisis interpersonal que sirve para llamar la atención, los síntomas son vistos como signos previos de enfermedades graves que son amenazantes por su naturaleza (ejemplo dolor) o estos amenazan una actividad social importante. Sin embargo, el intervalo de tiempo que media entre el inicio de los síntomas y la decisión del paciente de buscar ayuda médica es variable. En este proceso inciden factores sociopsicológicos de diferente tipo: valores y creencias individuales y familiares, diferencias economicosociales, situación social concreta en la que aparecen los síntomas, diferencia de sexos y edades, pero muy importantes resultan los problemas psicológicos relacionados con la percepción de la enfermedad, como las atribuciones y los estigmas.

Desarrollo de la Enfermedad: Influencia del tratamiento

Martin (2003) defiende que las variables emocionales como la ansiedad, depresión, hostilidad, ira, agresividad constituyen factores predisponentes al distress, facilitan el rol de enfermo, los cambios en el sistema inmune, estimulan conductas no saludables como tabaquismo, alcoholismo y así se convierten en causa indirecta de cáncer y otras enfermedades. Variables

cognitivas como determinadas cogniciones disfuncionales, pensamientos automáticos, ideas irracionales desempeñan un papel importante en el inicio y mantenimiento de trastornos emocionales, que a su vez tienen la repercusión antes descrita. De acuerdo con Becoña, Vázquez y Oblitas (2000) hábitos alimentarios inadecuados, cuidado e higiene dental o la preocupación por la apariencia física, tienen un sentido psicológico determinado para el individuo y son también factores de riesgo para la enfermedad. Un ejemplo de esto son los resfríos, gripes y herpes, donde la resistencia inmunológica de la persona puede ser debilitada por estados depresivos o de ansiedad, cosa que permite la entrada del virus y el inicio de la enfermedad.

Como se puede observar en los distintos modelos se reconoce el papel que juegan las variables cognitivas y los estados de ánimo, sobre todo en el empeoramiento de una enfermedad, una vez que esta ha comenzado. Estos factores han llevado a que la Psicología de la salud analice el proceso en que el paciente se apega o no a un tratamiento, llamado comúnmente en la literatura “adherencia terapéutica”.

Pues bien, para abordar este tema parece indispensable partir de la definición general que se da en nuestro idioma a la adherencia. De acuerdo con la Academia de la Lengua Española se define como “convenir en un dictamen o partido utilizando un recurso entablado por la parte contraria”, aquí se le confiere indiscutiblemente un papel al profesional que da la indicación, como la “parte contraria”, lo cual haría depender la conducta del paciente, no sólo de su propia responsabilidad, sino también, de las acciones, efectuadas por el médico, en cuanto a claridad de las indicaciones, uso adecuado de los recursos de la comunicación y tiempo dedicado a este acto, entre otras cosas. Esto nos lleva a pensar entonces que si la palabra “adhesión”, se refiere a una acción y el de “adherencia” se refiere a una propiedad, la adherencia terapéutica hace referencia, no a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables.

En lo que respecta a la práctica médica, el término adherencia suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos por parte del paciente, de una forma determinada, pero de acuerdo con Martin (2004), debe ser considerado como un concepto amplio, que incluye aspectos higiénico–sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, no tomar o al menos no abusar del alcohol, usar cinturón de seguridad, realizar visitas médicas periódicas o cumplir con las de seguimiento, programadas como parte del propio tratamiento.

Ardila (1997) menciona que la adherencia al tratamiento es un gran problema a considerar ya que en su experiencia ha observado que los pacientes no siempre toman las medicinas que les prescribió el médico y no siguen la dieta ni el ejercicio que se les recomendó. El mismo autor nos advierte que existen algunos pacientes que considera que los efectos negativos del tratamiento farmacológico (por ejemplo, las dificultades sexuales) son mucho mayores que los efectos positivos del mismo. Si a ello le añadimos que los síntomas de los trastornos cardiovasculares no siempre son aparentes, está claro que muchos pacientes no siguen su tratamiento con el cuidado que deberían hacerlo.

Tomando en cuenta este tipo de variables Martin (2003), considera como principales factores moduladores de la adherencia los siguientes grupos:

1. *La naturaleza de la enfermedad.*
2. *Las características del régimen terapéutico.*
3. *Las características de la interacción del paciente con el profesional sanitario.*
4. *Aspectos psicosociales del paciente.*

Relacionado con *la naturaleza de la enfermedad*, se destaca el papel del tipo de enfermedad: aguda o crónica[1], así como la presencia de síntomas de dolor o incomodidad. La misma autora menciona que se ha encontrado que las enfermedades agudas acompañadas de síntomas de dolor o incomodidad producen con mayor frecuencia molestias al paciente, mientras que las enfermedades crónicas y las asintomáticas presentan menores índices de incomodidad y que la gravedad no incide en mayor o menor cumplimiento, si no que depende de la percepción de gravedad que tenga el paciente.

En *las características del régimen terapéutico* nos dice que es necesario distinguir, la complejidad, la duración y el tipo de tratamiento. En este mismo sentido Grimson (1973), al mencionar el tiempo y los regímenes que se siguen en las diferentes psicoterapias, recalca la importancia de que los regímenes terapéuticos no provocarán efectos secundarios, ya que en su experiencia esto podría ayudar a la disminución de las tasas de adherencia. Por ejemplo, cuando los pacientes reportan que las conductas y tratamiento a seguir les resultan más dolorosas que los propios síntomas de la enfermedad.

Con respecto a esto, en un estudio posterior de Martin (2004), se propone que para que se produzca la adhesión al tratamiento es necesario que se vislumbren en este proceso los momentos siguientes:

a) Aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y su médico, entendida como la relación de colaboración establecida entre médico y paciente, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.
b) Cumplimiento del tratamiento. Medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta.

[1] *Enfermedad Aguda*: Una enfermedad que se desarrolla con rapidez, dura un tiempo limitado, a veces puede ser prevenida y puede ser curada (como un resfrío común y gripe) a diferencia de las enfermedades crónicas.
Enfermedad Crónica: Significa por tiempo prolongado--usualmente de por vida. Una enfermedad que puede desarrollarse lentamente y sin ser detectada durante años. Por lo general dura toda una vida y rara vez tiene cura.

c) Participación activa en el cumplimiento. Grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.

d) Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.

Con respecto a *la interacción con el profesional sanitario* ésta se empieza a dar desde que se establece el contrato, que en el caso de la psicoterapia breve, implica un pacto entre terapeuta y paciente acerca de lo que harán, y donde se asumen compromisos bien explícitos. El contrato implica un reconocimiento mutuo y un establecer las reglas básicas que orientarán la terapia, incluyendo el encuadre. Con el contrato se debe lograr un acuerdo respecto al objetivo terapéutico buscado, un propósito de "ayudar" al paciente a mejorar, un no ocultarle sus angustias o inadaptaciones autodestructivas, respeto por el secreto profesional, confianza absoluta para contar todo sin restricciones (asociación libre), especificación de una relación cara a cara, y un compromiso de cumplir por ambas partes cuestiones de honorarios, tiempo de cada sesión y número de ellas.

Cuando se evalúan los resultados de una psicoterapia, a veces lo hacen de distinta forma el paciente, el terapeuta y los familiares del primero, pues para unos el paciente mejoró, y para los otros pudo haber empeorado. La evaluación del resultado del tratamiento debe entonces tener en cuenta si se cumplieron o no los objetivos expuestos. Para esta evaluación, Martin (2003) nos dice que se deben tomar en cuenta la satisfacción del paciente y las características de la comunicación que establece con su médico. La satisfacción del paciente consiste en un conjunto de evaluaciones de las dimensiones del cuidado del profesional sanitario y es una respuesta afectiva a esta, donde se distingue la satisfacción específica y la global, la primera determinada por la percepción de las características específicas del profesional de salud y la segunda es una apreciación más general del proceso de interacción. Otro aspecto que se debe tener en cuenta es la comunicación que

permite que el paciente pueda comprender la información que se le está dando sobre la prescripción o recomendación y constituye un primer paso para que la acepte, la recuerde y la cumpla. Estos aspectos pueden empezar a observarse desde el contrato

El cuarto grupo de determinantes está constituido por *aspectos psicosociales del paciente*. Se reconoce en primer lugar las creencias del paciente asociadas a la percepción de amenaza a la salud o consecuencias ocasionadas por una enfermedad, a la estimación del riesgo de enfermarse, por otro lado a la creencia de la persona de ser capaz de ejecutar la respuesta necesaria y por último a la creencia de que la respuesta será eficaz.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta es la motivación del paciente por la salud, las características de sus procesos cognitivos, especialmente la memoria y de las redes de apoyo social con que cuenta para incrementar la ejecución de las prescripciones. El apoyo social puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones terapéuticas, al animar al enfermo a mantener el régimen médico y ejecutar las acciones necesarias para volver a la vida normal. Este puede provenir de la familia, los amigos o grupos de autoayuda.

Las atribuciones de grupos poblacionales e individuales con respecto a la salud y a formas específicas de enfermedad, constituyen las llamadas representaciones sociales de las enfermedades. Estas variables psicosociales como ya hemos visto mediatizan el proceso de búsqueda de ayuda médica. Las costumbres que se tienen para afrontar como comunidad un posible frente frío, la creación de albergues en temporada de invierno, las creencias al ingerir ciertos alimentos como conducta de prevención de enfermedades, la postura asumida en algunos poblados por el hombre adulto de ignorar cualquier síntoma de enfermedad, las prácticas grupales que minimizan o magnifican las consecuencias de un accidente, son sin duda alguna ejemplos claros de estas variables.

Por último, en lo que respecta al proceso salud-enfermedad, la mayoría de los autores coincide en que la Psicología de la Salud debe incluir la intervención psicológica en todos los momentos de evolución de la enfermedad, continuando el trabajo en la sustitución de comportamientos de riesgo por conductas de protección, en acciones dirigidas a mejorar el cumplimiento sistemático de las prescripciones médicas, a la optimización del descanso y el manejo del estrés, al incremento del apoyo social, familiar y comunitario, a la atención de la invalidez y en la rehabilitación, en toda una serie de campos que tienen a la atención primaria y hospitalaria como escenario. Sin duda alguna campos de acción en donde el psicólogo de la salud tendrá que preocuparse por elevar cada vez más la eficacia de la su intervención.

CAPITULO 2

FUNCIONES DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD

Las funciones del Psicólogo de la Salud son variadas. Se pueden agrupar de acuerdo con Dorantes y Viques (2004), en las siguientes actividades:

2.1.1 Evaluación

Consiste en la reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. Identifica los comportamientos de riesgo relacionados con el padecimiento reportado.

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.

2.1.2 Diagnóstico

Consiste en la identificación 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 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.

2.1.3 Tratamiento e Intervención

El tratamiento 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 intervención, 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 una sistemática 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 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.

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.

Se incluye en esta actividad de consulta el servicio de asesoría clínica 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 clínico. Igualmente, se incluirá la supervisión clínica, donde el experto evalúa la competencia profesional del psicólogo clínico (pudiendo emitir una certificación a petición del interesado).

La consulta se puede tipificar por el objetivo, la función desempeñada y el lugar de la responsabilidad. El objetivo puede estar orientado al caso, de modo que a su vez el consultor trate con él directamente o bien proporcione consejo a terceros, o puede estar orientado a la organización o programa (como sea, por ejemplo, la evaluación de programas en curso).

2.1.5 Prevención y Promoción de la Salud

Este apartado recoge fundamentalmente el trabajo de intervención comunitaria de los psicólogos de la salud. Sus funciones se centrarán en:

- Capacitar a los mediadores de las redes socio - sanitarias de la comunidad diana 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.

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 espúreas 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

Se refiere a la enseñanza y formación a otros en tareas clínicas y de la salud. El psicólogo puede estar total o parcialmente dedicado a la enseñanza, en áreas de personalidad, psicopatología, psicología anormal, evaluación clínica, psicodiagnóstico, terapia o modificación de conducta, diseño de investigación y otras.

La supervisión de un practicum es un tipo especial de enseñanza en la que el psicólogo de la salud aporta su experiencia profesional a la formación de estudiantes. 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 clínico.

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 Técnicas y Procedimientos de Intervención

Los psicólogos de la salud pueden utilizar 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. En este apartado se recogen aquellas técnicas y los procedimientos que más frecuentemente se usan en el ámbito clínico, agrupados en los grandes epígrafes teóricos que los sustentan. Así por ejemplo, las técnicas de sugestión y la hipnosis no se recogen en un apartado específico ya que pueden ser utilizadas por distintas corrientes u orientaciones teóricas. Las principales técnicas y procedimientos recogidas por Dorantes y Viques (2004), son:

Técnicas de Terapia o de Modificación de Conducta

- Técnicas de exposición (Desensibilización Sistemática, Inundación, Implosión, Exposición guiada y Autoexposición).
- Técnicas basadas en el Condicionamiento Operante (Reforzamiento positivo y negativo, Control estimular, Extinción operante, Tiempo fuera de reforzamiento, Costo de Respuesta, Saciación, Sobrecorrección, etc) y Técnicas aversivas (Castigo, Procedimientos de escape y evitación y Condicionamiento clásico con estímulos aversivos).
- Técnicas de condicionamiento encubierto (Sensibilización Encubierta, Modelado Encubierto y otras).
- Técnicas de autocontrol.
- Técnicas de adquisición de habilidades (Juego de Roles, Modelado)
- Técnicas de relajación.
- Técnicas de Terapia cognitivo-conductual

  Supone que las experiencias internas de los pacientes se relacionan con la forma de pensar, sentir y verbalizar del sujeto, es decir, el contenido de una persona afectara su estado de ánimo, por ende la finalidad es enseñar al paciente a desarrollar mejores estrategias de afrontamiento ante diversas circunstancias. Los principios de esta terapia son:

1. Que el paciente distinga entre la realidad y la percepción de la misma.
2. La percepción de la realidad se modifica según los procesos de aprendizaje.
3. Que el paciente vea sus creencias como hipótesis que se pueden verificar, negar o modificar.

   Las técnicas cognitivo-conductuales son: Terapia Racional Emotiva, Terapia Cognitiva de Beck, Reestructuración Cognitiva y otras.

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

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 Contratransferencia. Estas se aplican dentro de las siguientes modalidades:

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

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 guestáltica.
- Técnicas de Análisis transaccional.
- Técnicas de Análisis existencial.
- Técnicas de Terapia existencial y logoterapia.

Técnicas de Terapia Sistémica

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

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

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.

CAPITULO 3

LA PSICOTERAPIA COMO MODELO DE INTERVENCIÓN

De acuerdo con Knobel (1987), la psicoterapia surgió para ayudar al ser humano en conflicto. Conflicto se equipara entonces con enfermedad, y toda intención de modificar esta situación se propone como intención por recuperar la salud. El mismo autor menciona que al principio la psicoterapia se basó en la sugestión hipnótica, basada en el autoritarismo del médico o el brujo. Con el desarrollo de la psicología en el campo específico de la salud, los principios del análisis experimental del comportamiento[1] fueron dando origen a numerosos métodos entre los cuales se encuentran el control de contingencias, el refuerzo positivo, el refuerzo negativo, el autocontrol, el aprendizaje observacional, el biofeedback, etc.

De acuerdo con Shapiro (1979) citado por Alvarez (1992), El análisis experimental del comportamiento posee una serie de ventajas en materia de salud: "Primero, la disponibilidad de técnicas específicas derivadas del análisis conductual, tales como la biorretroalimentación y el condicionamiento, para el control directo o la mejoría de los síntomas físicos de la enfermedad. Segundo, por depender de definiciones y medidas conductuales objetivas y por usar principios comportamentales verificados empíricamente en la investigación acerca de la etiología, el tratamiento, la rehabilitación y la prevención. Tercero, por su aplicabilidad, al menos en principio, a todos los trastornos médicos, en lugar de limitarse únicamente a los tradicionalmente definidos como de naturaleza puramente psicofisiológica".

[1] El análisis experimental del comportamiento (AEC) es el sistema psicológico derivado de los trabajos de B. F. Skinner (1904-1990). Se ha considerado en varios niveles: como un sistema conceptual y metodológico; como una ciencia de laboratorio; como un área de aplicación; como una manera de entender al hombre y su sociedad y de modificarlos (Alvarez, 1992).

Otra postura teórica que brindó respuestas en su aplicación clínica ha sido el psicoanálisis, ya que de esta teoría surgieron la psicoterapia psicoanalítica, la psicoterapia analítica del grupo, y la psicoterapia breve de base psicoanalítica. Todas ellas descansan sobre la idea de un aparato psíquico.

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 así 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 que nos proporcione una inefable vivencia de plenitud, placer y felicidad. Todo ello implica siempre un compromiso ideológico por parte del terapeuta.

3.1 Psicoterapia Conductista

La psicología del aprendizaje afirmaba tradicionalmente que existían tres tipos de aprendizaje: condicionamiento clásico (Pavlov), condicionamiento operante (Skinner) y aprendizaje observacional (Bandura). Las distinciones entre ellos se consideran actualmente más un asunto de procedimiento y no tanto como "tipos" diferentes de aprendizaje. Hoy se busca tener una teoría unificada del aprendizaje, la cual sin duda debe mucho al condicionamiento operante.

Los principios del condicionamiento operante describen las relaciones entre el comportamiento y los eventos ambientales consecuentes que influencian la ocurrencia de dicho comportamiento. El análisis experimental de la conducta afirma que la actuación está influida por las consecuencias que produce. Una conducta se emite y produce una serie de consecuencias, que son positivas o negativas; las primeras aumentan la probabilidad de repetición de dicha conducta, mientras que las consecuencias negativas disminuyen dicha probabilidad.

En el caso específico de la salud existen conductas que alteran los procesos de los cuales dependen la salud y la enfermedad. El estudio de tales procesos psicológicos relevantes para la salud y la enfermedad ha sido objeto de importantes trabajos en las últimas décadas. La psicología de la salud y la medicina conductual han avanzado considerablemente en esta tarea.

Para el conductismo, el trastorno es básicamente un problema de aprendizaje, donde el paciente fue aprendiendo hábitos perjudiciales. La terapia pasa por el mismo mecanismo que la instalación de conductas normales, es decir, el condicionamiento, que permite implantar ciertas respuestas frente a determinados estímulos. El síntoma es sostenido por refuerzos que operan en el presente, cuya reaparición constante da cuenta de lo repetitivo del síntoma. Se enfatiza entonces el presente más que el pasado, y las condiciones ambientales más que los factores intrapsíquicos. No se busca resolver conflictos sino más bien directamente suprimir el síntoma, en cuanto este es considerado como sinónimo del trastorno (Alvarez, 1992).

Las técnicas del enfoque conductista están más diversificadas, y adaptadas a diferentes tipos de condicionamiento terapéutico. El paciente debe concentrarse en describir su síntoma y las circunstancias en que aparece, en vez de asociar libremente. Además, el tratamiento contempla el trabajo también entre sesión y sesión, donde el paciente debe cumplir una serie de tareas: la acción a sustituido al insight del enfoque psicodinámico.

La relación paciente-terapeuta es concebida como real, no transferencial, y no requiere de ninguna especial neutralidad. El terapeuta es concebido sólo con un experto capaz de instruir al paciente en tareas curativas.

3.2 Psicoterapia Psicoanalítica

Alexander y French citados en Knobel (1987), distinguen cinco periodos en la evolución de la técnica psicoanalítica: la hipnosis catártica, la sugestión en estado de vigilia, la asociación libre, la neurosis transferencial, y la

reeducación emocional. Este último se sale del psicoanálisis para entrar en la psicoterapia psicoanalítica, pues allí se introducen dos principios que modifican la técnica psicoanalítica: la flexibilidad, y la experiencia emocional correctiva.

De esta psicoterapia psicoanalítica deriva luego la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, impuesta por la necesidad de una realidad socio-política-económica. Siguen siendo importantes en la terapia analítica la resistencia y la transferencia, que es la resistencia más importante y definible como un vínculo con una persona actual pero reeditando con ella reacciones que en el pasado se tuvieron con personas importantes de la infancia. Paciente y terapeuta deben hacer que el conflicto antes reprimido se desvanezca al concientizarse su contenido fantasmagórico infantil y regresivamente frustrante. La interpretación no es la 'verdad', sino una propuesta para movilizar al paciente y una resultante de la alianza terapéutica. La técnica psicoanalítica se basa en cuatro aspectos fundamentales: 1) la estimulación de la regresión; 2) el surgimiento de la neurosis transferencial; 3) la elaboración; y 4) la mutación de objetos internos por medio de los mecanismos de proyección e introyección asociados a otras defensas que cada individuo pueda tener a su disposición.

Knobel (1987) señala que toda terapia debe basarse en un diagnóstico, sea clínico, psicodinámico, evolutivo, adaptativo, prospectivo, grupal, de factores estresantes o de acontecimientos vitales. El diagnóstico es una Gestalt bio-psico-social que resulta de integrar todos esos factores. Con tal criterio diagnóstico, una psicoterapia breve puede a veces ser más útil que una larga y compleja. La denominación "breve" en psicoterapia surge de compararla con otros tipos de terapia de larga duración, como por ejemplo el psicoanálisis como técnica psicoterapéutica. La psicoterapia breve busca reducir el tiempo cronológico manteniendo al mismo tiempo su eficacia. Podemos calificar la psicoterapia breve como una terapia de "tiempo y objetivos limitados", pues si el objetivo es muy ambicioso, la terapia alarga su duración.

Bellack (1993), para referirse a psicoterapias breves menciona la importancia de enfocar los rasgos cruciales del trastorno que se presenta. La Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia (PBIU) expuesta por el propio

Bellack no es la excepción, ya que se enfoca y selecciona, los síntomas principales y más perturbadores y su causa, dentro de un marco de referencia más amplio, y después provee la conceptuación más certeramente orientada posible de las intervenciones psicoterapúticas necesarias.

3.3 La Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia (PBIU)

La psicoterapia breve, intensiva y de urgencias (PBIU), surge como respuesta a las necesidades de una sociedad en crisis, ya que los soldados después de la segunda guerra mundial (1964) asistían a consulta psiquiatrica solo en tres ocasiones, aumentando posteriormente este número a seis, dado las limitaciones de tiempo y la creciente cantidad de pacientes (Bellak, 1993). Es importante saber que en la intervención en crisis se valoran no solo la debilidad de los sistemas implicados en la crisis, sino, la fortaleza que puede existir en ellos, por ello Bellack (1993), menciona que la entrevista inicial es fundamental para determinar el futuro de la relación, que puede empezar o terminar en dicha entrevista. Excepcionalmente, la sola entrevista inicial puede constituir toda la psicoterapia. La entrevista inicial apunta a buscar información sobre el paciente, no solo edad, trabajo, estado general de salud, etc., sino también estructuras patológicas, defensas, capacidad intelectual y de simbolización, etc. También es de gran importancia determinar la modalidad relacional del paciente (si es histérico, fóbico, paranoide, etc). Con base en estos datos el terapeuta podrá ofrecer un tipo u otro de tratamiento psicológico. (y/o farmacológico o de otro tipo). También importa identificar el grado de resistencias, y los motivos de consulta manifiesto y latente. La entrevista inicial puede exigir varias sesiones. En cuanto a las 'devoluciones', en realidad no hay tales porque el terapeuta no 'tomó' nada que deba devolver, sino que al revés dio cosas de sí. La llamada devolución pasa en realidad por un evaluar juntos la entrevista en forma honesta y comprensiva, para luego trazar el proyecto de un contrato terapéutico.

La PBIU se basa en una historia clínica exhaustiva, es decir que trabaja a partir de una comprensión del paciente en términos de su historia, su situación vital actual, su medio étnico y cultural, su experiencia y lo que se pueda saber a partir de su discurso. Esta información se conceptúa y se ayuda al paciente a reaprender y reestructurar con el auxilio de la alianza terapéutica, un contrato de tratamiento y un conjunto de intervenciones técnicas. La PBIU de acuerdo con Bellak (1993) se describe por los siguientes 10 aspectos:

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

De igual forma Bellak (1993) enlista once principios de la PBIU:

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

Por último se menciona el perfil básico de la PBIU (Bellak, 1993):

1. Cinco sesiones de 50 minutos, generalmente una por semana. Ya que la experiencia de algunos expertos indica que esta cantidad de sesiones se adecua a la mayoría de pacientes así como el tiempo de sesión. Sin embargo lo anterior no son leyes inmutables, ya que cada caso particular dictara el tiempo necesario de sesiones y tiempo.
2. Sesión de seguimiento un mes después. Con la necesidad de evaluar la fluidez de los avances logrados en terapia o la existencia de una posible dificultad.
3. Anamnesis completa. Término griego acuñado por Platón que se suele traducir por reminiscencia, también como “recuerdo” en el contexto de «el saber como un recordar» o como «diálogo del alma consigo misma». En la actualidad para el trabajador de la salud significa, el conjunto de datos de un paciente y de sus enfermedades obtenido mediante el interrogatorio o entrevista. Con base en esta exploración de la historia del paciente, se establece la historia de una enfermedad o conjunto de enfermedades cuyo valor es básico para establecer el diagnóstico y la indicación de tratamiento.
4. Valoración psicodinámica y estructural.
5. Consideración de los aspectos médicos y sociales. La valoración de los factores étnicos, culturales, económicos, etc., beneficiara evidentemente en el estilo de comunicación necesario con el paciente, en cuanto a los factores médicos se deben considerar ya que estas pueden complicar el cuadro clínico como la prescripción de drogas.
6. Plan para las áreas de intervención.
7. Plan para métodos de intervención.
8. Plan para las secuencia de las áreas y métodos de intervención. Varia según el paciente, este plan debe se flexible y debe revisarse conforme se tiene mayor conocimiento del paciente.

9. Decidir si la terapia será individual o se combinara con sesiones conjuntas o familiares.
10. Consideraciones de condiciones facilitadoras como fármacos u hospitalización breve.

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

- Explicar el proceso terapéutico de forma sencilla al finalizar la sesión
  Este comprenderá en explicar que la finalidad de la psicoterapia será identificar y comprender el porque de la distorsión cognitiva actual a causa de experiencias pasadas.

- Aprendizaje facilitador
  Como se sabe la terapia trata de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje, y es labor del psicólogo que este proceso sea lo más fiable posible en el paciente.

- Técnicas proyectivas
  Estas serán herramientas para el psicólogo, las cuales favorecerán con un uso adecuado a que el paciente se de cuenta de actitudes no tan explicitas, que sin embargo son de suma importancia en su problema.

- Importancia de la educación: en el tratamiento de urgencias de las reacciones emocionales a la enfermedad física

  Para ello es importante que el paciente esboce el órgano enfermo con la finalidad de ayudar a aclarar las distorsiones que el paciente suele hacer de la realidad, facilitando así la aceptación de lo real.

- Comunicación entre paciente y terapeuta

  Esta facilita la identificación de algunos denominadores comunes entre la conducta actual del paciente y su historia pasada y la relación terapéutica.

- Interpretación

  Es la indicación del terapeuta hacia el paciente sobre los denominadores entre los patrones conductuales y afectivos del paciente en el pasado y presente.

- Insight

  Cuando el paciente reconoce y toma conciencia de estos denominadores comunes.

- Transelaboración

  Se dice cuando el paciente es capaz de aplicar a su cotidianidad el insight que aprendió.

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

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

CAPITULO 4

LA LABOR DEL PSICÓLOGO EN LA CUSI ALMARAZ

4.1 Historia de la CUSI Almaraz

En enero de 1974, se aprueba la creación de las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales (independientes académica y administrativamente), iniciando labores en ese año, la de Cuautitlán, y en 1975 la de Iztacala.

Tomando en cuenta las carreras relacionadas con las Ciencias de la Salud, que se impartían en la ENEP Iztacala, constituyó un gran reto, crear instrumentos de Docencia, Investigación y Asistencia, acorde a las necesidades de salud de la población en el presente y en el futuro próximo, con la participación de todas las carreras. De esta manera se logra crear el Proyecto "Clínica Universitaria de Salud Integral" (CUSI), cuyo propósito desde su inicio, fue y sigue siendo, el enlace de la docencia e investigación en aulas y laboratorios, con la vivencia de los problemas que se presentan en la comunidad y como un proceso donde el alumno se inicia en la aplicación de métodos, técnicas y procedimientos de su quehacer profesional, en la clínica y en la comunidad.

De tal forma, se crean tres clínicas con las características referidas:

1. La CUSI Iztacala, ubicada dentro de la misma ENEP Iztacala, inicia sus labores en noviembre de 1976.
2. La CUSI Cuautitlán, ubicada en el Campo 3 de la ENEP Cuautitlán, en el Municipio de Cuautitlán Izcalli, inicia sus actividades en junio de 1982.
3. La CUSI Almaráz ubicada en el Campo 4 de la FES Cuautitlán, inicia su labor el 24 de enero de 1984, siendo la única que se construye, pensando en la Inter y Multidisciplina. En la actualidad, la CUSI Almaráz ha cumplido más de 20 años de trabajo.

La CUSI Almaraz se encuentra ubicada en el Municipio de Cuautitlán Izcalli región noreste de la cuenca de México, ubicada en el Fraccionamiento Industrial, Parque Industrial San Sebastián Xhala; dentro de las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Cuautitlan Campo 4 UNAM (vease Anexo 1).

A continuación se describe con mayor exactitud los servicios que proporciona la clínica, así como la infraestructura y el personal académico responsable.

4.2 Servicios que proporciona la CUSI Almaraz

ODONTOLOGÍA

1. Odontología Preventiva
2. Atención Odontológica de 1er Nivel con clínica de:

a. Operatoria Dental: Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de órganos dentarios con caries.
b. Exodoncia: Diagnóstico y extracción.
c. Radiología: Auxilio de radiografías para un mejor diagnóstico y planes de tratamiento.
d. Prótesis Parcial, Fija y Removible: Rehabilitación oral de pacientes con ausencias múltiples.
e. Prostodoncia Total: Rehabilitación oral en pacientes desdentados.
f. Endodoncia: Tratamiento y rehabilitación de órganos dentarios con afecciones pulpares.
g. Parodoncia: Prevención, educación y tratamiento de enfermedades propias del periodonto.
h. Cirugía Bucal y Maxilofacial: Diagnóstico y tratamiento de cirugía oral menor.
i. Odontología Integral: Rehabilitación total de pacientes pediátricos y adultos.

MEDICINA

1. Consulta
2. Medicina Preventiva (Vacunación)
3. Medicina Comunitaria (Campañas)
4. Cirugía Menor Ambulatoria

ENFERMERÍA

1. Atención comunitaria
2. Medicina Preventiva
3. Visitas Domiciliarias
4. Control Prenatal
5. Control del Niño Sano
6. Salud Reproductiva
7. Desparasitación
8. Vida Suero Oral
9. Detección de Cáncer cervico uterino
10. Papanicolau
11. Densitometría en Campaña

PSICOLOGÍA.

1. Estimulación Temprana
2. Problemas de Conducta
3. Actividades de Promoción y Prevención.
4. Servicio de Consulta Psicológica.
5. Coordinación de Talleres.

OPTOMETRÍA.

1. Detección de problemas visuales
2. Graduación de Agudeza Visual

4.3 Infraestructura de la CUSI Almaraz

- Clínica Odontológica con 32 Unidades Dentales.
- Clínica de Servicio Social Odontológico con Tres Unidades Dentales
- Servicio de Rayos X Dentales con 3 Unidades y 3 Aparatos
- 1 Laboratorio Dental con 3 Recortadoras de Modelos y Cuarto de Vaciado
- 1 Central de Material de Laboratorio Dental
- 1 Almacén General
- 1 Cubículo de Lockers para Trabajadores
- 1 Biblioteca o Sala de Lectura
- 4 Consultorios de Medicina General
- 1 Oficina de Médicos
- 2 Centrales de Enfermería
- 2 Cubículos de Práctica (Cuneros y Sala de Recuperación)
- 1 Oficina de Pasantes de Enfermería
- 1 Quirófano
- 1 Sala de Recuperación con Dos Camas
- 1 Cuarto de Rayos X Generales
- 1 Laboratorio de Análisis Clínicos
- 1 Cubículo para Toma de Muestras
- 1 Cubículo de Psicología y 1 Cubículo de Pasantes de Psicología
- 6 Consultorios de Psicología, 4 Cámaras de Gessel Chicas y Dos Grandes
- 1 Cubículo de Optometría
- 1 Salón de Educación Continua y 1 Cubículo de Educación Continua.
- 1 Archivo Clínico para las tres áreas y una caja general.
- 6 Salones de Clase (3 Odontología, 2 Medicina y 1 Enfermería)
- 3 Oficinas de Jefatura de Sección Académica (Odontología, Medicina y enfermería).
- 1 Oficina Administrativa
- 1 Sala de Juntas, 1 Sala de Espera – Auditorio
- 2 Salas de Espera

4.4 Personal Académico de la CUSI Almaraz

Personal Docente en Odontología

Nombre	Área o Especialidad
Gerardo Ayala Alejos	Odontología Infantil
Víctor Azuara Pavón	Operatoria Dental
Jorge D. Betancourt Reyes	Oclusión
Solveig Díaz Vázquez	Prostodoncia Total y Clínica Integral
René Estrada Cruz	Iniciación a la Clínica, Nutrición y Psicología
Jaime Larruz Quintanilla	Ayudante de profesor
Leticia Janneth Martínez Vega	Ayudante de Profesor
Mario Onuma Takane	Ortodoncia
Ignacio J. Pujana Salmones	Exodoncia
José Agustín Pujana Salmones	Prótesis Parcial Fija y Removible
Gonzalo Pastrana	Terapéutica Médica
Faviola Ivonne Quiróz Ovando	Ayudante de Profesor
Mario Quiróz Reyes	Parodoncia y Endodoncia
Laura Susana Rodríguez Ruiz	Técnicas Quirúrgicas, Org. de Consultorios
Blanca Rosa Vargas Gutierrez	Ayudante de Profesor

Personal Docente en Medicina

Nombre	Area o Especialidad
Dr. René Linares Rivera	Jefe de Sección Académica Medicina
M.C. Guillermo Torres Stoltin	Coordinador de Practicas Clínicas
M.C. Clemente Nava Colín	Evaluación de las Practicas Clínicas
M.C. Guillermo Capetillo	Profesor de Prácticas Clínicas
M.C. Jesús Mares Alcibar	Profesor de Prácticas Clínicas
M.C. Arturo Miranda Pérez	Profesor de Prácticas y Cirugía Ambulatoria
M.C. Arturo Pérez Sánchez	Profesor de Prácticas Cl.,Anestesiólogo
M.C. Famara Vega Barrios	Profesor de Prácticas Clínicas
M.C. Alfredo Muñoz Vázquez	Profesor de Prácticas Clínicas
M.C. Julián Arámbula	Profesor de Prácticas Clínicas
Q.F.B. Rosa María Paniagua	Laboratorio de Análisis Clínicos

Personal Docente en Enfermería

Nombre	Area o Especialidad
Profa. Fabiola Suárez Rios	Jefe de Sección Académica Enfermería
Mtra. Margarita Ramírez Trigos	Salud Reproductiva

Personal Docente en Psicología

Nombre	Area o Especialidad
Lic. Blanca Aranda Boyzo	**Prof. Psicología Social Aplicada**
Lic. Emiliano Lezama Lezama	**Prof. Psicología Clínica**

4.5 El Servicio Social y la Práctica Profesional en la CUSI Almaraz

Sin duda alguna, la CUSI Almaráz, a través de los programas de Servicio Social plantea la única alternativa de atención de la salud para un número importante de la población mexicana que carece de recursos y medios en materia de salud. Como parte de la solución planteada a nivel nacional para la cobertura de servicios de salud y la atención a población abierta contempla la realización obligatoria de actividades temporales que ejecuten los estudiantes de carreras técnicas y profesionales tendientes a la aplicación de los conocimientos que hayan obtenido y que impliquen el ejercicio de la práctica profesional en beneficio o en interés de la sociedad. Así mismo, les conduce a tomar conciencia de su papel como profesionales ante la realidad que vive el país que requiere de programas multidisciplinarios de servicio social que den respuesta a las demandas actuales.

El servicio Social y la Práctica Profesional en la CUSI Almaráz 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. Ejemplo de ello es la participación y estudios derivados de las diversas campañas anuales en donde se tiene por objetivo la solución de los problemas nacionales trabajando en forma multi e interdisciplinaria.

4.6 El Servicio de Psicología en la CUSI Almaraz

El servicio de atención psicológica surge como respuesta a la demanda de la comunidad de Xhala y del campo 4 que asisten a esta Clínica. Así mismo este servicio es una opcion los estudiantes de la FES Iztacala que realizan su servicio social, y/o prácticas profesionales. Este servicio está orientado 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 con aplicación en distintas comunidades o campus de acuerdo al programa en el que se este participando.

El servicio de psicología lo componen básicamente estudiantes de la FES Iztacala de 7º y 8º semestre (los cuales cubren créditos para el Servicio Social), y también algunos pasantes que realizan prácticas profesionales. Los titulares responsables y asesores del área fueron la Mtra. Blanca Leonor Aranda Boyzo y el Mtro. Emiliano Lezama Lezama.

Dentro de la modalidad de Servicio Social y de Prácticas Profesionales, los terapeutas trabajan en un horario de 9:00 a 14:00 horas de lunes a jueves teniendo como principales actividades:

- Servir de apoyo al jefe de área.
- Participar y Coordinar las actividades de Promoción y Prevención (Dentro de esta actividad se incluye el servicio comunitario)
- Servicio de Consulta Psicológica.
- Pláticas de Inducción para los estudiantes del Servicio Social.
- Coordinación de Talleres.
- Participación en las Jornadas de Salud (Feria del Síndrome Metabólico, Semana Nacional de Salud etc.).
- Aplicación y evaluación de tests y escalas de depresión.
- Administración y control en el manejo de los expedientes por día.
- Clínica de Estimulación Temprana

4.6.1 Consulta Psicológica

En la CUSI Almaráz hay mucha demanda del servicio, por lo cual divido a los pacientes según su procedencia en tres grupos:

1. Los pertenecientes a la FES: Conformado por estudiantes, trabajadores o egresados de la FES Cuautitlán,
2. Los de la comunidad de Xhala y Cuautitlán.
3. Trabajadores de la Salud. Aquellos Odontólogos, enfermeras, o médicos que solicitaron el servicio.

El proceso de recepción y atención queda descrito, del siguiente modo:

1. El paciente solicita informes sobre el servicio de consulta psicológica a algún trabajador de la salud, el cuál lo remite directamente a la recepción de nuestra área.

2. En la recepción se le informa al paciente sobre el horario de atención de Lunes a Jueves de 9 a 14 horas, se les habla del costo de la primer consulta, incluyendo los tramites para solicitar nuevo expediente, y se le habla de las características del servicio:

   "Trabajamos con un modelo de psicoterapia breve, esto quiere decir que la intervención y tratamiento no se ampliará más de seis sesiones. La duración de las sesiones es aproximadamente de 50 a 60 min, según lo requiera cada paciente. De ser primera vez que solicitan el servicio y de no contar con expediente el costo de la 1ª sesión sería $25, y las sesiones subsecuentes tendrán el costo de $15. La finalidad del expediente es obtener datos familiares, geográficos y personales, dichos datos apoyan a los profesionales de la Clínica.

   Con el trámite del expediente se le hará entrega de un carnet (ver anexo 2), el cuál le servirá para registrar las fechas y horarios de sus siguientes consultas en cualquiera de los servicios de la clínica".

3. Se fija fecha y hora en la que el paciente asistirá a su primer consulta y se anota su nombre completo, ocupación, teléfono y el motivo de consulta. Dicho control es posible gracias a una libreta que cada equipo de terapeutas maneja. Los datos en general que contiene esta libreta son:

Miércoles 16 Febrero 2005					
Hora	**Paciente**	**Edad**	**Teléfono**	**Terapeuta**	**# de expediente**
9 -10	Sonia M	43 años	92849181	Roberto Rossell	04 08 126 05

4. Por ultimo (de ser posible) se le dice al paciente el nombre del terapeuta asignado y se le indica llegar minutos antes para realizar el trámite del expediente, aunque en ocasiones el paciente decide tomar la consulta en el mismo momento que pide informes.

5. El formato de entrevista para la primera sesión es indispensable para todos los terapeutas. Dicho formato intenta obtener información sobre el síntoma principal y secundarios, antecedentes personales, laborales, académicos, familiares y también médicos que pueden ayudar a comprender la causa del síntoma o a facilitar el conocimiento del caso a otra área de intervención de la clínica (ver formato en el anexo 2.1)

4.6.2 Taller de Estimulación Temprana

Durante mi estancia y ejercicio en la clínica fui testigo de la inauguración de este servicio y pude constatar la continua demanda del mismo que hacían los usuarios. Las características de este taller consisten en invitar a la población de niños de un intervalo de edades de 0 a 4 años a dicho servicio, con la finalidad de estimular las funciones motrices del infante, para ello es necesario hacer una evaluación del mismo, con el fin de conocer el área en la cual se deberá apoyar al desarrollo del niño.

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

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

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

4.6.3 Servicio Comunitario

El servicio comunitario que ofrece la CUSI Almaraz consiste en tener acceso a diferentes sectores educativos como lo son primarias, secundarias y los espacios otorgados en las distintas facultades superiores. En el caso de las primarias y secundarias se traslada hasta ellas todo un equipo de psicólogos para coordinar pláticas en materia de los hábitos y conductas de salud, así mismo se aprovecha el espacio para promover los servicios existentes en la clínica y se procede con la aplicación del BARSIT (ver anexo 3), el cual hace una evaluación del rendimiento escolar que tiene la finalidad de detectar a los alumnos con bajo rendimiento y programar junto con los padres y la escuela la implementación de estrategias necesarias para un mejor desempeño escolar.

En el caso de las Facultades de Estudios Superiores campo 1 y 4 se realizaron varias exposiciones dirigidas a estudiantes, personal docente, directivo y administrativo de las Facultades, las exposiciones impartidas fueron dentro del marco de la Feria del Síndrome Metabólico y la Semana Nacional de la Salud, estas contaron con un fin de prevención y promoción de la salud haciendo hincapié en las conductas de alto riesgo.

La Semana Nacional de la Salud, se realiza dentro de las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Cuautitlan, se ubica específicamente en modulos en el patio frente a la biblioteca. Esta feria cuenta con la participación de todas las áreas de la salud de la CUSI Almaraz como son: enfermería, odontología, medicina, optometría y psicología. La dinámica de esta Feria de Salud es instalar módulos de información atendidos por pasantes y estudiantes de las distintas áreas, con la finalidad de exponer diversos textos informativos y educativos.

En el marco de este evento se ofrecen los siguientes servicios:

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

Este tipo de actividad brinda la oportunidad a la CUSI y por supuesto al área de psicología de difundir el servicio, haciendo una invitación o canalizando a diferentes personas que precisaban de él. Además fomenta la interacción entre las distintas áreas de la Clínica dedicadas a la Salud.

1.7 Descripción de la Actividad del Psicólogo de la Salud en la CUSI Almaraz

El trabajar en una institución de salud brinda un escenario en donde convergen las funciones del médico, el psicólogo, el asistente social, las enfermeras, los odontólogos, y demás trabajadores de la salud. Sin duda alguna es de ésta convergencia de la que se nutre también cada profesional y retroalimenta a su vez a la institución. El tener la oportunidad de realizar prácticas profesionales en un escenario de ésta naturaleza comprende asumir ciertas responsabilidades y participar interdisciplinariamente en actividades que estimulen las conductas de salud de los distintos sectores de la población a los cuales la institución pretenda llegar. Es así que en este apartado pretendo dar a conocer las actividades que como psicólogo de la salud desempeñe en la CUSI Almaraz en los cuales conviví y colabore con otros profesionales de la salud, participando en la Semana Nacional de Salud, la Feria del Síndrome Metabólico, la inauguración de la Clínica de Estimulación Temprana, el Servicio comunitario, y brindando atención psicológica en consultorio, siendo éste último el servicio en donde realice la mayor parte del tiempo el ejercicio de mi profesión.

4.7.1 La participación en los Eventos de Promoción y Prevención

De acuerdo a lo dicho por Ardila (2000), la Psicología de la Salud presta especial atención a la participación en programas promocionales y preventivos. Prueba de esto fueron las diferentes actividades en las que se involucraron los psicólogos y pasantes de la CUSI Almaraz como la Semana Nacional de Salud, la Feria del Síndrome Metabólico y las visitas a escuelas primarias y secundarias cercanas a la comunidad. Al respecto de estos servicios, mi participación estuvo centrada en la coordinación de los grupos de psicólogos responsables del módulo, en la canalización y recepción de pacientes, y en actividades de evaluación y diagnóstico.

En estas ferias, se mostró especial interés de los visitantes por evaluar su nivel de depresión. Para esta evaluación se contaba con versiones impresas de la escala de evaluación de Zung (ver anexo 4). La metodología para la aplicación del tests fue primeramente que se anotaran al reverso del mismo los datos indispensables para el futuro registró, como el nombre, edad, y carrera, posteriormente, cada participante contesto el tests, según sus características personales. Al finalizar el tests de depresión, se les invito a los interesados acudir a la CUSI Almaraz en los días subsecuentes por sus resultados, ya que éste debía darse de forma confidencial. Al momento de la entrega de resultados, el terapeuta en turno hacía las observaciones necesarias para la posible canalización de las personas que así lo requirieran. Los resultados en algunas personas solo sirvieron ara corroborar lo que ya sospechaban y en otros parecía sorprenderles no tener el grado que ellos creían. En relación a esto último tanto en el módulo de información como en la recepción se les explicaba que la depresión se podía ver desde distintos puntos de vista y que uno en los que centrábamos nuestro interés era considerarla como una actitud, la cual integra varios factores afectivos, cognitivos y por supuesto conductuales, muestro de esto es la tendencia de todos nosotros a al realizarnos un test de este tipo de saber cuantos "síntomas" tenemos o con cuantos de los puntos cumplimos para declararnos "deprimidos". Fue por ello necesario comentarles a los pacientes que la identificación de los síntomas derivados de la depresión, puede ayudarnos a entender la dinámica que tienen al operar en contra de la calidad de vida. Los síntomas que se mencionaron como derivados o relacionados con la depresión fueron: tristeza, llanto, vergüenza, ira, perdida de la capacidad para alegrarse, indecisión, autocrítica, problemas de concentración y memoria, expectativas negativas, indecisión, pasividad, evitación, déficit en habilidades sociales, deseo de muerte, perdida del apetito, alteraciones en el dormir, molestias abdominales. Como se observa todos los síntomas mencionados comprenden las áreas emocional, física, cognitiva y conductual. En cuanto al cómo se calificaba la prueba, nos dividimos en dos equipos de terapeutas, unos lo hacían manualmente y otros lo calificábamos vía software. Este reparto de trabajo hizo posible poder entregar resultados a todas las personas a los dos días a partir de que realizaron la prueba.

En el mismo contexto dentro de las actividades de promoción y prevención los psicólogos del área hicimos llegar a todos los visitantes a nuestro módulo trípticos con información sobre temas importantes en lo que respecta a conductas de riesgo. Algunos de los temas fueron: Trastornos de la conducta, Bulimia y Anorexia, Alcohol y drogas, Sexualidad, Depresión, Violencia en la pareja, Estrés, Autoestima, etc. El objetivo de entregar estos trípticos era que las personas contaran con información acerca de las conductas de riesgo y cómo aquellos patrones de conducta individuales que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes pueden desencadenar en enfermedades o adicciones.

La Feria del Síndrome Metabólico se realizo el 1 y 2 de diciembre en el patio – jardín de la CUSI Almaraz, éste evento tuvo por objetivo reunir a las distintas áreas de la clínica para informar a la población asistente sobre los riesgos del Síndrome Metabólico, también conocido como Síndrome "X" o Síndrome de resistencia a la insulina. En dicha feria se hacia referencia a un conjunto de factores de riesgo para la salud, los cuales predisponen mas al organismo de padecer enfermedades cardiacas, adquirir diabetes o algún tipo de cáncer.

Los servicios que se ofrecieron en este evento comprendieron platicas sobre el síndrome metabólico, diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia, también la aplicación de cuestionarios que nos permitieron conocer qué tan expuesta estaba la persona a padecer el síndrome metabólico, prueba de azúcar en la sangre, toma de presión arterial, toma de peso y talla, cálculo de peso ideal, asesoramiento nutricional, platicas de cuidados periodontales, examen de agudeza visual, aplicación de tests de depresión (escala de Zung) y aplicación de cuestionario de hábitos conductuales (ver anexo 5).

Debido a que este evento se realizo en las instalaciones de la Clínica, todas las áreas que requerían entregar resultados de pruebas o requerían de algún equipo en especial podían obtenerlo inmediatamente. El área de Psicología también se beneficio con esta cercanía ya que los asistentes que

querían conocer de forma inmediata el resultado sobre la escala de depresión pudieron hacerlo. Las pruebas se llevaban inmediatamente en paquetes a la recepción de psicología para que los calificáramos lo más rápidamente posible con el software, de forma tal que en el tiempo en que los asistentes recorrían los demás modulos pudieran pasar por sus resultados al finalizar.

En nuestro módulo se repartieron de nuevo los trípticos con información sobre los temas ya citados anteriormente y se le dio una especial importancia al cuestionario de hábitos conductuales. Este cuestionario nos sirvió para detección de aquellas conductas que podían afectar la salud del paciente, y en conjunto con las distintas pláticas e información otorgadas en la feria se fue introduciendo al visitante a cuestionarse su propio concepto de salud y cómo en la actualidad se definía contemplando no solo la ausencia de enfermedad o el bienestar físico sino también el psicológico. En cuanto a los comportamientos que ponen en riesgo nuestra salud, durante la feria se hablo de los siguientes:

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

En el mismo contexto se hablo de las conductas saludables, entendiendo por conductas saludables aquellas en la que toma parte un individuo, cuando goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad. Dichas conductas estaban ya descritas por Mattarazzo y en general son: Dormir siete u ocho horas diarias, desayunar diario, aproximarse al peso conveniente en función de talla, no fumar, realizar algún deporte regularmente, etc.

4.7.2 Servicio de Consulta Psicológica

Los casos que aborde en el servicio psicológico en ocasiones fueron remitidos por los demás trabajadores de la salud que laboran en la clínica (médicos, odontólogos, enfermeras), por algún servicio de salud externo a la clínica, por recomendaciones personales o como respuesta de las campañas de promoción.

El número de casos que aborde fue un total de 23 pacientes, de los cuales 7 pacientes no llegaron a la sesión de seguimiento y 2 abandonaron el tratamiento en la segunda sesión. Con respecto a los 15 pacientes restantes, estos culminaron su tratamiento hasta la sesión se seguimiento. El número total de consultas realizadas en el periodo de práctica profesional fue de 140 como se muestra en la siguiente gráfica:

MES	CONSULTAS
AGO	4
SEP	32
OCT	34
NOV	18
DIC	7
ENE	19
FEB	26
TOTAL	140

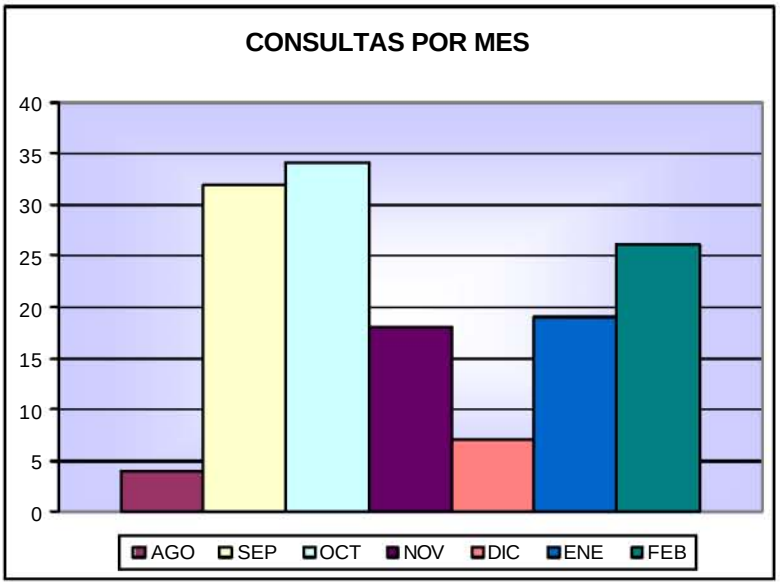


TABLA 1: Se observa la baja demanda del servicio en los periodos pre y postvacacionales como en el mes de Agosto que es cuando la clínica inicia actividades luego del periodo vacacional y también se nota una baja en el mes de Diciembre cuando la Clínica cierra sus instalaciones nuevamente.

Durante el periodo de agosto – septiembre estuve completamente volcado a la actividad de recepción y consulta psicológica, por lo cual la respuesta a la demanda estuvo limitada por mi agenda. Fue hasta finales del mes de Octubre que gracias a la cooperación de los estudiantes del servicio social, quienes al cubrir actividades como atención a las comunidades y atención psicológica, se puedo dar mayor atención a la población que así lo necesitaba, con atención durante todo el día en el área de recepción, con 14 terapeutas de los cuales 7 estaban a disposición para el trabajo en consultorio y 7 para la atención en otras comunidades.

El trabajo que realicé, estuvo fundamentado en la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencias, la cual plantea realizar la intervención en periodos cortos en un rango de 5 – 6 sesiones. Durante el ejercicio de esta práctica me pareció difícil dejar de aplicar técnicas cognitivo-conductuales, por que de alguna manera pertenecen al repertorio de técnicas que más conocemos durante nuestra formación en la facultad. Sin embargo la PBIU me enseño a comprender la historia del paciente, a tomar en cuenta aspectos como el insight y a desarrollar técnicas nuevas con las cuales no contaba como terapeuta.

Las características de los pacientes que atendí son variadas. Algunos casos que aborde de acuerdo al motivo de consulta fueron:

- Depresión por esterilidad.
- Depresión por desempleo
- Irritabilidad y violencia física con los hijos.
- Problemas de Conducta
- Depresión por enfermedades de transmisión sexual
- Bajo rendimiento académico
- Depresión por Infidelidad.
- Problemas de pareja
- Depresión y duelo por fallecimiento de un ser querido
- Miedo a los lugares oscuros y a la noche.
- Trastornos Alimenticios

Todos los casos fueron abordados de distinta manera. En algunos casos al indagar en su historia personal había rasgos comunes, características en la estructura familiar y prácticas sociales que hacían difícil ignorar la similitud. Pero siempre contamos con un marco teórico claro para la intervención sobre todo en los casos de depresión. Cabe mencionar que para la intervención siempre fueron de gran ayuda las asesorias de la Mtra. Blanca Aranda Boyzo, ya que me ayudo a ver conceptualmente elementos de importancia que estaba en algún momento obviando y en otros casos desechando.

A continuación se expone de manera general el seguimiento con 5 de los casos principales, todo esto con la finalidad de ejemplificar la práctica que se realizo como psicólogo social de la salud:

4.7.2.1 El Caso de Martha

Una mujer de más de 40 años de edad solicitó el servicio de atención psicológica por motivos de depresión según ella misma lo refería. “Martha” platica los motivos que ella identifica como causa de su depresión y deterioro actual de su relación de pareja. Centra su atención en la confesión que su esposo hace de haber mantenido una relación extramatrimonial y como desde esta confesión su vida cambió. La paciente refiere muchos elementos de buena convivencia hasta antes de la confesión. A continuación expongo algunas notas textuales de las palabras de Martha en la primera sesión, en la cuál intentó facilitar la comunicación y que me hable de su persona.

- “Soy muy tímida, pero en otras cosas muy aventada. Siento que mi madre nos hizo muy inseguros a todos ya que era muy dominante. Yo soy la mayor de 7 hermanos, somos 4 mujeres y 3 hombres. No pude yo sentirme libre sino hasta la prepa. Mi madre era muy golpeadora con todos, y mi papá en cambio muy comprensivo y pasivo”

- “Cuando salí de la prepa conocí a mi esposo y nos casamos. Tengo 19 años de casada y 2 hijos, una de 17 años y otro de 13”

- “Actualmente mi esposo es una figura pública, ya que tiene el cargo de tesorero de agua potable”

- “Podría platicar muchas cosas de la relación, fue muy bonito cómo nos conocimos y cómo me enamore de él, compartíamos muchos conceptos, ideales, además de nuestros hijos”. “Hace como dos meses y medio mi esposo me dijo como confesándose de manera muy tranquila *tengo una novia de veintitantos y llevo una relación de 5 meses con ella. He vivido cosas que nunca. Estoy enamorado de ella”*

- “Me dio mucho coraje, no supe que hacer, me hablo como si fuera su amiga. Sentí todo derrumbado. Él al ver mi estado y como andaba en los días siguientes me dijo que prefería terminar la relación con esta muchacha por el daño que causaba, entonces acordamos que él la iba a terminar”.

- “Desde que él me dijo de su novia yo viví con la angustia de si iba a volver con ella, de qué significado tenía yo para él. Un hombre casado debe tener solo una pareja ¿no?, ¿entonces ya no me quería, ya no le gusto?”.

- “Después de todo esto yo no quería demostrarle mi cariño de ningún modo. Pero empezó a tener muchas atenciones hacia mí y eso empezó a suavizar todo. Después todo volvió a la normalidad, se acabaron los cariños”.

- “Ahora desde hace un mes más o menos lo veo otra vez aislado. Al platicar con él me dijo que estaba orgulloso de su familia. Pero en los últimos días como lo notaba ausente le pregunte si seguía viendo a esta muchacha. El dijo que sí, que no había terminado con ella”.

- “Le pregunte muy enojada que por qué seguía viendo a esa muchacha, él me respondió que porque ella lo escuchaba y que necesitaba de un cariño así”

Desde esta primera entrevista se dejaban ver en el relato de la paciente algunas valoraciones cognitivas que estaba haciendo del evento que origino todo y de lo que ella definía como problema. Al particularizar el motivo de consulta la paciente refirió que no quería sentirse mal con su persona, que estaba desmotivada, cansada de fingir estar bien y de sobrellevar la relación. No quería sentir angustia de que en cualquier momento su esposo saliera de nuevo con otra mujer. Según ella misma lo refería estos pensamientos de duda cruzaban su mente desde que se levantaba. Esta angustia le impedía disfrutar un paseo familiar o simplemente el salir de compras. Es importante definir y clarificar el motivo de consulta ya que en ocasiones los pacientes refieren como motivo un cambio en el comportamiento de terceras personas. En este caso ella dejo en la entrevista de manera muy clara que no quería separarse de su esposo por que lo quería mucho, pero que no le gustaba que él amara a otra persona por que "debía" querer y tener solo a una mujer.

Al preguntarle qué es lo que esperaba del servicio ella refirió con lagrimas en los ojos que encontrarse a si misma. Poder hacer las cosas por si sola sin pensar siempre en su marido. Disfrutar sus actividades como antes y estar con sus hijos. "Lo que quiero también es ya no sentirme mal y desilusionada de la vida". Durante la primera sesión el estado anímico del paciente era de angustia. En esta sesión su tono de voz era sollozante y expresaba desesperación. Comparaba continuamente su vida en el noviazgo y su vida de casada antes y después de la confesión de su esposo.

El trabajo en esta primera sesión estuvo centrado en particularizar el motivo de consulta, observar las valoraciones cognitivas que el paciente hacía de la situación que definía como causal y analizarla para establecer un punto de partida para la redacción de la anamnesis. El centrarme en las valoraciones cognitivas que "Martha" hacía de la situación, debería ayudar al insight, por ello la tarea dejada en esta primer sesión fue intentar observar cuales son los pensamientos que tenia estando sola y los que tenia en compañía de su esposo. Como complemento a esta tarea se le pidió hacer una lista de acuerdo a sus creencias de las características deseables y no deseables que debía tener una pareja.

En la siguiente sesión comencé retomando algunos conceptos que ella había manejado en la anterior consulta. Le explique de manera general que la forma en la que en ocasiones nos manejamos con pensamientos absolutos interfiere directamente con los comportamientos que quisiéramos tener. Por ello rescate la lista que se había dejado de tarea para empezar a identificar las ideas y creencias que tenia la paciente en cada uno de los comportamientos o características que ella identificaba como deseables en una pareja. “Martha” señaló: el amor, la correspondencia en principios morales como la honradez, sinceridad, libertad, el ser emprendedor, solidario, cariñoso, expresivo, sensible y confiable. Como comportamientos o características no deseables señalo: la indiferencia, el rencor, egoísmo, mentira, pereza y la soberbia.

Se trabajo en pizarrón con cada uno de estos conceptos citando algunos ejemplos y pidiéndole al paciente que narrara alguna situación en donde el comportamiento quedara manifiesto o alguna experiencia propia que ilustrara de forma clara cada uno de los conceptos de la lista. En varias ocasiones hubo sonrisas y ella misma reportaba tener más de una experiencia que ejemplificaba alguna característica deseable. Como terapeuta hice uso de este ejercicio para establecer mayor comunicación y al hacer que el paciente trabajara con los dos polos (el de conductas deseables y el de no deseables) se comenzó a promover el aprendizaje facilitador. Se explico que así como es fácil recordar momentos felices o tristes, características deseables o no, también era posible escoger de todo el cúmulo de cosas que quiero cambiar solo una y empezar a trabajar poco a poco con ella. Al trabajar con conceptos subjetivos y ejemplos de cómo diferentes situaciones pueden significar lo mismo de acuerdo al punto de vista (relatividad), el paciente pudo comprender que se puede ver una problemática desde distintas percepciones y por ende la forma en la que aprendió a establecer relaciones y a ejercer su rol de madre, esposa, hija etc.

Fue difícil establecer un diálogo fluido con el paciente ya que continuamente como terapeuta tuve que aterrizar a ejemplos o historias chuscas algunos conceptos que parecían escapársele.

Centrado un poco más en la narración le pedí a Martha que me platicara un poco más sobre cuanto ha afectado en su vida diaria esta confesión de su esposo, que me narrara lo que siente cuando está con él, y sobre todo que me describiera si han existido cambios de hábitos o comportamientos que ha dejado de tener en comparación con su vida cotidiana antes de la confesión.

Al describir las situaciones en las cuales convive con su marido: en el taller de costura que atienden juntos, cenar en familia, ver la TV juntos, dormir juntos, desayunar. Martha empezó a darse cuenta de que evitaba el trato o intercambio de palabras con él, se había vuelto más cortante y de 1 mes a la fecha sus hijos notaban estos cambios. Ella se justificaba diciéndoles: “miren no han estado bien las cosas su papá tiene mucho trabajo en lo del agua y a mi se me ha cargado la mano aquí en la casa y en el taller”.

Mediante ejercicios de identificación de ideas no funcionales el paciente poco a poco fue capaz de reconocer parámetros o creencias de los que partía para valorar su relación de pareja. También en el proceso del “darse cuenta” reconoció que a través de los años su papel en casa como madre y esposa estaba siempre controlado o en función de su marido. Este insight significo que Martha definiera las emociones que le provocó la confesión. Dijo sentir rencor y odio. El primero lo definió como guardar un dolor (resultado de esperar y no obtener lo que ella esperaba). El segundo dijo que para ella el odio es cuando el rencor se hace frecuente hasta que surja un sentido de destrucción, de causarle dolor al otro.

Al intentar explorar más el origen de estas emociones negativas Martha se fue dando cuenta que muchas de las cosas que vivió de niña en su familia, con un padre pasivo y una madre que llevaba las riendas de la casa, influyeron en gran medida en la formación de un sistema de creencias que en este momento para a problemática reportada no le alcanzaba para encontrar una solución.

Las expresiones que citaba la paciente con respecto al “darse cuenta” fueron:

- “Me doy ahora cuenta que todo lo hago enfocado a él. El hacer de comer, la forma en la que me visto, los programas que vemos... todo, todo es como el dice”.

- “Como que me doy cuenta que con los años fui perdiendo mis gustos, lo que yo era. Incluso mis planes y lo que decido van enfocados a él”.

- “Solo sigo el camino que él me trazó. El darme cuenta que he dejado pasar tanto tiempo y pues solo estoy ahí y me siento como títere haciendo lo que mi marido dice, como a él le gustan las cosas, como si fuera uno más de sus hijos”

- “Llegue aquí como viendo muchos problemas pero creo que el principal es el sentirme perdida, no disfrutar como antes mis actividades, quiero volver a sentirme bien conmigo misma sin hacer las cosas en función de alguien, me importa mucho mi familia e incluso me gustaría trabajar en otras cosas”

- “Sigue causándome mucha angustia, continuamente sigo pensando que anda con esa chava o con alguien… casi todo el tiempo pienso en esas cosas. Al salir con él de compras me he dado cuenta que no disfruto de nada por voltear a todos lados e imaginarme que cualquier muchacha de las que nos atienden puede ser su detalle”.

Al analizar juntos el sistema de creencias que había dejado de ser funcional para la situación que Martha estaba viviendo, opte por hacer un entrenamiento en reestructuración cognitiva. Este proceso se sirvió del discurso del paciente al tomar en cuenta los insights o denominadores que ella misma localizó y hacer que se propusiera alguna posible alternativa (ideas funcionales) para cuando aparecieran estos pensamientos. Este proceso llevado a cabo en la tercer sesión y retomada en la cuarta fue posible gracias a la transelaboración que Martha fue capaz de hacer y al establecer comparativas de

comportamiento que ella tenia en algunos contextos y que en otros no presentaba. Después de este entrenamiento el paciente reporto sentir un gran interés por comprender más sus sentimientos y las creencias que había venido arrastrando desde la infancia, dijo también no querer sentir rencor por su esposo y deseaba disfrutar cada día por ella misma sin sentirse limitada.

Con base en las terapias de parejas citadas en el trabajo de Costa M y Serrat C. (1998), se le presentaron algunas láminas que ilustraban algunas de las más comunes situaciones de pareja (Anexo 6). Este ejercicio se hizo con la finalidad de que ella:

1. Especificara en la lámina la conducta del otro que ha «motivado» los sentimientos negativos.
2. Expresará y confesará los sentimientos negativos de algunos de los miembros de la historieta con los que se sintiera identificada.
3. Propusiera el cambio, que localizara las conductas que no contribuían a la relación y ofreciera alguna alternativa funcional que pudiera contribuir a mejorar la situación y los sentimientos. Entre estos ejemplos, algunos que clarificamos juntos fueron:

    - Cambiar palabras o acciones en el presente o futuro,
    - Ayudar en la solución de un problema o dilema.
    - Reforzar al otro por haber escuchado nuestra petición y comprometerse a realizarla o plantear un compromiso alternativo.

A partir de este momento el paciente mostró un cambio de actitud al asistir a terapia, al saludarla por la mañana en el inicio de la sesión expresaba ella darse cuenta de muchas cosas como el relacionarse con amigas y con sus hijos, ya no sentía tanta angustia por que confiaba en que se encontraría la manera de solucionarlo y sentía que iba por muy buen camino.

Se continuó en función de lo que reportaba Martha en las sesiones pasadas sobre los pensamientos negativos sobre su esposo y lo que en consecuencia sentía cuando estaba en convivencia con él. A pesar de haber entendido con

las historietas y las explicaciones la diferencia entre las ideas funcionales y las creencias que ya no le funcionaban, parecía difícil que ella pudiera encontrar ideas funcionales respecto a su pareja, todo parecía ahora una queja. En este caso la relajación surge como alternativa para poder ubicarnos en el momento presente y detener un poco esta generación de ideas que contribuían a la angustia y el estado de tensión que reportaba.

Se tuvo un pequeño entrenamiento en relajación sobre todo centrado en la focalización de la atención en partes del cuerpo y en la actividad que se este realizando a solas. Este ejercicio se dejo de tarea por lo menos una vez al día hasta que nos volviéramos a ver.

El ejercicio de relajación en casa tuvo resultados satisfactorios ya que según reporto la paciente en las 3 diferentes descripciones que hizo de los momentos en que realizo el ejercicio, fue muy evidente para ella el momento en que ciertas partes de su cuerpo se relajaban o tensionaban de acuerdo a lo que pensaba o por algo que la alteraba exteriormente. Ella describe:

"Estaba lavando la ropa. De repente me acordé del ejercicio. Escuche el sonido del agua cayendo y fui sintiendo como mi cuerpo se iba relajando, empecé a sentir la misma tranquilidad que en otras ocasiones he sentido al estar a lado de un río. ¡De pronto! Escuche un ruido y me espante, todos mis brazos como que se endurecieron, me angustie y abrí los ojos, me dirigí a la estufa y vi que la leche se empezó a tirar".

Esta experiencia por la que paso Martha en casa sirvió de base para intentar otro ejercicio con la relajación. La hipótesis en esta ocasión era que al no estar en vivo con la pareja y con el apoyo del terapeuta Martha debía ser capaz de localizar pensamientos funcionales respecto a su esposo y ubicar que comportamientos eran funcionales para la relación.

Después de la confrontación, de aclarar el funcionamiento y beneficios de la técnica, le pedí al paciente que se pusiera más cómodamente sentada y di

instrucciones de acuerdo a la técnica de relajación progresiva de Jacobson, centrada en las tensiones y distensiones de diversas zonas del cuerpo.
Al intentar contrarrestar cada pensamiento no funcional del paciente se trata con diferentes niveles en cuanto a la "profundidad" y generabilidad del cambio.

Estos niveles serían:

- INSHIGT Nº 1: Que el sujeto tome conciencia de que su trastorno deriva de pensamientos, valoraciones y/o creencias y no directamente del evento.

- INSHIGT Nº 2: Que el sujeto tome conciencia de como él mismo por autodoctrinación o autorrefuerzo mantiene la creencia irracional.

- INSHIGT Nº 3: Que el sujeto trabaje activamente la sustitución de las creencias irracionales por creencias racionales mediante tareas intercesiones.

Algunas de las situaciones que se intentaron trabajar consistieron en imaginar que pasaría si su esposo recibiera una llamada de su novia. Martha comenzó a mencionar que pensaba “me da mucho coraje, porque le habla si sabe que esta conmigo, el me había dicho que ya no la veía ni le hablaba” Al preguntarle que sentía dijo: “me late muy rápido el corazón y me sudan las manos” en ese momento le pedí que pensara de una manera mas funcional “no puedo” respondió, ante esta situación decidí intervenir: “muy bien, el que le hable esta chica a su esposo no implica que sigan teniendo una relación sentimental”, continuando con ejemplos más fuertes decidí presentar la situación en que el esposo se ve con la novia. Algunas de las ideas con las cuales intervenía eran “El que siga viendo esta chica era imposible de evitar no estaba en sus manos, podrían establecerse acuerdos pero eso no garantiza que no la vería de nuevo. Ante este tipo de ejemplos mencionó algo que considero como un avance significativo en la aceptación “pues sí, el que haya tenido a esta novia y haya vuelto con ella no estaba en mis manos, fue decisión de el”. Después de esto decidimos terminar el ejercicio ya que el tiempo se terminaba, la tarea para

esta sesión fue de nueva cuenta encontrar pensamientos funcionales en los momentos en que especialmente se siente perdida. En las actividades que realiza sola tratar de enfocar los pensamientos a alguna zona del cuerpo (como en la relajación progresiva), a la actividad que este realizando para disminuir esta tendencia a pensamientos negativos. Cite lo importante que era establecer metas personales a corto, mediano y largo plazo. Las metas a corto plazo podían ser pequeñas, desde hacer una mejoría en la labor que tenía en el taller de costura o dedicarse por lo menos 30 min al día a alguna actividad que le guste o no se haya retomado en algun tiempo.

En las siguientes sesiones Martha lucía de nuevo contenta aunque, según citaba, un poco temerosa de lo que fuera a pasar con esta "nueva actitud que le estaba saliendo". Refiriéndose a que se había establecido metas pequeñas como ir al salón de belleza y dedicarse más a ella sin desatender lo que llamaba "obligaciones familiares". Martha dijo sentirse diferente y reconocer que aún estaba en edad de "recapacitar", que seguía reaccionando con sus creencias, que era difícil pero en algunos momentos le era muy claro que podía lograrse.

Ella menciona al respecto:

"Tuvimos un viaje acá adelante de Toluca. Al ir en la carretera me sentía un poco extraña por que iba muy atenta a los paisajes, al clima, a la gente. Tenía muchas ganas de salir por que hacía tiempo que no salíamos"

"Hicimos una parada para comer en un restaurante muy bonito que tenía a unos señores con guitarra cantando y toda la cosa. A mi esposo le dolía un poco la cabeza y los niños estaban ya un poco aburridos de estar ahí sentados después de comer. Al decirme que le dolía la cabeza le dije que se fuera al carro a recostarse un poco. Como que pude defender algo que venia de muy adentro, quería quedarme un poco más por que estaba disfrutando de la música y del clima, me sentía bien. Al poco rato los niños también se fueron a hacerle compañía me quede sola ahí, con mi música, el aire, no sé como que me sentí muy viva".

Al preguntarle como influía esto en su relación de pareja y en el motivo de consulta ella dijo: “En cuanto a mi relación de pareja…. Una de las principales razone para venir era reencontrarme. He entendido que era de una forma cuando fui muchacha y a través de los años de casada fui como modificando mi forma de ser para ayudar o hacer cosas en función de los demás…. y hasta ahora siento que me estoy reencontrando. Usted en una de las sesiones me dijo que tarde o temprano la forma en que me daba cuenta de mis pensamientos y esas cosas me llevaría a tomar decisiones importantes y la principal es que quiero seguir con mi marido… no separarme de él. Y en mi no va a quedar el engañarlo, se que en el pasado ocurrieron cosas y que lo que estoy haciendo no garantiza que el no lo haga pero por lo menos ahora con mi cambio de actitud y con lo que le he expresado de inconformidad él ya lo sabe. Incluso ese día del viaje al llegar a pesar del dolor de cabeza lo note como que quería acercarse mucho, como que le ha pesado el que ahora no este yo esperando que me diga que hacer o que le agradezca el cariño que me da y esas cosas”.

Al preguntarle sobre qué metas se había propuesto cubrir, y cómo vislumbraba la relación a futuro, ella contestó: “He estado tratando de hacer pequeños esquemas como los que hacíamos aquí en el pizarrón cuando tengo dificultades de entender por qué me enojan las cosas, pongo de un lado lo que creo que esta mal y luego trato de pensar en alternativas que me convengan. Una de las metas es ir por lo menos 2 veces a la semana con unas amigas a platicar… de hecho una de ellas me propone chamba en un hotel donde ella trabaja y si me gustaría para más adelante trabajar en otro lado, no anda mas en mi casa. En relación a mi esposo pues espero que valore lo que tiene ya que él sabe muy bien que clase de familia tiene, sabe que lo quiero pero que con lo que ha hecho nuestra relación no es la misma y ha cambiado y yo le he dicho varias veces que no me gustaría que volviera a ocurrir otra vez”.

Cómo terapeuta en este caso me sentí satisfecho ya que la culminación del mismo fue un entendimiento completo de la situación en función de las posibilidades no de las creencias que Martha venía arrastrando. En la sesión de seguimiento la paciente reportó tratar de vivir cada día de forma distinta y

que cuando se le presentaban malos pensamientos ella misma se decía “ya, mejor pienso otra cosa” o se esforzaba por ocuparse en alguna actividad. Las reuniones con sus amigas no se habían suspendido y la meta de trabajar a futuro seguía en pie. La relación con su marido la describía ella como funcional. Existía un distanciamiento hasta físico con él, la manera de comportarse hicieron que el con el tiempo se acercara más y se volviera un tanto insistente. Desde ver TV juntos, pedir su opinión, voltear a verla a menudo para corroborar una decisión con los hijos, verla cuando cocina, intentar besarla y acariciarla varias ocasiones al día. Si bien, ella dice no hacerse ilusiones con todo esto, pero siente que ha ganado importancia por que quizás su marido valoro lo que estuvo a punto de perder. Luego de un tiempo después de esta sesión de seguimiento la encontré varias ocasiones en la clínica por motivo de consultas en otros servicios y porque se encontraba asistiendo también a los talleres organizados por nuestra área.

En el caso de Martha emplee material teórico nuevo y respecto al entrenamiento en relajación y a las láminas de relación de pareja, era material revisado y utilizado en mi práctica y formación en la CUSI Iztacala, en donde tuve una experiencia previa en terapia de pareja. Con respecto a este caso, me agradó cómo se logró la alianza ya que el paciente se desenvolvió bien y hubo mucha confianza expresada al término de la terapia en donde me obsequio un pequeño paisaje de Veracruz.

4.7.2.2 El Caso de Olivia

Una joven de 23 años de edad y estudiante de 4º Semestre en el Campo 4. Acudió al servicio ya que había visto las láminas informativas pegadas en los pasillos del campus y de la clínica. Su motivo de consulta eran problemas de autoestima, entendiendo por autoestima lo que el paciente denominaba como “el no poder defender lo que creía, sentirse mal, sentirse culpable, no poder estar a gusto con lo que se hace, sentirse gorda”.

Al realizar la entrevista inicial se trato de averiguar cuales eran los contextos o las situaciones en las cuales la paciente ha sentido esta falta de asertividad, es decir, cuando se presenta la conducta problema. Ella refiere una amplia variedad de situaciones y de personas con las cuales esta relacionada esta conducta y los pensamientos negativos que ella misma tiene de su persona. El paciente dice no tener claro en que situaciones ha podido verdaderamente mostrar capacidad de decisión y según refiere, continuamente duda de sus capacidades.

En lo que respecta a su situación familiar, Olivia refiere estar toda la semana viviendo sola y separada de la familia. Su familia vive en Toluca de donde es originaria ella, por motivos académicos se vio obligada a rentar un lugar cercano a la Universidad y desde entonces se sintió mas liberada en algunas cosas pero muy sola. Al poco tiempo de haber entrado a la carrera conoció a su novio y a sus 2 principales compañeros. Continuamente ella sale con sus amigos o con su novio pero casi nunca ha existido convivencia entre su novio y sus amigos. “Me siento a veces mal por que una de las situaciones que me han dejado últimamente muy mal y he llorado es esta, mi novio no me entiende, hablo con él y no me escucha. A mi no me pasa salir con él cuando van sus amigos por que me trata de otra forma”.

Algunas de las situaciones que ella reporta como problema son:

- “Que los demás hablen de mi y que no me tomen en serio”.
- “Me molesta que se burlen de mí”
- “Dar explicaciones de mis actos”
- “Mi relación de pareja no funciona”.
- Como piensan mis padres del “tener novio”.
- “Que mis padres piensen que el estar con alguien es estar haciendo el sexo”.
- “Tener que decirle todo a mis papás”
- “No poder decidir si me conviene tener novio o no”

Al preguntarle ¿Qué es lo que espera del servicio? Me comunica que espera poder ordenar su vida y sobre todo no sentirse mal al convivir con los demás y también aprender a defender sus opiniones. Comencé entonces por tener una plática con Olivia en donde quedara muy clara la necesidad de intervenir poco a poco en las problemáticas citadas y que por ello debíamos escoger solo una de las conductas para empezar. En el pizarrón del consultorio platicamos sobre la idea de que los problemas con los que vivimos y que no se resuelven generan casi siempre un malestar acumulativo que puede terminar en enfermedades psíquicas o físicas. Así coincidimos en que era necesario entonces que todos tuviéramos una estrategia general encaminada a buscar soluciones.

Luego de esbozar esta necesidad de contar con estrategias para afrontar los problemas decidí redefinir en términos conductuales, con la ayuda de Olivia, la conducta que se había escogido para trabajar: "Mi relación de pareja no funciona"

Comenzamos por analizar que pensamientos estaban relacionados con esta creencia del mal funcionamiento de la relación. Olivia refirió varias situaciones en las cuales ella acababa por sentirse fuera de lugar y obligada a permanecer con su novio en ambientes que no le eran agradables y con personas que no conocía bien. Al preguntarle en que otros contextos observaba ella que su relación presentaba estas dificultades ella dijo: "Es poco el tiempo que pasamos juntos. De hecho nada mas comemos o nos vemos en la escuela pero para salir como pareja lo planeamos, por eso me parece molesto que siempre tenga que ceder o vayamos a terminar al mismo sitio, a tomar cerveza con los amigos de él. A veces hasta no se por que ando con él".

Centrándonos en los aspectos y comportamientos que Olivia reconoce como positivos y negativos en la relación, le pedí de tarea que elaborara una lista. Además quedaba pendiente para la siguiente sesión que me proporcionara un horario completo de toda la semana en donde especificara los días en los que se reúne con su novio, los días en que se reúne con la familia, y de ser posible el tiempo que dedica a cada una, incluyendo las actividades personales.

Este horario completo me posibilitaría tener una visión más amplia del tiempo e importancia que ocupan cada una de las actividades desempeñadas por Olivia a lo largo de una semana, el tiempo dedicado a su persona y el tiempo dedicado a la familia. Era de gran interés para mí conocer estos aspectos ya que la cadena de conductas que Olivia refería como problemas abarcaba diversos contextos. Con ayuda de la paciente precisaría también la importancia de cada uno de las actividades y sus posibles valoraciones cognitivas.

Con base en las observaciones que realice, en el reconocimiento propio del paciente de carecer de ciertas habilidades para enfrentar una situación o defender su punto de vista y la lista de problemas que el paciente refería, el entrenamiento en solución de problemas me pareció la alternativa más viable. Este entrenamiento reconoce 5 pasos generales que son:

1.- Orientación general.
2.- Definición y Formulación del problema en términos de conducta.
3.- Hacer una lista con soluciones alternativas.
4.- Toma de decisiones (valorar las consecuencias de cada alternativa).
5.- Verificación (valorar los resultados).

En la siguiente sesión aplique un cuestionario desarrollado para concretar el problema y el área a la que éste pertenece (ver anexo 7). De acuerdo a este cuestionario, las respuestas de Olivia describían la existencia de problemas concretos en 4 de las 6 áreas abordadas por el mismo. De estas 4 áreas destacadas, solo 2 superaban la escala de 3, lo que hacía que la intervención se centrara más en estos aspectos. El área de relaciones sociales y el área de relaciones familiares y de pareja.

La lista que previamente le había encargado sirvió perfectamente para ubicar al paciente y trabajar en la importancia y el hilo conductor de su actividad durante la semana: la escuela. Su horario estaba completamente saturado desde tempranas horas hasta las 10:00 PM que es la hora en la que acostumbra dormir. Las actividades desempeñadas de Lunes a Viernes estaban en función directamente al cumplimiento con los deberes académicos y algunas

actividades extracurriculares, como el curso de nahuatl y el ir al gimnasio, tenían más importancia que la convivencia con su pareja. Al respecto de esta convivencia, en su horario durante toda la semana aparece como una segunda o tercera opción valida solo cuando no se anteponen las tareas, las labores de aseo personal o el reunirse con amigos del salón. En las siguientes tablas se puede observar la distribución de tiempo y la importancia de cada actividad para Olivia.

LUNES	
-------	Levantarme. Desayunar con mi familia y alistarme
-------	Tomar el camión de Toluca al Toreo. Tomar camión Toluca - FESC
10:00	Clase de Genotecnia
11:00	Maquinaria Agrícola
15:00	Tareas, Gym, Comida, Platicar, algun imprevisto.
17:00	Clase de Derecho Agrario.
19:30	Ir a las copias, o a las computadoras a trabajar, o a hacer tareas. Reunirme en equipo para algún trabajo, o ver a mi novio.
21:00	Estar en casa y dormir

MIERCOLES	
6:30	Levantarme. Desayunar y hacer ejercicio.
7:30	Baño
8:00	Clase de Usos del Agua
9:00	Administración
11:00	Libre: comer, aseo de casa, trabajos, ir al psicólogo, platicar con amigos.
------	Clases
19:30	Estar con mi novio o hacer tarea.
21:00	Estar en casa y dormir

VIERNES	
6:30– 9:00	Levantarme. Desayunar y hacer ejercicio.
9:00-11:00	Administración
11:00-13:00	Fitopatología
13:00-14:00	Maquinaria
14:00-15:00	Práctica V
15:00-19:00	Novio o tareas
19:30	Aseo de la casa, lavar ropa.
20:30	Tomar camión al Toreo. Tomar camión Toreo - Toluca
23:00	Llegar a casa y dormir

SABADO	DOMINGO
Trabajar	Ir al tianguis
Atender o realizar visitas	Almorzar
Estar en casa	Ver la TV
Convivir con mis papás	Escuchar música con mi hermana
Convivir con mi hermana	Convivir con mis papás
Baño	Baño
Dormir	Dormir

Al reflexionar junto con Olivia sobre su horario pudo por fin ver que la forma como está conformado desde un principio le dificulta e imposibilita el ejercicio de algunas actividades. Algunos aspectos, como la relación de pareja, la convivencia con los padres y el tiempo dedicado a su persona quedaron de manifiesto. Ella expresó:

"Ya me había dado cuenta que estaba muy saturada, pero a pesar de cada día sé lo que tengo que hacer sigo sintiendo algo que me presiona a cumplir y como que ya no disfruto de nada".

"Con esto que me dice usted del tiempo que le dedico a mi novio y en que lugar esta, por fin me doy cuenta por que andamos mal. Para empezar no le dedico tiempo a la relación y por ello siempre estoy pensando en otras cosas y no se me hace importante y me siento siempre incómoda".

“Cuando voy a mi casa de Toluca siempre pienso que voy a descansar, como a librarme de las cosas que hay aquí, pero al llegar allá es otra friega, trabajo el sábado, casi no platico con mi hermana y el poco tiempo que tengo para convivir con mis papás se la pasan preguntándome que hice en la semana y regañándome. Mi papá se la pasa advirtiéndome que no vaya a estar perdiendo el tiempo con amigos y echando novio en lugar de estudiar y total que en lugar de convivir y llevarnos bien en ese poco tiempo, nada mas me la paso a disgusto”. “Creo que ni siquiera tengo tiempo para tener novio. Como que necesito otra vez sentarme a ver mis prioridades”

Después de lograr que el paciente se diera cuenta de la saturación de actividades y de la necesidad de reprogramar su horario con base en las prioridades, proseguimos a la siguiente fase del entrenamiento en solución de problemas que se trataba de concretar como acostumbraba ella responder a las situaciones que ha considerado como problemática, desde el interrogatorio con los padres hasta el sentirse menos con el equipo en una clase. Una forma de tener información precisa de este segundo paso es realizar fue realizar un autorregistro, con la restricción que ella debía generar alternativas de solución sin importar que parecieran disparates. Para complementar esta tarea le proporcione información sobre el manejo en la modificación de los pensamientos automáticos, ya que esto le facilitaría el buscar soluciones de manera más tranquila y relajada.

En la siguiente sesión se reviso la tarea del autoregistro y centre mi atención a las conductas y las posibles soluciones que planteaba la paciente en varios planos, incluso en el terreno de la reestructuración cognitiva (sustitución de ideas no funcionales por ideas funcionales). Este fue un punto de partida interesante que Olivia calificaría como “autoreconocimiento” en donde ella fue capaz de observar y registrar los pensamientos que se generaban por una situación y que la determinaban si esa situación se repetía. A continuación proporciono algunos ejemplos de esta lista:

- Mis papás me regañaron, me dijeron: *"Llegaste tarde por estar echando novio"*

    1. *Puedo llegar tarde por estar en las computadoras, ya que me gusta mucho.*

    2. *El transporte se tardó, había tráfico en Lechería, accidente en la carretera etc…*

    3. *El llegar tarde no quiere decir que fue por estar con alguien, también me puedo divertir sola paseando en donde sea.*

- No quiero tener novio:

    1. *Para no comprometerme.*

    2. *Estoy mas tranquila sin él.*

    3. *"Mi papá dice que los novios solo quitan el tiempo"*

    4. *Es positivo para mi no tener novio porque eres mas libre y estas tranquilo.*

    5. *Me divierto más cuando no tengo la presión de ver a mi novio.*

    6. *No es bueno tener novio, porque es una persona y siempre he querido controlar las cosas y ahora sé que no puedo controlarlo a él, que tengo que llegar a acuerdos.*

    7. *Tengo miedo de enamorarme y que pase a ser más importante que lo que es mi prioridad ahora que es la escuela.*

    8. *Las relaciones entre personas son buenas, siempre y cuando ambas traten de ser responsables y respetuosas. Que quieran que la relación funcione y quieran dedicarle tiempo. Yo no quiero.*

    9. *En este momento no creo conveniente tener novio por mis actividades.*

LISTA DE POSIBLES ALTERNATIVAS

No me funciona:	***Alternativas que veo:***
Levantarme temprano	*No me ha funcionado por que no me da tiempo de hacer lo que quiero pero también me doy cuenta que quiero hacer muchas cosas en la mañana. Podría proponerme hacer solo una cosa en vez de tres.*
Hacer la tarea	*Puedo dedicar mas tiempo ha hacerla o reunirme con mis amigos a hacerla o dejar de lavar un día para dedicarle mas tiempo.*
Comer bien	*Puedo desayunar ligero y en la tarde ir a comer con alguien, con mis amigos de la carrera que siempre me están invitando, así también los conozco más y cooperándose entre todos puedo ahorrar.*
Ahorrar	*Comer con otras personas. No gastar en cosas que no sean obligatorias.*
Ser amable, saludar todos los días.	*Saludar solo cuando yo sienta que lo quiero hacer y no sentirme culpable si no me contestan.*
Lavar, planchar y limpiar todos los días de la semana.	*Elegir un día para cada una de las actividades. Dar cosas a lavar a mi mamá.*
Usar los miércoles especialmente para hacer todas las tareas.	*Hacer tareas o empezar a adelantar algo de ellas a diario. Leer cosas de las clases aunque no las hayamos visto aún.*
Tener novio	*No tenerlo para estar mas liberada, más tranquila, sin presiones. Poder dedicarme a mis cosas y no estar apurada luego por no haberlas hecho.*
Contarle todo a todos	*Solo contarles a los que considere mis amigos o a los que vea que realmente les puede interesar.*
Hacer ejercicio todas las mañanas.	*Replantear mi horario y dedicar un día o 1 hora en la noche para hacer ejercicio.*
Visitar a los amigos.	*Hacerlo cuando no sienta que es compromiso o que lo hago por el "qué dirán"*

Esta lista sirvió para que Olivia fuera cada vez más capaz de contemplar todas las posibles soluciones que se le ocurrieran para un problema siguiendo ciertos criterios:

- Cualquier idea que se le ocurriera como alternativa era importante, estaba prohibido criticar las ideas ya que la valoración se haría en otra fase.
- Todo estaba permitido, aunque la solución parezca un disparate en principio es valida. Es deseable producir muchas ideas de soluciones alternativas. Cuanto más, mejor.

El siguiente paso fue hacer que Olivia contemplara las consecuencias posibles al tomar algunas de estas alternativas. En especial, el hecho de no tener novio significaba, según su lista, una solución en varios aspectos. Olivia se tenía que hacer responsable de tomar esta decisión y hablar con el novio para terminarlo.

Al igual que hizo ella al contemplar lo positivo y lo negativo de no tener novio, para cada caso también se tenían que contemplar las ventajas e inconvenientes para cada solución ideada, y darle un valor + o - en puntos de 1-3 para que al final de esta forma práctica se decidiera por algo. Al final solo basto restar el total negativo del total positivo. Las soluciones que dieron un mayor número positivo eran para ella las mejores (Total positivo- Total negativo).

Por ultimo en dicho entrenamiento valoramos conjuntamente los resultados de la solución seleccionada. Consistió en poner en práctica esa solución y comprobar si se cumple el objetivo que teníamos. A pesar de que una de las soluciones era terminar con el novio ella decidió dejar ese paso al último y comenzó por aspectos de su vida cotidiana como el levantarse temprano, estudiar de forma distinta, no contestar a sus papás de la misma forma sino que ahora les explicaba y les daba también alternativas.

Hacia la última sesión Olivia refería muchos cambios. Tuvo una plática con su novio en donde planteo las incomodidades que tenía con los amigos de éste y expuso qué cosas y actitudes le molestaban. Fue difícil por que el novio se enojo se cerro y no quería aceptar muchas cosas. Ella pudo de alguna manera referirle que había asistido a terapia y que gracias a ella se había dado cuenta de muchas cosas. Que estaba muy saturada de actividades, algunas de ellas no quería dejarlas y otras solo debía cambiarlas de horario o dejarlas de tener. La relación para ella no funcionaba ya que siempre se sentía fuera de lugar y presionada. Le explico a su novio como era esta sensación de estar a disgusto, de ir a lugares por obligación, de acompañarlo por "no quedar mal" de aguantar comentarios y bromas de personas que ni siquiera conocía y toda esta dinámica que ella veía más como una labor de resistencia que de convivencia con su pareja. Veía las cosas desiguales, los pocos amigos que ella tenía de la carrera no le caían bien a su novio y por ello ella prefería terminar la relación. Su novio se molestó e intento convencerla de que esa no era la solución. "Me dijo que el no tenía la culpa que él siempre me había visto sonriendo y que si no me gustaba los lugares o estar ahí que porqué no se lo había dicho. Como que cada quien vive la relación para su conveniencia y la verdad al final no terminamos, simplemente nos dimos tiempo. Creo que me viene bien porque tenemos viaje de prácticas por separado y cada quien va a hacer su vida, solo cuando tengamos tiempo los dos y estemos de acuerdo los dos saldremos o a ver que".

Al parecer Olivia no termino con el novio pero la separación y los términos en la que planteó este "darse tiempo" estaban de acuerdo a su demanda académica. Ella lucía tranquila, preocupada más porque venía el cierre de semestre clásico de mucho trabajo antes de diciembre.

Hacia el 15 de Noviembre quise saber qué había obtenido de esta terapia, qué observaciones podía hacer ella de su propia conducta, que metas y objetivos se formulaba. Su última impresión fue la siguiente:

- ¿Qué es lo que quiero hacer en mi vida?

1. *Quiero terminar mi carrera.*
   +Estudiando más.
   +Obteniendo buenas calificaciones.
   +Asistiendo a todas las clases y entregando a tiempo los trabajos.

2. *Quiero tener más hábitos buenos*
   +Ordenando las cosas e ideas.
   +Levantándome temprano.
   +Comer adecuadamente.
   +Hacer ejercicio por que me gusta, no porque me obsesiones con bajar.

3. *Quiero estar bien con mi familia*
   +Ayudando en los trabajos de casa
   +No contribuir a peleas y discusiones.
   +Trabajar en algo que me guste para ayudar a mi familia
   .
4. *Quiero mantener a mis amigos.*
   +Preocupándome por lo que les pasa.
   +Siendo sincera con ellos y conmigo misma.
   +Divertirme y convivir más con ellos.

- ¿Qué cosas he visto que han cambiado?

1. *He descubierto que puedo tener gustos y tomar decisiones propias sin depender de otros.*
2. *He visto que lo único que me debe importar en principio soy yo.*
3. *Ahora veo que hay pequeñas cuestiones que son solo mías y nadie más puede resolverlas, solo y. soy responsable de todo esto.*
4. *Ahora entiendo que todos nos equivocamos pero no hay nada bueno ni nada malo, actuamos de acuerdo a nuestras circunstancias y nuestras decisiones.*
5. *Cuando tomamos una decisión o realizamos una acción es parte de nuestra vida. Lo que crea o la idea que tenga de ello es mía. Y por ello ninguna vida es ni se piensa igual a la otra.*

Del caso de Olivia me queda la experiencia como terapeuta que debemos darle mucha importancia al análisis de las estrategias de afrontamiento con las que el paciente ya cuenta. Este análisis a mi parecer debe ser muy minucioso ya que de éstas estrategias depende la manera en cómo se responde al problema o el porqué de que la conducta consecuente se siga manteniendo. Si este afrontamiento espontáneo del paciente funciona solo para incrementar la ansiedad, el estrés o empieza a afectar varas esferas de su vida es imprescindible modificarlo. Por ello este entrenamiento en solución de problemas partió de las habilidades que Olivia tenía en otros contextos y en trabajar un poco el autoconcepto.

Fue trascendente que el paciente reconociera su capacidad de decisión y su responsabilidad. En algunas ocasiones observe que Olivia parecía estar saturada y acostumbrada a que otros decidieran por ella por que le arrojaba quizás en algunos casos menor culpa. En la medida en que el evitar sentir culpa la llevo al evitar hacerse responsable por sus decisiones se fue saturando y no pudo atender todas las cosas que quería. Empezó a dejar de llenarle el hecho de tener pareja y las cosas empezaron a perder importancia para ella, haciendo las cosas solo por “deber”.

Creo que la terapia y e entrenamiento significo para ella un paro en donde pudo mirar desde afuera por un momento lo saturada que estaba su vida y como entre más actividades quería abarcar como que los gustos y ella misma (su individualidad) iban desapareciendo dejando paso a que los demás tomaran decisiones de todo tipo (escolares, personales, familiares), en lugar de ella.

Me siento contento por Olivia, la forma en la que expresó los cambios que observa son, a mi parecer un buen punto de partida para reordenar su vida teniendo las prioridades y las metas muy en claro.

4.7.2.3 El Caso de Sonia

Al regresar del periodo vacacional de diciembre la clínica abrió sus puertas para dar servicio nuevamente. Mi actividad en estos periodos consistía en esperar en la recepción del área de psicología a personas que necesitaran del servicio y en continuar con los pacientes que habían dejado su tratamiento a medias o que sólo iban a la sesión de seguimiento. Durante este periodo llegó la Sra. Sonia acompañada de su esposo y preguntando por el servicio. De complexión robusta, alta y muy concreta al hablar, la señora Sonia demostraba interés en el tipo de terapia y solicitó ser atendida de inmediato según ella lo reportaba por problemas de depresión.

Después de realizar los trámites necesarios comenzamos la entrevista en el consultorio, mientras su esposo aguardó en la sala de espera. En la entrevista inicial refirió muchas conductas y situaciones que de alguna manera le afectaban, entre otras cosas, mencionó ser madre de dos niños, tener la carga anímica y económica de la casa, problemas de pareja, problemas económicos, situaciones estresoras por vivir en la casa de su madre, un accidente laboral reciente de su marido, mala convivencia con algunas de sus hermanas, sentirse incapaz de encontrar trabajo nuevamente, molestarse por la forma en la que su esposo trata a sus hijos, sospechas de que su hijo pequeño sea homosexual etc.

Sonia se mostraba ansiosa, con mucha necesidad de hablar y de ser escuchada, su mirada estaba fija en mí. Era una paciente que de inmediato demandaba una clase de respuesta ante su problemática. De manera sistemática opte por separar y enumerar todas las situaciones problema que ella identificaba que estaban directamente relacionadas con el motivo de consulta: depresión.

Los datos recopilados durante las sesiones, imprescindibles para la anamnesis, fueron complementando los antecedentes médicos y familiares que se proporcionaron en la entrevista. Con respecto a los **antecedentes familiares** la paciente fue muy detallada ya que refirió pertenecer a una familia

muy numerosa de seis hijos, dos hombres y cuatro mujeres, de las cuales era la penúltima. “Estuve siempre acostumbrada a la comodidad, mis papás hacían lo posible por que no nos faltara nada y la verdad siempre estuvimos viviendo bien, mis hermanos mas grandes nos apoyaban en todo y nunca me falto nada”. Habló de la afinidad con su hermana más pequeña y de las malas relaciones que sostiene desde temprana edad hasta la actualidad con su hermana mayor. En cuanto a su familia nuclear actual (esposo e hijos) ella refirió ser el sostén en su casa pues reconocía que ella siempre tenia la ultima palabra, tomaba decisiones que su marido no se atrevía y que de alguna manera esto la hacía sentirse presionada por todos. El vivir en casa de su madre significaba para ella motivo de pena y vergüenza por que su marido no había sido capaz de brindarle un hogar.

La descripción detallada de su familia me sorprendió, así como el análisis que ella había hecho del deterioro de las relaciones con cada uno de sus hermanos. En cuanto a la **historia médica** de Sonia, se encontraba plagada de continuas afecciones en vías respiratorias. Aumento y pérdida de peso en corto tiempo, estar continuamente inmersa en programas para bajar de peso como ella lo menciona: slim, clinicas teo, Weat Watchers etc. Lo más relevante de esta historia clínica según considero es que en la adolescencia su problema de asma la llevo a internarse indefinidamente en una clínica, en la cual, por su estado de gravedad la declararon sin esperanza de vida. Al recibir esta noticia su familia se fragmentó. Según relata Sonia pasó tanto tiempo en el hospital que su familia poco a poco dejo de visitarla como acostumbrándose a la idea de que ya no iba a salir de ahí:

“Viví una situación muy triste, ya todos los doctores me conocían, era una persona desahuciada y mis padres no me visitaban mas, había perdido clases y estuve durante meses en el hospital. Recuerdo que no podía moverme muy rápido y que el caminar durante más de 10 minutos me cansaba. Se me dificultaba el respirar y también esto me originaba problemas cardiacos. En mi niñez mis únicos amigos eran los doctores. En fin pues fue una situación muy triste y estaba echa un trapo, al mirarme las manos ya las tenía moradas de las agujas del suero y esas cosas, me las veía bien flacas y pues creo que mi

mamá alguna vez llego con un aceite de “just” que le habían recomendado inhalara y untara para mejorar as vías respiratorias. Eso y las medicinas de la clínica me sacaron adelante, y a pesar de que en el futuro tuve recaídas ya podía permanecer en casa y empecé a recuperar mi escuela y a reencontrarme con la vida”.

Este tipo de eventos en los cuales una paciente recobra la salud y pone toda su confianza y creencias en un medicamento o tratamiento que parece haberle funcionado, es una clara muestra de la reacción que tienen algunos de los paciente directamente en sus comportamientos de salud al utilizar, probar o complementar la medicina tradicional con tratamientos alternativos, pero de esto hablare más adelante.

Sonia relata también como esta “nueva oportunidad” que le dio la vida iba a influir radicalmente en sus hábitos alimenticios y en la forma en la cual se relacionaba con los miembros de la familia:

“Cuando estaba muchacha yo nunca pensé estar delgada siempre me sentí gorda. Esto tenía que ver mucho con mis hermanas. De alguna manera pues había crecido con cierta atención de mis padres, después como ya le comente pues ya me daban por perdida y como que el hecho de recuperarme les provoco a mis hermanas cierto coraje o no sé. Eso del sentirme gorda fue por que mis hermanas siempre me decían que me veía mal con lo que traía puesto, ahora que lo he pensado yo estaba llenita por todos los tratamientos y la bola de cosas que me inyectaban cuando e enfermaba, como me hacían estar en reposo y me alimentaban bien por eso me hice así. Pero siempre me sentí gorda, realmente en pocas ocasiones en mi vida me daba cuenta que no lo estaba o que podía gustarle a alguien así tal cual soy. Me acuerdo una vez que estaba en un programa de monitoreo, y fui a mi chequeo a Weat watchers, cuando pase a la báscula los doctores, unos jovencitos, se sorprendieron al verme y escuche que uno le dijo a otro: mira nada más las cosas que hacemos aquí. Hasta ese momento a mí no me había caído el veinte de que era atractiva para los otros, llevaba varios meses en el programa y había bajado de peso y hecho un buen cuerpo, no era bonita sino que estaba muy bien, pero por la

presión de mis hermanas perdía oportunidades de salir con amigos o a fiestas por que hablaban mal de mi con mis padres y ya no me dejaban ir. Me quedaba en casa y en la tristeza total pues me descuidaba la ropa me quedaba muy entallada y eso me hacia sentir gorda"

De la serie de conductas y situaciones que Sonia refirió como problema se encontraba la relación con su marido, al preguntarle sobre éste asunto ella comentó:

"Tengo mucho coraje a mi marido porque cuando andábamos de novios hacíamos muchos proyectos, el ganaba bien, era contador de la compañía AVON pero hace poco lo liquidaron y de un tiempo para acá la vida nos cambio. Por no poder conservar el empleo y no pensar en darnos un mejor futuro. Hubo muchos cambios a raíz de esto. Mi esposo se fue un tiempo a trabajar del otro lado con unos familiares, no lo vimos mas o menos en 1 año, casi no mandaba dinero, mi mamá me echó la mano en todo sobre todo en cuidar a los niños mientras yo continuaba trabajando dando clases de ingles en una primaria particular. A raíz de que regresó, yo ya no podía con las deudas, vendimos hasta la computadora que tenía y que me hace mucha falta y él no conseguía trabajo. Para colmo me tuve que salir de trabajar de esa escuela por problemas personales con la directora. Así que pasaron meses hasta que el pudo entrar a trabajar a la Compañía de Luz. Mis hijos también resintieron el cambio de vida, ya que después de ir en una escuela particular ahora van a la de gobierno y pues no les exigen tanto, mi hijo el mas chico parece adaptarse bien pero al mas grande le esta costando trabajo"

"Me acuerdo que teníamos muchas discusiones porque mi marido no podia encontrar trabajo y yo le reprochaba que ni siquiera nos había dado casa propia, que estamos viviendo con mi mamá. Me ha dicho una amiga que vaya a pedir trabajo a las escuelas, también tengo la idea de ir con una maestra que conozco que ahora es directora de una, pero ¡es que todo sale mal!, a veces pienso que ya no me van a dar empleo, nada más me miro en el espejo ya veo que estoy bien gorda de nuevo y pues eso no es un punto a favor para pedir trabajo. Imagínese que cambios tempos tenido, ahora si que después de ganar

bien en avon ahora empezamos desde abajo y con lo que él gana no nos alcanza, nada mas tengo que pagar $2000 al mes de mi curso de teachers. Soy maestra de ingles especializada, estudie mi carrera y siempre me había ido muy bien. Por ello creo que esto se me hace muy duro también por la forma en la que fui educada, y todo lo que tuve, siempre andaba en satélite con mis hermanas y en esa clase de ambiente como nais"

Como terapeuta trate de hacer solo algunas sindicaciones en su relato, con el propósito de que se diera cuenta de las valoraciones cognitivas que hacía de ciertas situaciones. Le explique brevemente que el pensamiento absolutista continuamente limita e influye en nuestro actuar. Expresiones como "no voy a poder", "me siento mal", "no me van a dar el empleo", "siempre todo sale mal", son mensajes con los que cargamos y nos predisponemos a las situaciones afectando nuestra percepción de la realidad. De alguna manera ciertas conductas y situaciones nos hacen pensar y tener ideas así, pero que eso no era una ley que siempre se cumplía, que por ejemplo el que no la hayan contratado para algún empleo no necesariamente tenía que ver con su físico, y que de existir esa posibilidad como política de la empresa, también era posible que hubiese empresas que no adoptaban la misma política al contratar a los docentes. No profundice mas en el tema ya que quería conocer más acerca de su repertorio de afrontamiento de problemas, por lo cual le pedí que me contara cómo hizo para poder subsistir en los meses en que su esposo estaba desempleado, y qué hace ahora para solucionar esa situación de las deudas. Ella respondió:

"Yo veo que el dinero no alcanza y la verdad ya le dije a mi esposo que voy a pedir trabajo, que de los niños se encargue mi mamá de ir por ellos por que si entro a dar clases nada mas me va a dar tiempo de llevarlos en la mañana y si acaso de recogerlos. Mi marido gana poco y cuando no tenía trabajo estuve vendiendo entre conocidos los productos de just, a los que le tengo mucha fé por que son esencias naturales y he comprobado los efectos positivos que tienen. Como vendedora de JUST gano poco pero me ha ayudado a salir adelante, pero en ocasiones me causa conflicto con mi hermana ya que a veces ella va en el carro por los pedidos".

De todas las situaciones que Sonia me relataba observé una continua carga de responsabilidad hacía el exterior, hacia la pareja, el empleo, las hermanas. También estaba dispuesto a trabajar en su autoconcepto ya que, según considero, esto es un factor determinante para afrontar el proceso de la búsqueda de empleo. Para comenzar este trabajo era necesario definir hasta que punto Sonia podía identificar su responsabilidad y participación en los conflictos citados y hasta que punto ella reconocía cualidades y defectos en ella misma y en los demás.

"Soy muy gritona, no tengo tolerancia, no encuentro a veces la manera de decirle a mi esposo que me choca que juegue a golpes con los niños o que les hable con groserías, también que no tenga el valor de enseñarles de lo sexual. A veces hasta lo tengo que obligar a meterse con ellos al baño y bañarse con ellos para que les explique. Mi esposo tiene mucha fobia con lo de los homosexuales y a cada rato me dice que no los consienta tanto porque se vana volver maricones, y bueno con respecto a ese tema hemos tenido ya algunas peleas. Lo que pasa es que mi hijo el mas chico es muy expresivo, muy sensible a todo, mis hermanas y mi mamá dicen que tiene todos los modos que yo tengo y no me había dado cuenta hasta que un día lo ví regañando a su hermano puso las manos en la cintura y le hizo como yo. Yo la verdad dejo a mis hijos ser como ellos quieren siempre y cuando cumplan como hijos, pero la verdad si mi hijo me saliera homosexual o no, yo lo quiero. Ya con el tiempo se definirá. No estoy dispuesta a reprimirlo en nada por que así ya es su naturaleza".

Sonia era una paciente con mucha facilidad de palabra, continuamente en sus relatos se encontraban más y mas situaciones que comprometían a los miembros de la familia en discusiones, todos sus relatos me aportaban cada vez mas datos sobre los comportamientos de cada individuo y las situaciones cotidianas en las que la paciente se veía inmersa como voz de mando, como la figura de poder y la más cercana a los hijos. Ella misma identifica momentos en los cuales ha sospechado del comportamiento de su hijo y culpa al padre por el alejamiento que ha tenido con ellos:

“Una vez en la tarde estábamos solos mis hijos y yo. Mi niño pequeño me pidió que si podíamos jugar a disfrazarnos y le dije que sí. Me pregunto si se podía vestir de mujer, esto me sorprendió pero lo deje porque el es muy expresivo y para todo grita y modela y bueno, le gusta mucho ponerse cosas mías y de su abuela, entonces le advertí que si se iba a disfrazar no tenia porque andar en la calle que nada mas íbamos a jugar todos dentro de la casa, porque si salía luego las personas pueden verlo mal. Él se sentía soñado, pero lo que son las cosa después de estar jugando un tiempo así, me ayudo a poner la mesa para que todos comiéramos, entonces tocaron el timbre y que tuvo que asomarse y eran sus primos que viven enfrente y a veces juegan con ellos, pues su primita lo vio vestido así y se regó el chisme por toda la casa, ya días después no me quitaba de encima a mi mamá diciéndome que como era posible que dejara que el niño se vistiera así que iba a agarrar mañas de maricon etc. Yo he hablado con el y le he dicho que como juego esta bien pero que como hombre no es la forma en la que se debe vestir. Otro episodio del niño es una vez que estábamos viendo la tele el y yo solo por que su hermano estaba dormido estaba una película o una telenovela y me enseño una escena de amor me dijo hay mama que bonita película se ven bien de novios, ¿a poco no te gustaría ser la muchacha? le dije si, es muy romántico, y el decía a mi me gustaría ser la muchacha que esta besando al muchacho se ve muy guapo. Y le dije: no hijo, lo que tu debes decir es que te gustaría besar a la muchacha a poco no te parece bien bonita, y él como que se negaba a aceptar eso. Así como esta situación hay varias y continuamente estoy recibiendo mensajes contrarios, la verdad no me gusta encasillar ni poner etiquetas a mis hijos ni acepto que mi hijo es ni que no es, pero esta clase de situaciones a veces me hacen dudar y en lo que mi hijo sigue viviendo su vida a mi me corresponde defenderlo cuando no lo respetan”.

Al ir concretando las diferentes situaciones que afectaban al paciente me fui dando cuenta que quizás solo con lograr el cambio en un solo problema seriamos capaces de provocar una reacción positiva en más esferas. Dicho de otro modo, la cadena de cambios bruscos en actividades de su vida diaria motivados por el desempleo y la situación económica difícil quizás fueron provocando que Sonia cargara con la responsabilidad de su casa y de tomar

decisiones, esto a su vez había provocado el resentimiento de Sonia hacia su marido por no cumplir con las expectativas de vida que ella misma se había impuesto. Todo esto dificultaba las relaciones de pareja y la convivencia familiar porque se daba cita en un escenario contrario al esposo (la casa de la suegra viviendo cerca de las hermanas).

Por tanto decidí ayudar al paciente a definir un poco más el punto en el cual debíamos intervenir. Durante toda una sesión platicamos de las relaciones personales y proporcioné ejemplos de cómo estas siempre se ven afectadas por las expectativas que se tienen de los demás. Retomé algunos fragmentos de sus relatos y comenzamos a localizar aquellas ideas que parecían determinantes y no funcionales para el paciente. De éste análisis se desprenden:

- "No puedo conseguir trabajo, me siento incapaz de ir a una entrevista. Pienso que no me van a dar trabajo por estar gorda"
- "Mi esposo tiene la culpa de que estemos así, no supo darnos un lugar donde vivir"
- "No me gusta que mi esposo les hable groserías a mis hijos ni que las diga en la casa"
- "Si mi esposo no hubiera regresado yo estaría mejor".
- "Si mi hijo es homosexual, yo no se lo voy a impedir"

A pesar de que Sonia había proporcionado ya bastantes datos en su relato, casi no se encontraban en ellos indicaciones propias de su persona como reconocer sus propias cualidades o reflejos del enojo, la desesperación, variables del organismo. También en lo que ella comentaba existía una continua tendencia a hacer responsable al "otro", verse a ella como victima de la situación obligada a tomar una posición central por encima del esposo en la toma de decisiones y permisiva ante la saturada identificación con la figura de la madre por parte de su hijo. Decidí dejarle una tarea de registro de las actividades cotidianas que provocaran emociones o pensamientos negativos y describir cada uno. Además tendría que escribir suposiciones del cómo cree ella que la ve su familia.

En la siguiente sesión Sonia me presentó varias hojas en donde hacia descripción de sus actividades y las emociones e ideas que le provocaron. El registro de la semana fue el siguiente:

Viernes

Hoy me enoje con mi esposo porque ofendió a mi hijo, sentí un dolor en el estomago. Me pongo de malas y siempre que asa algo así deseo que cuando se fue a trabajar a EU ojala no hubiera vuelto y yo tendría ya solucionada mi vida sin él.

Sábado

El sábado sentí una enorme frustración cuando al encontrarme a unos conocidos me platicaron cómo les iba y no podía contenerme al escuchar que personas menores ya tienen mas solucionada su vida en lo económico, viajan y demás, se divierten, no se, como que me acorde de cuales eran mis expectativas. Todo esto me conecto con que siento miedo de pedir trabajo, siento miedo de vender, temo que me digan que ya estoy vieja o no sirvo para ello.

Lunes

No puedo dormir me siento culpable por haberle pedido a Damián que hablara con su padre para que no lo siguiera ofendiendo

Martes

Diego me negó otra vez el beso de despedida y me vuelvo a sentir mal.

Miércoles

Hace 18 meses saque a crédito unos colchones de muy buena calidad para mis hijos y solo adeudo 100 pesos y debí haber pagado la semana pasada, Martín me dijo que podía hasta esta semana y otra vez me dice que no tiene.

De alguna manera a pesar de que en sus relatos en consultorio era bastante extensa, sus registros parecían descripciones muy generales de situaciones que quizás habían tenido mayor importancia. Sin importar esto seguimos en esta sesión revisando las creencias de Sonia con respecto a la posición que ocupa en la familia y él cómo cree que la ven los demás:

Mi Posición

- Soy la mamá
- Induzco a los miembros de la familia (hijos y papá) a acrecentar el vínculo de amor y respeto que existe entre nosotros.
- Me valgo de la convivencia familiar principalmente para lograrlo y motivo a actividades tales como: paseos, fiestas, trabajo, deberes escolares.
- Soy el lado sentimental (emocional) de la familia. Principalmente soy un refugio donde los demás pueden expresar sus molestias.

Cómo creo que me ve la familia…

- La mamá a fuerza quiere que hagamos las cosas (según por nuestro bien).
- Siempre nos está molestando
- Quiere que nos guste lo mismo que a ella.
- La mamá nunca nos defiende.
- A mi mamá solo le importa su trabajo.
- Mi mama es una persona odiosa.
- Si la mamá se va de la casa la vamos a extrañar porque nos vamos a enfermar por comer tanta chatarra
- La casa se va a caer de mugre.
- ¡Órale! La mamá a pesar de todo si sabe (si puede).

Esta última lista de suposiciones fue una evidencia del conjunto de creencias que Sonia tenía con respecto a lo que espera el entorno de ella. En sus estimaciones aparece centrada como madre y recalca mucho la relación que tiene con los hijos. En las suposiciones su figura como mujer, su lugar en la pareja y su posición de hija, no se hacen notar.

Se trabajo en pizarrón con cada uno de las situaciones que refirió Sonia en la lista de su semana y fue especificando cada vez mas por ella misma los “malos ratos que paso”. De alguna manera esta actividad empezó a servir para que Sonia fuera capaz de ver la gran influencia que tienen sus expectativas, las valoraciones que hace de las personas y situaciones, en la reacción y afrontamiento que debe tener ante determinado problema. El paciente pudo comprender que se puede ver una problemática desde distintas percepciones y comentó:

- “La mayoría de las veces no puedo observarme. Como que pierdo el quien soy. Nada mas me fijo en lo que los otros me están haciendo y me olvido que también como aquí usted bien lo menciona pues… también soy hija, esposa, mujer, vendedora, maestra y tantas cosas. Me siento ofendida y agredida a cada rato, nada mas ando a la defensiva esperando a ver quien toca ahora. Luego me siento sola y, no sé son tantas cosas, no lo había visto pero ahora me doy cuenta que yo misma también he hecho que me vean como mandona, como la que decide, que mis hijos en lugar de preguntarle a su papá me pregunten a mí todo. Como que el coraje y las cosas que tengo con él han hecho que ellos lo vean menos. A veces como que me siento el hombre de la casa. Mi esposo casi no platica con nosotros el se espera a que yo decida que vamos a comer y eso, pero es cierto que acaparo a veces la atención”

Esta inserción al proceso del “darse cuenta” fue algo lenta, parece que tuvo que agotarse su discurso y regresar a analizar cada cosa que había compartido durante las sesiones para reconocer su papel en la familia a través de los años y todos los roles que jugaba. Este insight se estaba logrando y para complementar este proceso me pareció importante conocer el cómo la ven otros miembros de la familia, por ello le pedí que sus hijos realizaran una breve descripción de lo que significa ella para ellos, con la condición de no intervenir, manipular ni estar presente cuando lo hicieran. Aunado a esto y con base en el análisis que habíamos estado haciendo en el pizarrón le pedí que realizara una descripción aun mas detallada de su actuar cotidiano y su relación con los demás.

En la siguiente sesión la primera hoja que me entrego fue una hoja de cuaderno escolar cuadriculado en donde con letra apenas entendible su hijo hacía una descripción de ella. Para ésta tarea se contó con la ayuda de la abuela, que según me describió Sonia le dijo al niño más grande que escribiera a manera de juego ¿Qué significaba su mamá para él? El mensaje es el siguiente:

Que representa para mí mi mamá:
Es la que me recuerda de mis deberes, es la que se preocupa por mi es la que representa lo bueno. Un ejemplo a seguir y la respeto con mucho

El siguiente registro del que Sonia me hizo entrega fue de aproximadamente 4 hojas escritas a mano. En ella describe la convivencia con su marido y todos los momentos en los cuales pudo observar su propia intolerancia y sentimientos desagradables como ella los describe:

Viernes 14 enero 2005

Me desperté a las 6:00 sin despertador después de haber tenido una mala noche, tengo ya algunos días que sueño únicamente cosas que me atormentan. Esto no es nada usual en mí.

Prendí el boyler y a diferencia de otros días decidí volverme a recostar unos minutos más en vez de ponerme a hacer algo en la casa. A las 6:25 escuche a mi esposo que se levantó y ya empecé a tender mi cama, cambie hoy todas las camas. A las 6:45 me metí a bañar con el único pensamiento de despertar a mi hijo Damián (el mayor) porque hoy es un día especial para él, deben ir vestido de lo que quieren ser de grandes. Al terminar de bañarme vi el reloj y eran las 7:00 AM, aún en bata fui a despertar a Damián

y contrario a lo que yo esperaba, no estaba muy entusiasmado. Le desperté diciendo “Buenos días señor antropólogo ya es hora, tiene que levantarse porque han encontrado unos fósiles que tienen que ir a ver” y así le seguí llamando antropólogo, en una de esas me replicó diciendo “mamá ya me molestó que me digas así” con su vocecita fresa. Me sentí muy mal y le conteste “esta bien, vístete Damián”, por esa contestación, todo cambio no pude hablarle normal, sino que me ofendí. Él se dio cuenta y empezó a hablar con su hermanito Diego que acababa de despertar y le decía que hoy llevaría uniforme porque todos iban a ir vestido de antropólogos, doctoras y.. ¿De que mas mami? Y no le respondí. Me fui a la cocina para poner a calentar la leche y preparar el agua que se lleva a la escuela. Le pregunte que quería de desayunar y pidió cereal como casi todos los días. Me di cuenta que no me había dado la botella en donde se la lleva, “Damián la botella del agua” eso lo hice de manera autoritaria. Regrese a la recamara y el me llevo la botella a la cocina.

Me sentía malhumorada y como ya se había echo costumbre todos lo notan. Mi esposo, Martín ya había echo el agua de jamaica que mi hijo diego desde la noche anterior le había pedido.

Ahora que estoy haciendo este recuento, me enfade con Martín al amanecer porque me tomo $70 que no eran míos, eran de las ventas que realizo para pagarme el Teachers y eso lo hace muy a menudo y lo niega de primera instancia y eso me exaspera, al decirle yo que no era mío que era de Aldo, confeso haberlo tomado y yo dije en voz baja “siempre tomando lo que no es tuyo” “me choca que me robes”, es que nunca regresa lo que toma y si lo dejo manejar a él el dinero nunca alcanza

Continuando con la rutina. Le serví a Damián su cereal y su vaso de leche con café y no lo atendí mas, me fui a peinar y a maquillar. Damián menciono que un compañero de él me había dicho algo muy feo y cortante le contesté: “No me interesa lo que tus compañeros digan de mi, no lo quiero saber, imagínate si mi hijo me contesta lo que me contesta, que puedo esperar de tus compañeros, no me importa”

Mi mama se acerco a la cocina y Damián le dijo que yo no quería hacerle caso, mi mama fue hasta la ventana y me pregunto porque y le dije “Este cuate está loco, primero me dice que ya no le llame antropólogo y ahora se queja” ella se sonrió como diciendo “y eso es todos los días” debo tenerla hasta la coronilla. Le dije que ya era hora que Damián que se lavara los dientes y que se hacia tarde. Mi marido tenía que ir a que le dieran mas incapacidad al IMSS y ya debía meterse a bañar, y mi mamá siempre piensa solo en ella y se iba a meter antes que el a sabiendas del compromiso, le pedí que no lo hiciera porque Martín se iba a bañar y me contesto que el le había dicho que se metiera. Entonces dije “Martín métete a bañar” él se acerco y molesto me dijo “Tu mama se va a meter a bañar” y le contesté ¡Si ya le dije que tu tienes que ir al IMSS, métete a bañar! Se fue diciendo entre dientes una de cosas y groserías como él acostumbra. Y ahí entendí “Babosa, eres una metiche, a ti que te importa, Ultimadamente que se haga tarde, pero luego se queja contigo, si tu mama se metió a bañar, como sino supiera que yo tengo compromisos ya me hartaron los dos que se las arreglen.

“Damián vámonos ya es tarde” y nos fuimos. En el camino empezamos a hablar que hoy era un lindo día y Dami me dijo que no, que era feo porque estaba nublado a lo que le conteste que todo iba a ser grandioso y él dijo ¿Por qué vamos a ir vestidos como lo que queremos ser? Y yo le contesté que si. Llegamos a la primaria y le bese y le dije “Que tengan un excelente día, Antropólogo” y el se sonrió y se fue contento.

Regrese a la casa y el pollito o sea Diego estaba desayunando fruta, choriqueso y leche, uno de sus platillo predilectos me presumió. Eres un consentido de tu abuela le dije, en ese momento Martín me dijo que Diego había ido al baño y estaba aguado, y automáticamente le di medicina contra su voluntad y me dijo que quería vomitar que esa medicina no era de el ya muy molesto y le conteste que si porque seguro tenia bichos. Seguí sumamente molesto y mi mama dijo “el siempre es así”, le conteste, “sí, pero es normal y no siempre lo hace”. No lo vi pero con mi contestación se molestó y se puso seria, ya para entonces había empezado a hacerles de

desayunar en lo que yo fui a vestir a Diego, quien no se había cambiado el pantalón y no se había puesto los zapatos, le dije “Nunca me haces caso y no haces lo que te digo y siempre se nos hace tarde” Después me esforcé por no ponerme neuras y lo lleve a la escuela. Nos despedimos con dos besos. Cuando regrese mi esposo se había ido por fin al IMSS y le envié un recado para saber a que hora iba por el. Tardo mucho en contestarme termine mis labores en el hogar.

Mi mamá se estaba arreglando cuando sonó mi celular y era el mensaje de Martín que pedía que fuese por él. Lleve a mi mamá al INSEN y de ahí me pase por mi marido al IMSS. La sorpresa que me lleve cuando llegue fue que le habían abierto el pie para sacarle los coágulos que tenia adentro. Trate de esforzarme todo el día para llevar la fiesta en paz aunque todo me angustia, por los problemas económicos me cuesta trabajo dormir últimamente, aunque creo que lo estamos haciendo bien creo.

Esta experiencia que describe Sonia donde cambia constantemente de estado de ánimo presa de los estímulos exteriores le sirvió sobre todo a ella para ejercitar su observación e identificar en el consultorio todas las ideas no funcionales que el relato nos proporcionaba. Ella se dio cuenta que no es posible controlar todas las influencias y los factores que en cierto momento pueden representar una dificultad pero que se puede tener una actitud mas abierta ante dichos acontecimientos. Comencé en esta actitud de apertura con la relajación de Jacobson. Una vez relajada, le pedí que cerrara los ojos y se imaginara levantándose tarde con muy poco tiempo para levantar a los niños y bañarse, en eso su marido no encontraba su camisa para ir a trabajar, empiezan a tocar la puerta y Damián esta exigiendo su jugo para desayunar ¡vamos a parar! ¡No se mueva! Dije con voz recia. En ese momento le pedí que no se moviera, que recorriera mentalmente cada parte de su cuerpo, que observara sus tensiones, que sin abrir los ojos imaginara que cómo se veía desde afuera ahí sentada en el consultorio, y que me describiera poco a poco en que partes de su cuerpo localizaba tensiones. Sonia empezó a reportar un dolor muy intenso en el cuello y la espalda, no sentía las piernas y las manos las sentía duras y frías: “Me siento como muerta pero engarrotada, siento frío,

mi ceño fruncido, mis manos estaban muy agarradas cuando estaba imaginando mi casa y a mis hijos exigiendo de desayunar, como que ya veía venir la pelea". Este ejercicio lo hice con la intención de que Sonia se diera cuenta de los reflejos orgánicos (tensiones) que se generan en respuesta ante la situación que nos molesta. Ante esta pequeña explicación Sonia mencionó algo importante: "Uy doctor si así estoy ahorita con usted ya me imagino como me he de poner dura y la cara de enojada cuando estoy con mi esposo y mis hijos. La otra vez Damián me decía que se peleo con otro niño en la escuela porque había dicho que tenia una mamá gorda y con cara de mala, yo le dije que agradecía que me defendiera pero que no era la forma. Y entonces ahora caigo con que traía cara de enojada y que seguramente mis hijos y otras personas cuando me tenso pueden pensar eso". Esta observación de la paciente me demostraba cierto progreso en el darse cuenta de su condición al verse inmersa en situaciones que ella considera problemáticas, pero también hice hincapié en las situaciones de peligro, o en aquellas situaciones donde nos sentimos evaluados y expuestos, como al hablar en público, cuando alguien nos mira de arriba para abajo en la calle, cuando nos encontramos a algún conocido de años que no hemos visto, y porque no, cuando vamos a una entrevista de trabajo. Sonia abrió completamente los ojos y frunció un poco la boca, me dijo que en las entrevistas de trabajo continuamente sentía esa clase de miedo y que sabía que tenía tarde o temprano que enfrentarlo porque se hacia necesario otra entrada mas para pagar las deudas y demás cosas.

En esta misma sesión decidí sin avisar previamente al paciente aplicar un pequeño cuestionario ilustrado sobre las habilidades para pedir trabajo (ver anexo 8). Este cuestionario propone reflexionar acerca de las situaciones que pueden presentarse en este proceso. A través de "escenas caricaturescas" el paciente va imaginando cual es la mejor opción al presentar su currículo, cómo vestirse para una entrevista, cómo saludar, en que lugar sentarse, cómo se aconseja dirigirse al entrevistador, cómo hablar de las aspiraciones personales y las aptitudes, etc, que sin duda alguna se sabe que inciden en la obtención del empleo.

Al término del ejercicio Sonia se dio cuenta con la evaluación que poseía lo suficiente para poder pedir empleo y se mostró contenta hasta el grado de soltar carcajadas con las graciosas láminas del test. Siguiendo con el problema del empleo, Sonia me comentó que había la posibilidad de entrar a trabajar a un instituto privado donde tenían desde Kinder hasta Prepa, solo que no había acordado la fecha de la entrevista de trabajo. Ella dice haberse enterado de esta vacante por una amiga maestra que trabaja en esa escuela. De alguna manera esta posibilidad planteaba un escenario en donde Sonia tenia que probar sus habilidades y convencerse a si misma de que podía enfrentarlo.

Como tarea en esta sesión le pedí que tratara de hacerse mas conciente de su participación en la generación de conflictos, ya que es en éste proceso donde quizá acaparaba la atención desplazando a otras figuras como la paterna en lugar de promover que se ejercieran. Además en ésta tarea nuevamente debía registrar cada situación que la molestara tratando de verse desde afuera como hicimos en el consultorio, que observara su reacción y de ser posible que pensara en alternativas. En lo que respecta a las constantes quejas que hacía de su pareja y del trato que tenía éste con los hijos, se acordó, gracias a la dirección y el apoyo de la Mtra. Blanca Aranda Boyzo, analizar junto con ella las situaciones en las cuales había intervenido y que originalmente correspondían a su esposo. De este análisis se tendría una plática en la próxima sesión.

En un espacio que tuve en mi agenda consulte a la jefa del área con la finalidad de que me brindara apoyo. Platique profundamente de juego de roles en la familia de Sonia, la profesora Blanca me hizo indicaciones pertinentes y algunas interpretaciones sobre la importancia de que la figura paterna se estuviera ejerciendo, ya que podía ser esa la solución a muchos conflictos futuros.

En la siguiente sesión se platicó con Sonia de los roles que tenían cada uno en la familia y de la importancia de la figura paterna en el crecimiento de los niños. A través del análisis de sus relatos, se observaba que la figura paterna en la familia de Sonia no se estaba ejerciendo, y a pesar de que su marido estuviera

en convivencia con todos de 6 a 8 horas diarias, esto no significaba que ejerciera su rol. Debido a las diferentes situaciones descritas en sus relatos, parecía que ella se limitaba a ver a su marido como proveedor, ya que continuamente expresaba su rechazo al ver que su marido no ganaba lo suficiente. La situación económica, el tiempo que pasaba ella con los niños y la poca convivencia con el padre fueron cada vez otorgando el poder a Sonia transformándola en el personaje principal en la toma de decisiones. Esta visión se reforzaba continuamente cuando su marido delante de los niños se mostraba indeciso o dejaba que ella decidiera desde el qué comer, hasta el lugar donde iban a pasear.

Debido a todo esto se le recomendó a Sonia que platicara con su esposo de la importancia de que ejerciera su papel. Que establecieran acuerdos para demostrar delante de los niños una participación más constante del padre en las actividades y por supuesto en la toma de decisiones. Este tipo de observaciones inquietaron a Sonia, se mostraba sorprendida pero dijo reconocer en su actuar cotidiano cierta tendencia por imponerse ante los niños y que efectivamente no se percataba que ella misma limitaba a los demás.

En cuanto a la tarea los registros que hizo son los siguientes:

Registro 1

Estoy con mis hijos haciendo la tarea, me siento tensa, estoy con el ceño fruncido y recordé mi pie izquierdo y trate de suavizarlo; estoy empujando mis dientes con la lengua, tengo mi cuerpo recargado hacia delante apoyándome en mis codos. También siento el peso en la parte baja de mi espalda, siento que el pantalón me ciñe en la ingle de mi pierna derecha. Estoy apoyada en mis dedos de los pies y la verdad en general no me siento cómoda en la postura en la que estoy.

Registro 2

Estoy recostada boca arriba, tratando de dormir un poco. Tengo mucho sueño, pero mis hijos me pidieron no hacer la tarea, hasta después de la siesta. Escucho que están haciendo mucho desorden y que solo fue una treta para evitar hacer la tarea. Siento coraje, un calor que me empieza como a crecer desde la boca del estomago. Me levanto muy tensa y malhumorada, exijo que empiecen a hacer la tarea, se burlaron de mí les digo. No me permitieron ni un rato de descanso, pues ahora voy yo, vamos a hacer la tarea ups! De repente deje de estar relajada y perdí contacto con todo por estar peleando. Deje de sentir mi cuerpo, no es por ahí me digo, debo evitar mi ceño fruncido y evitar decir palabras de mandona.

Registro 3

Me siento bien, estoy dejando que Martín participe con Damián, le he dicho que la Dra. Mota reviso al niño concienzudamente y que dijo que debería estar más con su hijo al igual que me lo indico el Dr. Rossell y parece que está haciendo caso, le he pedido que lo bañe él y le he sugerido que no les hable con ordenes ni groserías, y lo está intentando. No estoy empujando en estos momentos la lengua con los dientes, creo que ya me doy cuenta de cuando lo hago por nervios o tensión y ya lo evito, estoy recostada y además no siento el malestar en la boca del estómago.

El análisis conjunto de estos registros fue el punto de partida para el trabajo durante la siguiente sesión. Sonia empezó a darse cuenta por sí misma, gracias a que leí en voz alta sus relatos, de las expresiones que reflejaban un avance o un darse cuenta. Esto último de realizar por si misma un recuento de las tareas realizadas la hizo esbozar una sonrisa. A este hecho se sumaba la contratación de Sonia como maestra de inglés en una escuela privada, por lo cuál desde el principio de la sesión se mostró contenta. Al preguntarle sobre las nuevas dinámicas establecidas conjuntamente con su marido Sonia refirió seguir reconociendo en ella un papel protagónico, al cual le estaba sacando jugo. Ella menciona:

“Ya me he puesto de acuerdo con él para hacer varias cosas pero al principio como que no me creía que era necesario hasta que le hable que era algo que usted me recomendaba y también la doctora. Deberás que me fije mucho en decirle que se quedara mas tiempo con los niños y que hablara mas con ellos sin reclamarle por que luego me daba coraje que no lo hiciera. Ahora ya quedamos que cuando salimos juntos, los fines de semana, aunque nos hallamos puesto de acuerdo desde la noche del lugar a donde los vamos a llevar, o de lo que vamos a comer, al otro día cuando los niños me preguntan “mami y que nos vas a hacer hoy de comer” les digo no sé, por que no le preguntan a su papá a lo mejor el sabe. Y ya van con él y el les dice que es lo que decidió. Eso mismo hemos estado haciendo entre semana en la mañana cuando nos preguntan que quien queremos que se bañe primero, y que la tarea y esas cosas.

He de decirle doctor que al principio cuando me dijo que mi esposo tenía que estar ahí pero ejerciendo de verdad como padre yo ni veía el modo por que parecía que estaba pintado, como que eso de ponernos de acuerdo aunque sea de a mentiras por los niños esta resultando y hasta le ha bajado a las groserías por que ya se siente el con mas poder de decisión”

Sonia también refiere que gracias a esta dinámica aprendida durante las sesiones le ha sido posible observar y reconocer en ocasiones su tendencia a acaparar la atención de toda la familia y, según lo reporta a veces hasta “se muerde la lengua” para esperar a ver que les dice su esposo o qué hacen los demás si es que ella no dice nada.

Sonia dice estar muy agradecida con el servicio. La contratación reciente no hizo posible tener una sesión más con ella, pero gracias a una llamada telefónica puede enterarme que le va muy bien en su nuevo empleo y los pensamientos negativos con respecto a su persona han disminuido. Lo más importante es que ella empezó a encontrar una forma de incorporar las estrategias aprendidas enfrentando su miedo a la entrevista y resolviendo los problemas de casa promoviendo la participación de otras figuras de poder.

4.7.2.4 El caso de Sergio

Durante el mes de enero Sergio se presentó en la Clínica solicitando nuestro servicio. En los datos de la entrevista inicial reportó ser un estudiante del 2º Semestre de Administración de la FESC, soltero y con problemas de rendimiento académico y cambios de estado de ánimo.

Al ir analizando los datos aportados por el paciente en cuanto a antecedentes familiares y su historia personal se fue vislumbrando también la historia del síntoma. Según Sergio la conducta reportada como problema comenzó al iniciar la carrera universitaria, en ese momento debido a situaciones familiares estaba trabajando en un taxi que era de la familia y hacia poco que también había trabajado como repartidor en una pizzería. Gran parte del tiempo estaba ocupado en el trabajo o en la escuela pero señala que a partir de que sufrió un choque en el taxi empezó a desmotivarse. El taxi quedo desecho y tuvo que buscar otro trabajo en una pizzería debido a su experiencia en este empleo. El paciente reporta que el sueldo que ganaba sigue siendo para uso personal hasta la actualidad, pero que en ocasiones ayuda a su madre con los gastos. En cuanto a los incidentes que relata relacionados con la conducta de interés, el paciente describe con gran exactitud episodios académicos en los cuales ha tenido ganas de abandonar la escuela por no sentirse capaz de seguir adelante.

Algunos síntomas secundarios reportados por el paciente son:

- Preocupación excesiva por la escuela.
- Preocupación por conseguir empleo en el futuro.

Según reporta Sergio, todo esto comenzó a preocuparle cuando reprobó una materia, con lo cual tuvo muchos pensamientos negativos hacia su persona. Al pedirle que describiera con más exactitud los pensamientos que tenia de su persona en el momento de haber reprobado dio como ejemplo: “soy un imbécil” “es que si me tuviera en frente me golpearía, como puedo ser tan estupido”, al mismo tiempo manifestó preocupación por que no le alcanza el tiempo para estudiar ingles y computación, ya que según el paciente “debe” tomar esos

cursos ya que implica una mejor preparación. El paciente también mostró preocupación por los años de experiencia que exigen en los empleos y teme no acabar la escuela en los años que él se ha trazado como límite.

Las ideas de “deber” en cuanto a la temporalidad y el espacio del paciente en cuanto a lo académico se particularizaron, por lo cual el plan de tratamiento fue precisamente hacerle ver al paciente de donde venía esta necesidad de “deber”, a quién le adjudicaba ésta responsabilidad y localizar la fuente de estas ideas que no lo dejaban en paz ya que minaban su confianza y afectaban paulatinamente la percepción que tenía de sí mismo y de los demás.

Con base en la dinámica de vida reportada por el paciente opté primeramente por centrarnos en lo que él consideraba “prioridades” y dejarle en claro que nadie podía estar al 100% en todo momento y que no existe ningún plazo obligatorio para terminar la carrera en el tiempo que él creía. En ésta primer sesión le deje de tarea pensar de donde venia esa responsabilidad, ese deber de acabar la escuela en un cierto tiempo, y si esa era una necesidad real.

En la segunda sesión se particularizo con base en la tarea de “debo y tengo” dejada en la sesión anterior. El paciente empezó a referir que gracias al ejercicio pudo darse cuenta que siempre existe la opción de querer y no querer hacer algo. Mediante un ejemplo acerca de su trabajo el paciente ilustro que la necesidad de dinero era real y que por eso “tenia que trabajar”, pero que de alguna manera él iba al trabajo por que quería, no por que sintiera una responsabilidad alguna para con alguien.

Los objetivos que se trazaba en cuanto a temporalidad y a cursos complementarios de su carrera habían ido cambiando de acuerdo a los cambios en sus prioridades. La tarea del “deber” sirvió para que Sergio empezara ilustrar en el pizarrón el proceso mediante el cual la idea o expectativa del cumplimiento de su carrera lo estaba normando convirtiéndose en una especie de regla para evaluar otras situaciones de igual forma.

El paciente comenzó a referir que en lo Académico ya había entendido de donde venía esta inquietud y el porqué se generaban estos pensamientos negativos que en consecuencia le traían una baja emocional, sin embargo mostró preocupación por otras áreas en las que dijo sentirse inseguro.

Como una segunda demanda el paciente reportó que tenía problemas al abordar a las chicas que le agradaban físicamente, en sus palabras me dijo:
"No es inseguridad, solo que no me atrevo a hablarle a alguien que me gusta. Desde hace un tiempo que me viene pasando, como que todo se me ha juntado. No nada mas soy malo en la escuela y repruebo, sino que encima las chavas ya no me aguantan o cómo que no puedo estar con ellas. A veces ya no me siento cómodo ni en compañía de mis valedores, porque tarde o temprano pues salen platicas de lo de las chavas y ya no tengo nada que compartir". Este nuevo motivo de consulta se empezó a particularizar para que el paciente observara como la misma forma en que analizamos lo académico servía para analizar ahora esto.

Indagando en su historia en cuanto a relaciones de pareja, el paciente reporta:

"Lo que pasa es que antes yo no era así, nunca había tenido que ser yo el que escogiera por que siempre empezaba con amigas y ya poco después de ser amigos me proponían que anduviéramos" "Después de varias relaciones que mantuve así, ya no las tome tan en serio sino como free, al punto en que llegue a andar con 2 al mismo tiempo"

El paciente relató una situación con sus amigos y novia de la antigua escuela (bachillerato) en la cual llegó el momento en que se sintió incomodo con la relación informal y quiso formalizar con una de ellas sin lograrlo ya que la chica con la que andaba había ya asumido el rol de free. De ahí en adelante al entrar a la universidad el paciente reporta no tener valor para acercarse y abordar a alguien que le guste. En lo que respecta a la parte terapéutica, empecé por recalcar la importancia de la diferencia de contextos y en el "por que el paciente esperaba que todo fuera igual de fácil que en su anterior escuela". Se estableció la siguiente dinámica:

Sergio
“Allá yo era mas popular que aquí, todo mundo me conocía, y Jonatan esto y ven a la fiesta de tal y así…”
“Cuando llego a la universidad siento el cambio, como que me siento muy solo, casi no pasas el tiempo con la misma gente por que estas cambie y cambie de salones”

Roberto
¿Por qué crees que necesitas novia en estos momentos?

Sergio
“Por que siento que me hace falta, tengo el trabajo, la escuela y quiero estar con alguien”.

Roberto
Tomando en cuenta tus prioridades y los cursos que quieres tomar y la experiencia y el tiempo en que quieres acabar la carrera ¿Crees tener tiempo para una novia?

Sergio
Si, pero por donde me muevo, tiene que ser en la escuela o en el trabajo.

Al particularizar la conducta que era realmente la que incomodaba al paciente el objetivo arrojado fue “el poder atreverse a establecer conversación y relación con una mujer que le gustara”. Como terapeuta, trate de brindarle información acerca de lo que son las habilidades sociales y por supuesto se hablo de los repertorios que tiene cada persona. Esto sería solo el comienzo del entrenamiento en asertividad que tenía planeado.

El paciente durante su relato reportaba que en situaciones cotidianas si podía hablar con toda clase de personas, pero que en esa situación particular donde existía una atracción por la otra persona no podía. La tarea dejada en esta sesión para complementar el trabajo en estas habilidades era hacer un cumplido a 5 mujeres que fueran más o menos de su edad, sin importar el

contexto y con la condición de que al menos dos de ellas le atrajeran físicamente. Por ultimo el paciente no debería repetir los mismos cumplidos con una y otra chica.

En la tercera sesión, Sergio reportó sentirse más tranquilo y tener muy clara ya la mecánica por la cual se preocupaba en el área académica. Con respecto al segundo problema reportado (no poder comunicarse o no poder abordar a las mujeres que me gustan), se particularizaron cuales eran los pensamiento que en el momento de abordaje lo hacían desistir. De estos pensamientos identificamos los siguientes:

- "Estoy pensando siempre que me veo muy idiota para ellas, que se va a reír de mí o que para que lo intento si de seguro tiene novio"
- "Siempre pienso en desistir por que de me viene a la cabeza la idea de que no la merezco, de que de seguro es muy creída y no va a querer andar conmigo, de que voy mal vestido y así…"

La tarea del dar cumplidos se llevo a cabo y el paciente dijo sentirse por lo menos contento por que pudo realizarla. Al relatarme cada una de las experiencias especifico el cumplido que les hizo. Las frases fueron las siguientes:

- "A la primer chava que aborde, pues me puse a platicar con ella, la verdad va en mi salón solo que realmente no la trato mucho. Entonces platicando con ella le dije, ¡Oye se te ve muy bien el cabello hoy así como te lo peinaste! Deberías venir mas seguido así. Y ella nada mas se sonrió y no quise verla mas a los ojos por que igual pensó que me gustaba"
- A la segunda chava que aborde, pues si es de las que me laten más. Cómo va en una clase conmigo, iba platicando con ella en el pasillo y le dije que cuando se ponía a discutir en el salón hacía una cara muy diferente. Ella me preguntó que qué clase de cara y para no hacerte el cuento largo acabe diciéndole la verdad, que me gustaba cuando tenía cara de enojada por que se veía bien".

- A la tercera que le dije fue a una amiga de la escuela, le dije que me caía muy bien. Aunque casi siempre nos vemos por que tenemos amigos en común, como que le cayo de sorpresa.
- La cuarta chava que aborde es también de aquí de la escuela pero solo es compañera de una clase y la verdad no le hablo mucho. El chiste es que estábamos en la cafetería varios cuates y yo con otras chavas, y como ella se lleva con estas tipas pues se agrego al grupo. Y pues ya después de que estábamos platicando y se estaban riendo le dije que se veía bien sonriendo, que me gustaba como se veían sus dientes, que tenía bonita sonrisa.
- La última chava que aborde es una que me late mucho y desde hace tiempo quiero con ella pero pues como que no se dan las cosas. A ella le dije que me gustaba mucho verla y que a ver que día comíamos juntos".

El paciente describió con detalle cada situación pero reporta que pese a haber logrado hacer la tarea por lo general no se atreve ya que piensa en la actitud que los demás van a tener hacia él:

"Pienso que debo serle agradable y eso me preocupa, también de repente ya no se me ocurre que preguntarle, como que me siento fuera de lugar y si comienzo a hablar como con otras chavas así de puras jaladas pues no le voy a caer bien, como que si quiero andar con ella no debo actuar así, pero luego digo ¡ah! No le caigo bien, y ¿si le aburro?, y ¿si tiene novio?, entonces ya lo dejo y doy por hecho todo eso y digo ya ni modo".

A Sergio no le quedaba muy claro que la misma dinámica por la cual estaba teniendo pensamientos no funcionales en lo académico era la misma con la cual se manejaba en la situación reportada ahora. Se intento explicar esto adaptando un poco el modelo de Ellis en el pizarrón y se explicó con ejemplos aportados por el paciente para hacer todo más aplicable. Sergio mostró hacia el final de la sesión una gran sorpresa por este "darse cuenta" de cómo él mismo era responsable de estos comportamientos. Finalmente deje una tarea de afrontamiento de esta situación con una de las chavas que le gustaban.

La cuarta sesión consistió en entrenar al paciente a diferenciar las ideas o pensamientos no funcionales de los funcionales con ejemplos prácticos como hablar de la política, de algún programa de televisión o del fútbol, todo esto con el objetivo de que el paciente adquiriera las habilidades suficientes para afrontar sus pensamientos en el momento de presentarse la situación reportada. Una de las cosas en las que se puso mucha importancia en esta sesión fue que Sergio debía concretar aquellas expectativas que generaba de otras personas y que en algún momento afectaban la forma en que se intentaba relacionar con ellas. La lista de expectativas que Sergio identificó como las más recurrentes son:

- Suponer que ya tiene novio.
- Dar por hecho que tiene razones para n hablar conmigo.
- No sé si le caigo bien o mal.
- Si piensa que el hablar conmigo es perder el tiempo.

Así que en consecuencia, la recomendación cuando se suscitaran tales expectativas era intentar canalizarlas, es decir, buscar con todos los recursos que poseía Sergio concretar cada expectativa generada. Para esto hicimos algunos ensayos en el consultorio de posibles situaciones. Como terapeuta expresaba y escribía en el pizarrón algunas ideas como: “De seguro no le está gustando como la trato”, “Camina muy lento, a lo mejor le parece que tengo prisa”, “No debo mirar su cuerpo porque pensará que nada mas la quiero para un rato”, etc, y el paciente expresaba en consecuencia ideas que contrarrestaran a las mías. Este ejercicio se realizo con éxito y Sergio jamás necesito mucho tiempo ya que contestaba rápidamente y se mostraba sonriente ya que se identificaba con algunas situaciones e ideas expresadas.

En la quinta sesión el paciente mostró un semblante totalmente calmado y describía mucha seguridad al haber por fin establecido relaciones con una chica de su escuela llamada Laura.

Hacia el final de la sesión, de acuerdo al modelo cognitivo de Beck (1985), elaboré una lista de recomendaciones a tener en cuenta cuando se presentara la situación problema y que, de alguna manera, ayudaría a Sergio a reafirmar su confianza en el uso de estrategias aquí aprendidas. La lista es:

1. Antes de afrontar la situación que te produce malestar, considera otros factores importantes. Por ejemplo en el aspecto académico, cuando enfrentes un examen o estés en una clase difícil puedes concentrarte en recordar que es posible pasar la materia como ya lo has hecho anteriormente y pensar en los resultados satisfactorios que has tenido en la escuela.
2. Piensa en cual sería el peor resultado posible en esa situación y al igual que en el consultorio y la tarea, crea pensamientos funcionales que contrarresten lo anterior.
3. Si te sientes abrumado de pensar en afrontar de nuevo una situación de este tipo, hazlo gradualmente. Por ejemplo, hace algunas semanas estabas demasiado inquieto y dudoso de pedir una cita con Laura o siquiera de imaginar salir con ella, así que empezaste por lo de los cumplidos y luego por invitarla a comer.
4. Como última recomendación, te pido que uses siempre que te sea posible las técnicas que desarrollamos aquí. Aunque la terapia puede parecer corta, los métodos que puedes desarrollar a partir de ella son utilizables en muchos momentos de tu vida.

Finalmente le dije a Sergio que debía sentirse bien consigo mismo ya que el hecho de buscar ayuda y haber venido aquí indicaba de algún modo que confiaba en su capacidad de cambiar y mejorar. Sergio agradeció por el servicio y se le dio de alta dejando por supuesto la posibilidad de que volviese si éste así lo requería.

Reflexionando sobre este caso creo que la parte medular, sin duda alguna, durante esta terapia fue la asignación de tareas. Este ejercicio sirvió para reforzar la habilidad de las estrategias formuladas en el consultorio y ofreció a Sergio una forma práctica de evaluar sus ideas en situaciones de la vida real.

Además considero que éste tipo de tareas llevan al paciente a confrontar tarde o temprano las situaciones reportadas como problema de forma que lo fue capacitando para controlar las reacciones que no le agradaban.

El caso de Sergio era muy concreto, realmente bajo la perspectiva de la psicoterapia breve es un candidato o paciente ideal ya que en pocas sesiones logramos ese Insight que se busca que tengan los pacientes y que en ocasiones se retrasa. El motivo de consulta de Sergio puede servir de antecedente ya que gran parte de la población a la que se le brinda el servicio también son estudiantes de la FESC. Sin embargo se debe destacar que las ideas no funcionales que se tienen con respecto a tiempo, creer en un límite para hacer las cosas y sentir una responsabilidad con respecto a un sistema de creencias no solo se presenta en estudiantes. Espero como terapeuta que se realice un seguimiento de la frecuencia con que se presentan este tipo de casos en la clínica.

4.7.2.5 El Caso de Jonathan

Durante el mes de enero tuve la visita de un matrimonio interesado en el Servicio. Al brindarles información en la recepción de psicología ellos reportaron tener problemas con su hijo "Jonathan" un estudiante del 3er grado de kinder que había sido suspendido por problemas de conducta. Dado que la escuela en la que iba Jonathan estaba seriada desde el kinder hasta la secundaria a los padres les preocupaba que, ahora que estaba a punto de pasar a la primaria, se siguieran presentando problemas de éste tipo.

La conducta reportada como problema no era referida directamente por los padres sino observada por la profesora de la escuela la cuál, según ellos, continuamente se expresaba de Jonathan diciendo "es un niño muy violento, que siempre se está golpeando con otros y que no entiende ni siquiera cuando esta en los honores a la bandera". La profesora inquietó a los padres diciendo que el niño podría tener daño neurológico y advirtiéndolos que su hijo no era normal que debía tener atención inmediata por que de lo contrario lo

expulsarían de la escuela. Estas advertencias se acompañaron de varias suspensiones que llevaron al límite la estancia de Jonathan en la escuela, condicionándolo a regresar al curso sólo cuando presentara un comprobante de que estaba bajo atención psicológica.
Otras conductas reportadas por lo padres es que continuamente Jonathan se chupa el dedo y les gustaría que ya no lo hiciera.

Durante la entrevista inicial con los padres, después del levantamiento de datos, les pedí que me dejaran a solas con Jonathan para empezar a establecer una relación confiable. De esta observación pude darme cuenta que el niño muestra un gran interés por cosas concretas como por los dinosaurios y algunos personajes de ficción, en cuanto a las notas de la escuela no considera ir mal en la escuela ya que se ve a si mismo como un alumno bueno.

Le proporcione hojas y crayolas para dibujar mientras me platicaba de la escuela y de su dinámica cotidiana, pero al poco rato prefirió dibujar en el pizarrón. Al terminar la sesión hable de la importancia de evaluar al niño en diferentes áreas con la finalidad de que el posible diagnóstico global brindara tranquilidad a los padres, frenando las expectativas que les crearon los comentarios de la profesora. Además éste diagnóstico justificaría su reingreso en la escuela. Otra situación que observé al hablar a solas con él es que Jonathan muestra balbuceos al hablar con otros en presencia de la madre, pero estando a solas se expresa más claramente.

Para las siguientes sesiones determiné que la conducta de no chuparse el dedo debía asociarse a algo distinto de lo que actualmente se le había presentado. Se estableció entonces una hoja de registro en la que la madre fue contando las veces que el niño se chupa el dedo durante el día y especificaba en cada caso la actividad que realizaba como viendo televisión o comiendo.

Se trabajó conjuntamente en todas las sesiones dividiendo el tiempo con los padres y con Jonathan por separado. Con los padres se abordaron algunos concepto del desarrollo del niño y se trabajo en que contrarrestaran las ideas generadas por el diagnostico erróneo de la profesora con respecto al daño

neurológico. Se les proporcionaron materiales de lectura para que el niño aprendiera a asociar la conducta del golpear con otras situaciones y en otros contextos. Este trabajo me permitió investigar desde que postura los padres miran al niño y como interpretan su comportamiento.

Con Jonathan estuve trabajando a través del role playing todas aquellas situaciones en las cuales estaba respondiendo agresivamente con golpes hacia sus compañeros de escuela. Gracias a esta actividad pude investigar que responde agresivamente por que 2 ó 3 compañeros lo molestan y la maestra no hace caso de sus denuncias. También pude percatarme que la forma en la que refiere Jonathan esta práctica de golpearse con otros niños refiere más una práctica de grupo que han establecido los niños de la escuela para ejercer en el recreo.

Para empezar a trabajar con Jonathan el cómo contrarrestar esto se establece el acuerdo que deberá avisar por lo menos 3 adultos cuando lo estén molestando antes de responder a la agresión, contemplando según el contexto a algún maestro, a la directora, o en dado caso a su mamá.

En cuanto a la tarea del registro que realizo la mamá de Jonathan, puedo decir que el registro fue satisfactorio ya que reportaba las veces que se chupo y las veces que él pudo controlarse, dándose cuenta que no debía hacerlo por que estaba siendo observado. El registro también se acompaño de una descripción de las actividades que hace el niño durante el día desde que se levanta. Pero por falta de tiempo no profundice más en la información del mismo sino hasta la siguiente sesión.

En la tercera sesión de acuerdo al reporte del número de veces que el paciente logro controlar las ganas de chuparse el dedo se estableció una dinámica de premios en la cual se le regalaban un dibujo de dinosaurios cada vez que lograra un día entero de no chuparse el dedo. La lista de actividades del paciente se precisa:

6:30 AM Se levanta y juega un rato con sus juguetes o ve la tele un tiempo hasta las 7:00 que desayuna muy rápido generalmente porque tiene que alistarse para la escuela. A las 8:30 sale rumbo al Zinder y de 9:00 a 12:45 se la pasa en la escuela. A la 1:00 PM llega a la casa se quita el uniforme ve la tele hasta las 2:30 en el canal 11 los programas de niños, después come y se pone a hacer la tarea. Si termina y todavía es temprano sale a jugar en el patio. A las 7 se mete y cena o si no se va a dormir como a las 8:00 PM.

De acuerdo a esta lista de actividades presentadas por la madre del paciente se sugiere la incursión en una actividad de grupo por las tardes (natación, fútbol por ejemplo) ya que, según reporta la madre, por lo general juega solo o con ella sin el contacto con otros niños, "La verdad doctor yo observo que Jonathan no se cansa con todo lo que hace en el día, y a veces pues tengo que poner a jugar con él y no puedo hacerlo a cada rato por que tengo que cuidar de la bebé".

Desde la segunda sesión había llevado personalmente a los padres al consultorio del servicio de "control del niño sano" para que conocieran el servicio. En esta área las enfermeras se encargarían de realizarle un chequeo general al niño prestando especial atención a la relación de la talla, el peso, nutrición, reflejos, habilidades motoras, y canalizarlo a las demás áreas para realizarles el examen de la vista y la revisión Odontológica. Al final nos harían entrega de una evaluación de cada una de las áreas.

En la cuarta sesión se recibió la evaluación médica en la que en términos médicos encuentran al paciente saludable. En cuanto al área de odontología, le localizan 2 caries y se le programó cita inmediata. En esta sesión además trabajé con los padres la importancia de convivir con el niño y de trabajar con el lenguaje llamándole a las cosas como son y enfatice la importancia de hacer que el niño vaya aprendiendo a expresar sus sentimientos.

En el aspecto académico Jonathan confunde el número "5" con la letra "S" y con el número "2". Sin embargo este tipo de confusiones pueden ser asociaciones propias de su edad considerando el grado escolar que tiene. Sin

embargo se realizaron indicaciones acompañadas de un programa y material en copias, de manera que los padres pudieran ir trabajando esto con el niño. A todo esto también se añadieron sugerencias para la profesora. Por último se hizo entrega de la evaluación membretada y sellada por la Clínica y dirigida al kinder con el propósito de justificar la atención y el tratamiento que se le ha dado al caso de Antonio y propiciar que no lo vuelvan a expulsar, por evaluaciones mal hechas por parte de la profesora. Se aclara en que áreas de la escritura debe trabajar la profesora de la escuela y se hace énfasis en los resultados satisfactorios que el paciente tuvo en la evaluación médica.

4.7.2.6 El Caso de Luis

Hacia el final de mi estancia en la CUSI Almaráz llegó un joven acompañado por una mujer interesado por el servicio. La mujer con un niño en los brazos entro junto con él a la recepción y especifico ser su tía. Dijo estar muy preocupada por él y verse obligada a acompañarlo para constatar que se estaba atendiendo y buscando ayuda.

De estatura media y complexión atlética, Luis mostraba mucha ansiedad en la sala de espera y en la recepción. Se frotaba las manos continuamente y movía los dedos sin cesar, intercambiando de vez en cuando palabras con la persona que lo acompañaba, y que mas adelante supe que era su tía. El paciente mencionó tener problemas de angustia y reportó también haber salido recientemente de una colitis nerviosa. Realizamos los trámites necesarios para su alta en la clínica y lo pase al consultorio para la entrevista inicial.

Durante la entrevista Luis menciona haber vivido solo desde los 15 años por motivo de la separación de sus padres. Dice convivir bien con la familia y últimamente tener acercamiento con su padre. Reporta haber llevado hasta los últimos años una vida sana y acompañada de ejercicio constante. Al indagar sobre el tema del aspecto físico y el ejercicio, Luis me cuenta que estuvo hace tiempo preparándose para concursar en Mister México pues su gran afición al ejercicio físico y mas en especifico, “ a las pesas”, lo llevo hasta esos extremos.

Actualmente Luis dice tener nostalgia porque al verse en el espejo se ve delgado y ausente de la figura musculosa que llego a tener. También reporta una angustia continua, un sentimiento de estar en riesgo de contagio de enfermedades siempre.

Como parte de las preguntas enfocadas a los antecedentes médicos pude averiguar que Luis constantemente se sometía a inyecciones de testosterona recomendadas a los concursantes de dichos eventos. También que había estado hace poco bajo tratamiento médico por su problema de colitis nerviosa.

En cuanto al motivo de consulta Luis tardo en particularizarlo. Se mostraba renuente a tratar el tema en especificó y hablaba de los síntomas consecuentes como falta de energía, angustia, problemas familiares, problemas laborales, etc.

Al platicar con Luis un poco sobre los síntomas generalmente atribuidos a la depresión y su relación con la ansiedad, me fui dando cuenta de que el movimiento de sus manos denotaba nerviosismo, al igual que en la sala de espera no dejaba de frotárselas. Su mirada era distante por momentos, mientras hacia un esfuerzo por hablarme de él.

“Bueno pues, mi problema comenzó en Mayo. Ya había tenido una crisis así pero en aquella ocasión fui al médico y me receto algunas cosas, me enfoque más que nada en mi trabajo pero era tanta la inquietud, me dio una crisis nerviosa y hasta tuve colitis. Ahorita por eso sigo delicado del estomago y no tengo ganas de hacer nada”

¿Y cuál fue el motivo por el cual caíste en esa crisis?

“Pues que me ponía muy nervioso, tanto que no podía ni concentrarme en el trabajo ni en nada, nada mas andaba pensando en chingaderas”
“Mira hasta hace poco trabajaba en un centro de servicio de LTH. Pero a raíz de los problemas pues me corrieron por faltar y la verdad no se podía por que tenía incapacidad, entonces pues como que no la he podido levantar desde entonces”.

¿Y en que crees que te puedo ayudar? ¿Qué es lo que quieres conseguir con la terapia?

“Pues a ya estar mas tranquilo y no pensar tantas jaladas, nada mas por andar piense y piense en cosas pues me dio la crisis y falte al trabajo y de ahí para acá me ha ido mal”

¿A que clase de pensamientos te refieres?, Dime ¿cuando te acuerdas tu que fue la primera vez que te sentiste mal con esto? Al preguntar esto Sergio comenzó a particularizar la historia del síntoma:

“Comenzó en Mayo, ya había tenido yo así como que ideas antes de estar preocupándome por todo pero la neta lo que lo detonó fue que salí un día con varios cuates acá a un baresillo. Y ya sabes que unos van a chupar y otros van a ligar. Y la neta yo nunca he sido de los que me gusta agarrar chava ahí por que pues como que sabes de entrada que te van a hacer wey, como que acá nada mas les interesa el varo. Bueno y conocí una chava, me latió y pues quedamos en salir”.

“La conocí el sábado y el martes que salí por primera vez con ella lo hicimos. La verdad si lo disfrute y hasta me acuerdo que siempre le hice creer que tenia mas edad, por que eso hago cuando voy a los antros les digo que tengo 2 años más…Tuve relaciones un martes, el miércoles al costarme a dormir comencé a pensar pura negatividad, no pude descansar nada mas de pensar “no y si tiene algo esta vieja”, “ y si me contagio de SIDA”, y o sea si utilice condón y todo pero no sé no dejé de pensar en eso”.

“Y así pasaron días, esta chava me hablaba y la verdad ya no la quería ver. Incluso esta chava pues me apoyó, estuvo preocupada y me hablaba a cada rato diciendo que si quería me acompañaba al Doctor. O sea no era mala onda”.

“La verdad no podía confiar en nadie, mi familia no sabia nada. Primero esta preocupación por el contagio la tenia solo por las noches cuando me acostaba sudaba frío y no podía dormir, pero empezó a ser mas constante, y así en mi cabeza decía, no no puede ser porque el condón no se rompió y trataba de

pensar en otras cosas y cada vez mas y mas pensaba en eso, hasta que fui al doctor y le explique. Me hice la prueba del SIDA y me empecé a sentir mal del estomago por esos días. Cualquier cosa que comía me dolía y por eso me recetaron desinflamante y otra pastilla para lo de las gastritis. Fue cuando el gastro me dijo que era colitis nerviosa. Falte mucho al trabajo, me cansaba mentalmente por pensar mucho en eso y preocuparme. Mi tío es el que me dio la chamba en ese centro de servicio y hasta problemas familiares y de trabajo me ha traído esto porque yo tenía la incapacidad firmada y todo de que estaba con la crisis nerviosa y mi tío no me acepto la incapacidad, por eso lo demande y de alguna forma eso hizo mella en la familia"

"Pues la neta no quise volver a ver a esta chava y terminé con ella. El doctor que estuve viendo me receto un calmante para lo que estaba nervioso ya como que estaba empezando a agarrar otra vez el camino"

"Después de tener la crisis me aliviane un poco y empecé a querer chambear de nuevo. Ya había terminado con la chava esta cuando pues empecé a andar con otra en Noviembre. La persona con la que ando ahora sabe todo lo que me ocurrió. Tenemos relaciones pero no disfruto el momento, y la verdad hasta cuando lo hago con ella nada mas estoy pensando en contagiarme de algo por cualquier cosa. Hasta ella ya se da cuenta por que dice que cambio la cara que como que me quedo pensativo".

"Ahora en el año pasado, en Diciembre en las vacaciones ella se fue a visitar un tiempo a unos familiares a Michoacán y como que eso me hizo darme cuenta que todavía andaba mal. Mi familia no se había dado cuenta de nada de la crisis ni de lo del doctor. Los exámenes siempre salieron negativos, pero yo no podía quitarme esa idea y cuando se fue ella me estaba empezando a sentir otra vez igual y con el piquete en el estomago. Por eso decidí yo solo meterme a un albergue que estaba en la misma cuadra en la que esta el taller de mi tío".

Al contarme todo esto, Luis continuamente perdía su mirada recordando el doloroso proceso. En ocasiones al expresar palabras como "me dolía" o "era horrible" cerraba los ojos. Su experiencia en el albergue según me platicó fue traumante ya que se metió ahí sin avisarle a nadie. De la noche a la mañana paso de dormir en su cama a dormir en una colchoneta muy incómodo y con frío. Me relato la experiencia de varios alcohólicos con los cuales convivió y cómo a través de golpes, malos tratos y denigración intentaban reformarlos. Luis se sintió arrepentido de meterse ahí e incluso les dijo que no era alcohólico y que estaba ahí solo por que creía que le ayudarían con las broncas que tenía. Fue retenido contra su voluntad durante una semana, y a través de un vecino, al que pudo llamarle a través de rascar por una ventana, su familia se entero y lo sacaron del lugar. Desde entonces su problema había unido un poco a la familia. Sus tíos y familiares cercanos a él continuamente lo presionaron para buscar otra clase de atención, hasta que lo acompañaron personalmente al médico y al psicólogo.

"Reconozco que cometí un grave error al no avisarle a nadie. Los únicos que viven mas o menos cerca son mis tíos, y mi hermano con el cual vivo esta trabajando en otra ciudad"

"No sentí la confianza de avisarles. Pase cosas horribles. Pensé que ya no iba a salir de ahí y empecé a extrañar a mi familia. Lo único cierto es que ahí adentro no pensé en lo del SIDA".

Esta forma de buscar ayuda por cuenta propia habla muy bien de las ganas que tiene Luis de recuperarse sin embargo a mi me preocupaba de sobre manera la continua transición que tenía el objeto de su ansiedad. Durante las primeras sesiones intenté trabajar con esta ideación y sobre generación de pensamientos ansiógenos. Estuvimos también indagando cosas acerca de su entorno y de cómo éste podía también estar influyendo para que siguiera teniendo esas ideas. Sin embargo, la preocupación de Luis no estaba enfocada solo a lo sexual o al VIH. Además un sentimiento continuo de culpa parecía marcarlo. En distintos momentos expresó miedo y desilusión cuando las cosas no parecían salir como él quería. De estas expresiones rescato las siguientes:

- “Reconozco que diario me aferro a nuevas cosas que me provoquen esa sensación de malestar, como que al principio fue esto de lo del SIDA que te comentaba, pero ahorita ya puede ser cualquier cosa, una navaja, una aguja, cualquier cosa que tenga que ver con que me pueda contagiar”.

- “Tengo miedo de que no salgan las cosas como quiero. Aunque hay algo dentro de mí que a veces nada mas piensa en estar enfermo o contagiado de algo”.

- “A veces cuando espero los resultados del examen del SIDA (que me he hecho ya 3 veces), nada mas estoy esperando que me den el positivo, ya como que seria la confirmación a que continuamente lo estoy pensando y sospecho de todo”.

- “Antes no me preocupaba tanto por las cosas. Al concursar en el Gimnasio me inyecte incluso testosterona. El instructor se metía como 1 cm. diario y yo era mas moderado solo 0.5 nada más. Ahora hasta me ha venido eso a la cabeza y pienso… “no y si tengo algo por haberme inyectado en aquél entonces”, realmente lo único que me pasó fue que me diagnosticaron baja de plaquetas, pero ahora ya estoy mejor”.

- “Tengo mucho sentimiento de culpa, como que siento la mayoría de las veces que estoy con mi chava y que empiezo a pensar en estas cosas que alguien me esta viendo”

Durantes las diferentes sesiones hice hincapié en el aspecto médico para que Luis me compartiera la información de los estudios y el avance que tenía con el doctor que estaba atendiéndolo. Continuamente me mostró recetas de los medicamentos y los diferentes resultados de los análisis de VIH. Esta actividad de monitoreo, a mi parecer, hizo que Luis posara aún más su confianza en mí. En especial al final las sesiones el se me acercaba y me preguntaba “oye como que vamos bien, como ves ¿si crees que pueda recuperarme?”Al respecto trate de estimular a Luis con ideas positivas y tratando de que no se concibiera

como enfermo ya que continuamente su hablar denotaba una tendencia a ser portador de una carga y sufrir con ello continuamente. Así entonces, el proceso de intervención estuvo basado primeramente en detectar el tipo de situaciones que le producían esta clase de pensamientos y los estimulaban, así mismo identificar los contextos en los cuales esta ansiedad se daba cita. Todo esto se hizo por medio del registro.

Para el proceso de intervención, en el análisis de su relato intenté localizar, componentes situacionales, cognitivos y conductuales tales como situaciones sociales evitadas, cogniciones amenazantes y de no afrontamiento. Después de obtenida esta información fue necesario compartir información con el paciente en lo referente a la relación pensamiento- afecto-conducta, papel de las anticipaciones y conducta de evitación como forma de no contrastar sus predicciones. Por otra parte era necesario para mí evaluar el grado de ansiedad que Luis presentaba ante determinadas situaciones, para este propósito utilice el ISRA (ver anexo 9).

La respuesta arrojada por este inventario situaron a Luis en el nivel de "ansiedad severa", por lo cual era necesaria la intervención terapéutica en el aspecto cognitivo (reestructuración cognitiva), y en el fisiológico (entrenamiento en relajación y/o desensibilización sistemática). Durante las sesiones siguientes fui preparando a Luis para enfrentar las situaciones reportadas como problema gracias a la modificación de pensamientos. Dicha técnica tardo un poco en ser adaptada a la forma de vida de Luis ya que al principio no creía en su efectividad por motivo de que él ya había intentado mediante la distracción y el "tratar de pensar en otra cosa" no alimentar estos pensamientos.

En este caso mi papel como terapeuta fue realmente ayudar a Luis a identificar los diálogos internos antes-durante-después de enfrentarse a la situación (ya sea el estar con su novia, haciendo ejercicio o al acostarse a dormir), y ver su conexión con el afecto y conducta en cada una. Le indique a Luis, auxiliándome del pizarrón, pasos alternativos para modificar las cogniciones-afectos-conductas implicados antes y después de ocurrida la situación.

El trabajo en la reestructuración cognitiva se fue complementando con el entrenamiento en relajación. Esta técnica se centraría en la tensión nerviosa y en los diferentes estados de tensión muscular, lo cual nos ayudaría a reducir el problema gástrico de Luis.

Debido a que Luis hacía ejercicio regularmente y conocía diversas rutinas, fue fácil explicarle los principios básicos de la relajación por grupos musculares. En el consultorio practicamos con los brazos, los hombros, la nuca, la espalda apretándola hacia el respaldo del sillón, mandíbula, abdomen empujando hacia fuera los músculos o bien doblándose hacia delante con las manos y brazos tensos como queriendo tocar el piso y después soltábamos. Este ejercicio se hizo básicamente para que Luis constatara los diferentes estados de tensión – relajación que podemos inducir en nuestro cuerpo, y cómo de la misma manera los pensamientos en ocasiones producían reflejos corporales de este tipo, como lo que el llamaba en su relato "el piquete en el estómago". También utilice técnicas de relajación a través de la imaginarse en un lugar placentero y en condiciones que le fueran agradables. Por su parte Luis iba incorporando algunos conocimientos de su vida deportiva como formas y ritmos de respiración, lo cual parecía motivarlo mucho ya que decía que éstas técnicas podría usarlas después en el gimnasio. Aunado a este entrenamiento, me interesaba saber cual era su nivel de ansiedad al enfrentar tales situaciones y que grado experimentaba en cada una. Para ello Luis tenía de tarea hacer auto registros en un formato como el siguiente:

Día	Situación a la que te expones	Hora de		Nivel máximo de ansiedad (0-10)			Cómo le he hecho frente...
		inicio	fin	antes	durante	final	

Gracias a la habilidad de Luis para incorporar las técnicas de relajación a su vida diaria los reportes fueron bastante satisfactorios. Las actividades como tener relaciones sexuales, tener contacto con objetos punzo cortantes en su trabajo o irse a cortar el cabello figuraban con una ansiedad de 8 – 10, por el contrario el dormir solo después de hacer ejercicio o ver la tele y leer figuraban con 4 puntos. Con respecto a cómo hizo frente a cada una, se rescata el ejemplo de "cortase el cabello" y su miedo asociado con el corte de la navaja:

"Lo primero que sentí al ver que el cuate este agarraba la navaja fue el piquete en el estomago de inmediato, como acidez o no se, luego las manos que se me ponían frías, pero agarre una revista me quede ahí, note como mis piernas estaban duras axial como a punto de dar una patada, hasta que sentí mi mano agarrando fuerte la codera me acorde de que debía quedarme ahí y respirar profundamente, como desviar mi atención a otra cosa que no sea el estar pensando eso, agarre una revista y respire mientras leía".

Esta habilidad de Luis para poder "darse cuenta" y verse en el momento en que se generan los pensamientos y están presentes los elementos ansiógenos debía pulirse aún más. Los continuos autoregistros parecían ayudar a Luis a centrarse más en los estímulos internos como sentir la acidez en su estomago o la tensión en piernas y cuello.

En el consultorio se dio seguimiento a las tareas y registros que Luis hacía. Continuamente recalqué la importancia de haber localizado las creencias que eran la raíz de su ansiedad. Practicamos con ello la generación de ideas y evidencias que las refutaran. Así mismo Luis fue inducido a la exposición gradualmente primero en situaciones imaginadas y recreadas en el consultorio: En una sesión le di a Luis unas tijeras oxidadas de las cuales él desconocía la procedencia y le pedí que las sostuviera en las manos (utilizándolas ocasionalmente) durante toda una sesión, se pudo ver gracias a esto los pensamientos que se generaban, el impulso de deshacerse de ellas, cierta agitación. Y a través de la respiración, del centrar la atención en otra cosa y de contrarrestar las ideas que en ese momento se tenían fue haciéndose más tolerable sostenerlas.

Sin duda alguna ésta técnica de exposición gradual sirvió para que Luis percibiera que su efectividad en el afrontamiento de la situación que él consideraba amenazante. El acordar con él tareas en donde hacia acercamientos mas o menos graduales a estas situaciones fue incorporando tranquilidad a la vida de Luis. A todo esto se sumaba la reconciliación con su familia cercana. Su tío hacia semanas le había dado de nuevo trabajo y Luis estaba interesado en conservarlo. Al estar lejos en el albergue se dio cuenta que le hacía falta a muchas personas y que de igual forma sus tíos se preocupaban por él. Tal era el interés de sus tíos por Luis que hacia la 5ª sesión él me pidió que los pasara al final para que entre los dos les habláramos de los avances. Dijo sentirse cómodo y liberado al demostrarles que se estaba atendiendo y que no le gustaba preocuparlos. Los señores se mostraron agradecidos. A raíz del incidente en el albergue la comunicación en la familia de Luis pareció mejorar ante la preocupación por su estado. Según me relato Luis les tenía mucha confianza a sus tíos:

"Cuando me sacaron del albergue les estuve muy agradecido, ellos en la preocupación absoluta diario pasaban a verme, me daban de comer, mi tía me decía que no anduviera lejos, que les avisara de donde iba y que me quedara a dormir con ellos, en fin como que nos acercamos más. A raíz de eso pues les tengo mucha confianza y ellos saben todo, saben porqué demande a mi otro tío y también saben como empezó todo lo de la sospecha del SIDA".

Finalmente Luis regresó a trabajar con su Tío. La relación con su novia se hizo tan abierta que ella continuamente le proponía ir a consulta si es que eso podía ayudarlo a que no recayera. Luis refirió poder manejar ya sus "ideas negativas" y que ahora que estaba trabajando nuevamente y todo el día ocupado ya no tenía ni tiempo de "hacerle caso a los malos pensamientos".

Como terapeuta pienso que los estímulos externos, como su familia, el ambiente, el regresar al trabajo, proporcionaron un escenario que complementó perfectamente el tratamiento de Luis demandando de él mas atención y reestructurando la dinámica con la cual se venía relacionando con sus seres queridos.

CONCLUSIONES

Desde que comencé la practica en la CUSI Almaraz me fui dando cuenta de las implicaciones que conlleva adoptar un modelo de psicoterapia breve, entre otras, contribuir a desarrollar una cultura psicológica en donde el paciente tenga conocimiento de que es posible brindar atención a ciertas problemáticas sin ser necesarios los tratamientos intensos y prolongados.

Al realizar una revisión teórica de la historia de la psicología de la salud y del surgimiento de las psicoterapias breves encuentro congruente con la práctica que dicho modelo éste cobrando fuerza en los últimos años en diversas instituciones de salud. Esto último nos habla de la creciente demanda que existe del servicio psicológico y de la relación costo – beneficio.

De la experiencia recogida en éstos seis meses en la clínica me queda, entre otras, la constatación de que a pesar de seguir la normatividad de la institución, continuamente pueden gestarse funciones para el psicólogo de la salud en el ámbito clínico. Entre estas funciones debo destacar el apoyo a la formación de otros académicos, la supervisión, y el entrenamiento psicológico para otros profesionales de la salud.

De mi experiencia en el consultorio, puedo decir que ingrese con un bagaje técnico reducido en comparación con la demanda que se tiene del servicio. Poco a poco como psicólogo se van midiendo los limites y se esta obligado frente a esta demanda a ir implementando técnicas y asumiendo nuevos comportamientos terapéuticos que vayan brindando respuestas a cada uno de los pacientes. Las técnicas psicoterapéuticas fueron estructurándose no solo de acuerdo al paciente sino de acuerdo también a la institución. En ocasiones planeando actividades y pláticas para brindar respuesta a la población captada durante alguna actividad de promoción y prevención.

El análisis de las conductas reportadas como problema a través de los autoregistros fue imprescindible en cada caso, ya que ayudó a cada uno de los pacientes a irse haciendo conscientes de diversos procesos. Gracias a esta alianza terapéutica se pudo ir elaborando un proceso de intervención para cada una de las problemáticas reportadas. Generalmente, en cada caso, pude encontrar factores o patrones de conducta que afectaban la salud física y psicológica de cada individuo. De estos los más comunes eran factores estresores, elementos que les producían ansiedad, depresión y valoraciones cognitivas no funcionales. Gracias a las diferentes técnicas de los modelos que aprendí durante la carrera me fue posible intervenir en cada uno, sin embargo la ayuda del responsable del área fue imprescindible para guiarme durante el proceso de análisis de los datos, afrontamiento del problema y para la promoción de conductas saludables.

Partiendo de lo aprendido durante la carrera sobre el enfoque cognitivo-conductual, la conducta y la cognición me parecieron factores determinantes a considerarse conjuntamente a la hora de enfrentarse a la modificación de los hábitos de salud. Por esto mismo en la intervención de los distintos casos el proceso de aprendizaje del paciente cobró relevancia, ya que éste podría arrojarme respuestas sobre sus sistemas de creencias y el abandono o reincidencia en conductas de riesgo. Todo esto me reforzó la idea de cuán importante es el educar para la salud. En palabras de Savater (2001), “la salud es parte de los derechos de los ciudadanos, y es el ciudadano el que sabe si está sano o no en su conjunto. Por tanto es necesaria la educación en este rubro para tener una relación relajada y placentera con la salud sabiendo que hay que responsabilizarse de los riegos que uno corre de su propia salud”.

De este modo, como psicólogo he sido testigo de la importancia que tiene el crear personas relativamente autónomas en lo sanitario, capaces de valerse por sí mismas en el terreno de la salud, o dicho de otro modo, capaces de identificar en si mismas las conductas de riesgo y de actuar consecuentemente en beneficio de ellos y de su familia adoptando comportamientos saludables o preventivos.

En ésta práctica también pude observar continuamente la necesidad de colaborar con otras áreas. Un ejemplo de esto fue lo ocurrido en el área de Odontología ya que pude ser testigo en varias ocasiones de la influencia que ejercen los comportamientos y palabras usadas por los practicantes sobre los pacientes a los cuales iban a intervenir. Observe en varios pacientes antes de ser pasados a revisión una actitud tensa que se incrementaba hasta tensiones musculares extremas en los brazos y piernas debida a diversos factores estresores entre los que se encuentran:

- El tiempo que el paciente pasaba solo en el cubículo esperando a que el practicante lo atendiera.
- Las condiciones de iluminación y frialdad del lugar.
- El hecho de que los practicantes atendieran en ocasiones en pareja y se la pasaran platicando cotidianeidades entre ellos en lugar de prestar atención a cómo el paciente vive el padecimiento.

En relación a este problema tuve oportunidad de hablar con el responsable del área de Odontología y hacer sugerencias sobre los comportamientos (antes y después de la sesión) que observe podrían afectar el estado de animo de los pacientes generando incluso creencias aleatorias sobre el área o sobre la institución misma.

Por otra parte observe que la institución de salud, al atender como puede la demanda creciente de la comunidad donde se sitúa, deja atrás un poco la interacción entre las distintas áreas de práctica. Esto se nota cuando cada trabajador satura su agenda por brindar atención a los pacientes, y en consecuencia resta el tiempo para actividades de actualización, investigación, especialización y colaboración con otras áreas. A pesar de esto, ésta práctica es un campo de investigación enorme en donde se pueden detectar y evaluar problemas de la población e instrumentar soluciones válidas.

Por otro lado aunque el papel del psicólogo de la salud está reconocido por la OMS aún existen ciertas barreras en la conformación del equipo de salud. Al respecto de esto el acta de Veracruz menciona:

“Con base en los objetivos propuestos por la OMS, adaptados a las características de cada país, se propone considerar la inclusión y participación activa del profesional de la psicología de la salud, en un equipo de salud para contribuir en las distintas instancias públicas y organizativas que se ocupan de desarrollar el modelo de promoción, prevención, evaluación-tratamiento y rehabilitación en salud. En este sentido se reconoce que el psicólogo de la salud posee los conocimientos y habilidades validados científicamente que le permiten aportar e intervenir en forma eficaz y eficiente en los cuatro niveles de atención en la modalidad individual, grupal y social, con el objetivo de lograr "el mejoramiento social y económico de un avance en la condición de salud y comportamiento socialmente responsable en todos los ámbitos" (World Health Conference WHO - México).

Para conseguir lo antes citado, diversos autores reconocen que es necesario construir una identidad profesional del psicólogo de la salud, a fin de que éste se integre al equipo de salud respectivo.

En lo personal creo que esta construcción de una identidad es una labor continua, ya que aún en varios terrenos no se tiene ganado éste reconocimiento del todo. Un ejemplo de ésta continuidad se da en el campo de la investigación, en donde la psicología de la salud debe transformarse para responder a las necesidades propias del contexto, prestando especial atención a los problemas emergentes de la situación actual, procedentes de los procesos de globalización económica y respetando las problemáticas específicas. Sin duda una labor difícil pero que gracias a su realización y publicación ha dado pie a desarrollar una investigación transcultural que atiende a los factores comunes de distintos países. Esto último fomenta el intercambio de técnicas, instrumentos y experiencias de investigación.

Tenemos como resultado de estas investigaciones las aportaciones que la psicología ha hecho a otras áreas de la salud como la enfermería y la medicina. En donde se observa principalmente el conocimiento de los principios que determinan el aprendizaje de nuestra conducta de salud, así como los mecanismos necesarios para el cambio o modificación de los

comportamientos no saludables. De esta aportación y de la observación de los limites del modelo biomédico nace también el trabajo de Balint, Gosling y Hildebrand (1984), el cuál recalca la importancia de la capacitación psicológica del médico y reconoce que no todos los médicos son aptos para adquirir comprensión psicológica y aptitudes psicoterapéuticas. Los llamados grupos "Balint" son famosos en varios países, se trata de grupos de médicos de distintas áreas interesados en conocer y aprender técnicas psicoterapéuticas con la finalidad de dar una mejor atención al paciente, estas técnicas están basadas en un método depurado y sintetizado por el propio Balint y sus colaboradores. Otra aportación de la psicología al campo de la medicina son los distintos estudios y escalas de medición que se han realizado sobre el síndrome de quemado o comúnmente llamado "burn out" el cual es un tipo específico de estrés laboral. De acuerdo con Pérez (2001), es padecido por los profesionales de la salud y educadores, los cuales, en su voluntad por adaptarse y responder eficazmente a un exceso en las demandas y presiones laborales, se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo, con una sobre exigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedades y afectar negativamente el rendimiento y la calidad del servicio profesional.

La experiencia vivida en la CUSI Almaraz con los compañeros de Odontología y Enfermería nos indica que psicólogos y demás trabajadores de la salud pueden formar un buen equipo. En el año del 2005 vio la luz la clínica de estimulación temprana gracias a esta colaboración conjunta. Ésta integración puede impulsar a la larga a una mayor flexibilidad y apertura para el trabajo multi e interdisciplinario en ésta y otras instituciones, validando a su vez, la incorporación de los psicólogos en los distintos niveles del sector sanitario. Así mismo el reconocimiento de nuestra labor como psicólogos de la salud en una institución reside también en el cumplimiento de lo que ella misma nos demande y en la apertura que el propio organismo sustente para la colaboración con otras áreas.

Mirando hacia el futuro, creo que el psicólogo de la salud ha ido ganado terreno en el reconocimiento de su labor, pero aún debe luchar para que su figura sea una realidad en todas las instituciones de salud de nuestro país. Al ser la psicología de la salud un campo de investigación con potencial para el crecimiento de nuestra ciencia, espero que en el futuro, se reconozcan, desarrollen y ejerzan nuestras capacidades como profesionales. Así mismo, creo que como Psicólogos de la Salud no debemos olvidar el compromiso que tenemos con la demanda social al desarrollar más tecnologías que nos permitan cambiar efectivamente hábitos insalubres por conductas saludables.

Este reporte es el resultado de meses de esfuerzo en la práctica en la clínica y de una revisión teórica que, en ocasiones, me puso de frente a mis propios limites como psicólogo. Agradezco así la manera como se generaron circunstancias favorables para la práctica, que hizo posible el experimentar como psicólogo la necesidad de depender de otras áreas de la salud, darme cuenta de las habilidades poseídas, ver mis limites y obligarme a desarrollar nuevas estrategias para la intervención, y cuestionar mis propios estilos de vida con el propósito de tener salud, para educar sobre la salud.

Por último, agradezco a la Clínica Universitaria de Salud Integral y a la FES Iztacala por brindar un espacio de práctica a los recién egresados. Agradezco también el apoyo continuo de la Profa. Blanca Aranda Boyzo sin el cuál mi práctica y la redacción de este reporte no hubieran sido posibles.

BIBLIOGRAFIA

- Amigo, I, Fernández, C. y Pérez, M. (1998). Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Ediciones Pirámide

- Ardila R. (2000). “Prevención primaria en psicología de la salud”. Psicología de la Salud. Plaza y Valdez Editores. México.

- Ardila R. (1997). “Análisis experimental del comportamiento y psicología de la salud”. Universidad Nacional de Colombia. Revista Psicología Conductual Vol.5 n.3, pp. 435 – 443.

- Arrivillaga M, Salazar C, Correa D. (2003). “Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios”. Revista Colombia Médica Vol. 34 Nº 4.

- Balint M, Gosling R, Hildebrand. (1984). “La capacitación psicológica del medico” Evaluación de los resultados de un programa de postgrado para médicos clínicos. Editorial Gedisa S.A. Barcelona, España.

- Bayés R. y Ribes E. (1989). "Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA" [A psychologycal model in prevention of illness: its aplication to the case of AIDS]. Papeles del Psicólogo, 41/42, 122-125.

- Becoña E, Vázquez F y L. (2000). “Psicología de la Salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas”. Psicología de la Salud. Plaza y Valdez Editores. México.

- Bellack (1993), “Manual de psicoterapia breve intensiva y de urgencia”. Editorial El Manual Moderno. Segunda Edición. México.

- Costa M y Serrat C. (1998) “Terapia de Parejas un enfoque conductual”. El libro de Bolsillo. Psicología. Alianza Editorial

- De la Campa U. (2004). “Psicología de la salud: el desempeño profesional del psicólogo dentro de una institución de salud”. Reporte de trabajo profesional. UNAM. FES Iztacala. Tlalnepantla, Estado de México.

- Dorantes, F. y Viques, V. (2004) “El Quehacer del Psicólogo de la Salud”. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

- Grimsom W. (1973). “Nuevas perspectivas en salud mental. Instituciones y problemas”. Ediciones Nueva Visión. Colección Psicología Contemporanea. Buenos Aires, Argentina.

- Knobel (1987) “Psicoterapia breve”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

- Kruif P. (1992). “Cazadores de microbios”. Editores Mexicanos Unidos. 8ª reimpresión. México.

- Martín L. (2003). “Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad”. Revista Cubana de Salud Pública 2003; 29(3):275-81. Escuela Nacional de Salud Pública.

- Martín L. (2004). “Acerca del concepto de adherencia terapéutica”. Revista Cubana de Salud Pública 2003; 29(3):275-81. Escuela Nacional de Salud Pública.

- Matarazzo, J.D. (1980). “Behavioral health and behavioral medicine”. American Psychologist, 35: 807-817.

- Navarro R, Arévalo M. (2000). “Aspectos cognitivos del estrés”. Psicología de la Salud. Plaza y Valdez Editores. México.

- Pérez M. (2001). “El síndrome de BURN OUT (quemarse en el trabajo) en los profesionales de la salud” Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL Año II Nº 5. Buenos Aires, Argentina.

- Saldaña, C. (1984) “Alternativas conductuales a problemas de salud”. Anuario de Psicología 2: 59-74.

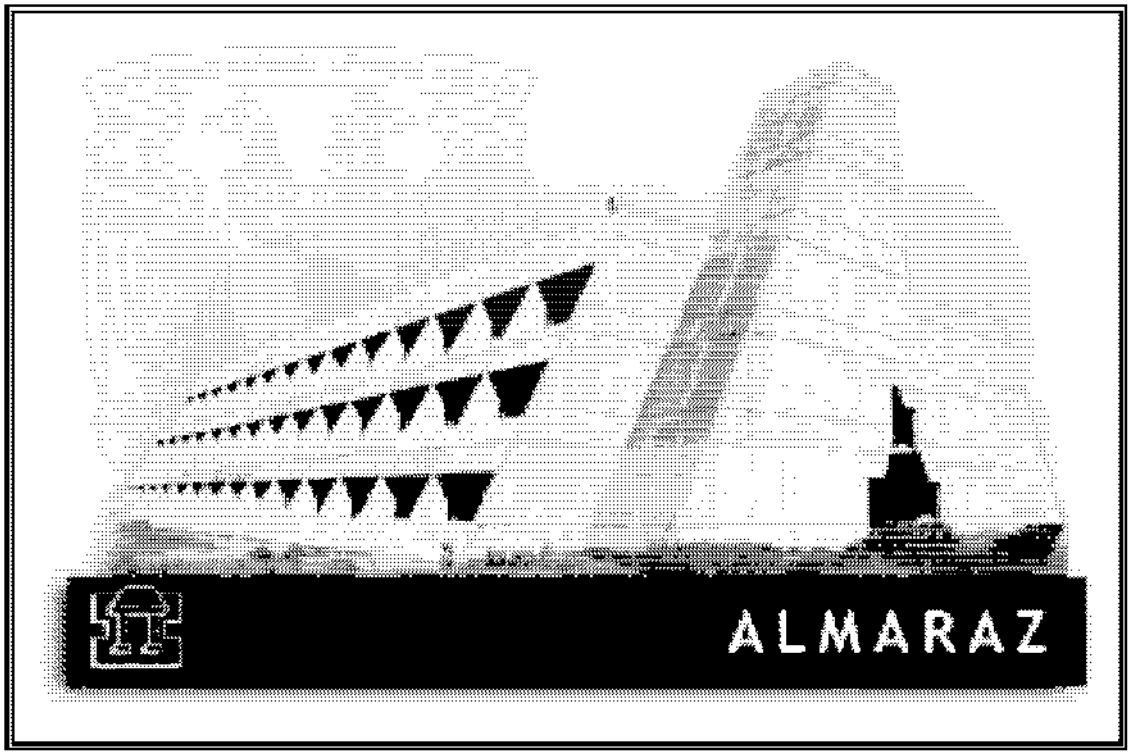
- Savater F. (2001). “El valor de educar… en salud”. Enfermería Comunitaria VI Jornada de EpS en la Escuela. VOL 7/ Nº 1

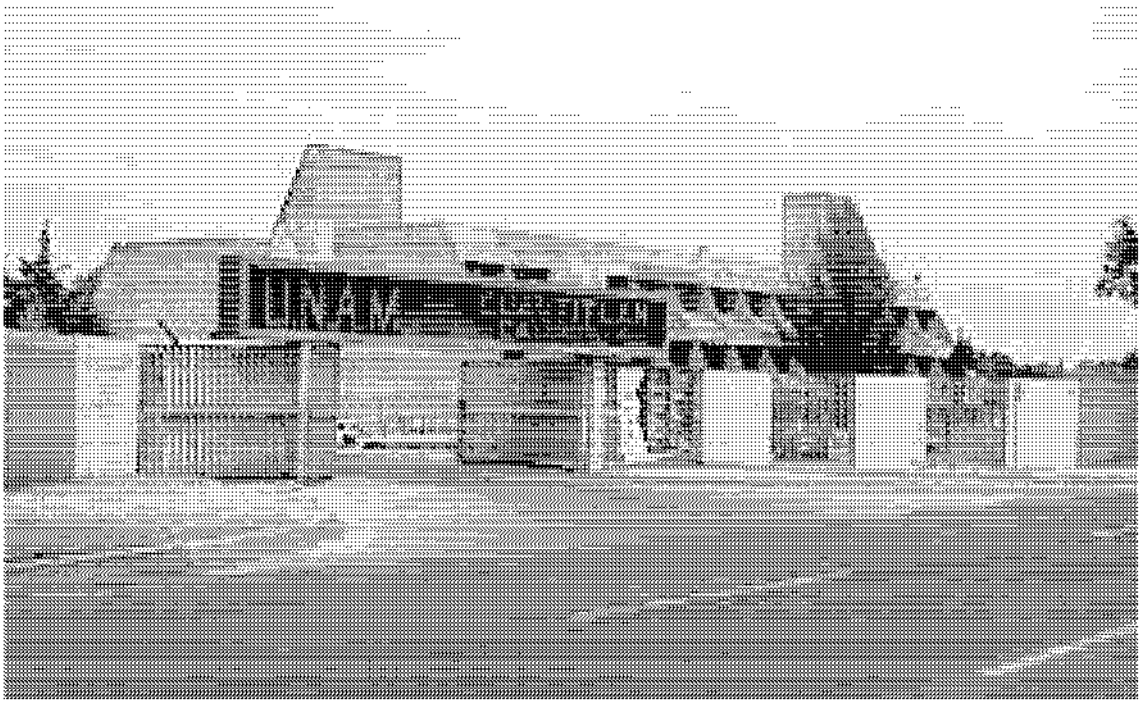
- Stefani D. (2005) “Teoría de la Acción Razonada: Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica”. Instituto de Neurociencias Buenos Aires. INEBA. Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba (Argentina).ISSN N º 1515 – 1867.

ANEXOS

ANEXO 1

LA CLINICA UNIVERSITARIA DE SALUD (CUSI) ALMARAZ





ANEXO 2:

CARNET DE CITAS

IMPORTANTE

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 acompañ antes a menos que se le indique lo contrario.
5. Por su bien NO traiga menores de edad a la Clínica a menos que sean pacientes de la misma.
6. Acuda a la 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 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 Camet para cada Cita.
12. Si no llega puntualmente, se reprogramará su Cita.
13. Pague en CAJA todos sus derechos de Atención Clínica y Solicite su **RECIBO.**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

CARNET DE CITAS

CLÍNICA ALMARAZ

Su próxima Cita	Hora	Clínica

Alumno	Grupo	Observaciones

ANEXO 2.1

FORMATO DE ENTREVISTA

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

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

SINTOMA PRINCIPAL
4-¿Cuál es su motivo de consulta**?**
5-¿Cuándo comenzó?
6-¿Qué hacia usted en ese momento?
7-¿Había tenido en otra ocasión el mismo problema?
8-¿Qué sucedía en su vida en esa época?

SINTOMAS SECUNDARIOS
9-¿Alguna otra cosa le preocupa?
10-¿Cuándo comenzó a preocuparle?
11 -¿Qué tanto interfiere en su vida?

ANTECEDENTES PERSONALES
12-¿Podría relatarme su vida? Comience por el principio
13-¿Donde nació?
14-¿Cómo era la familia?
15-¿Podría describirme a su padre con tres adjetivos o rasgos distintivos?
16-¿Podría describirme a su madre con tres adjetivos o rasgos distintivos?
17-¿Cómo es la relación con sus padres?
18-¿Tuvo hermanos? ¿Cuál era la diferencia entre edades? ¿Hermanos muertos?
19-¿Cómo es la relación con sus hermanos?
20-¿Cómo era ó es la atmósfera familiar?
21 -¿Quién más tuvo en su vida un papel importante?

ANTECEDENTES ESCOLARES Y LABORALES
22-¿Cómo fue su desempeño en la escuela?
23-¿Tuvo dificultades escolares?
24-¿Tuvo algún problema específico de conducta o de aprendizaje?
25-¿Cómo se desenvolvió socialmente en la escuela?
26-¿Tenía amigos? ¿Era vergonzoso? ¿Era hiperactivo?
27-¿Hasta que grado escolar curso?
28-¿Le agrada su trabajo?
29-¿Cuanto tiempo tiene en el mismo?
30-¿Cuántos trabajos ha tenido? ¿Por qué los ha abandonado?
31 -¿Cómo es la relación con sus superiores?
32-¿Cómo es la relación con sus compañeros de trabajo?
33-¿Existe algo que le moleste en particular de su trabajo?

ANTECEDENTES FAMILIARES
34-¿De donde son originarios sus padres?
35-¿Cómo era la relación entre ellos?
36-¿A qué se dedicaban laboralmente?
37-¿Algún miembro de su familia tenia algún problema emocional en particular?
38-¿A que se dedican sus padres y hermanos actualmente?

ANTECEDENTES MEDICOS
39-¿Qué enfermedades tuvo durante la infancia?
40-¿Tiene una enfermedad actualmente?
41 -¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?
42-¿Toma algún medicamento actualmente?

ANEXO 3

MTI 1-3

MEDICIÓN RÁPIDA DE HABILIDAD INTELECTUAL

BARSIT

Francisco del Olmo

CUESTIONARIO

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD
U.N.A.M. CAMPUS IZTACALA
IZT. 0105185

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

LEA ESTO CON MUCHA ATENCIÓN

Usted tendrá que ir resolviendo cuestiones parecidas a éstas.
No escriba palabras; subráyelas 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.

Copyright © 1957
Todos los derechos reservados por
The Psychological Corporation, San Antonio, Texas
D.R. © 1984 por la
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. de C.V.

ESPERE LA ORDEN ANTES DE PASAR A LA OTRA PÁGINA

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

Impreso en México
0996

ANEXO 4

ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG

Marque con una “x” su respuesta

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

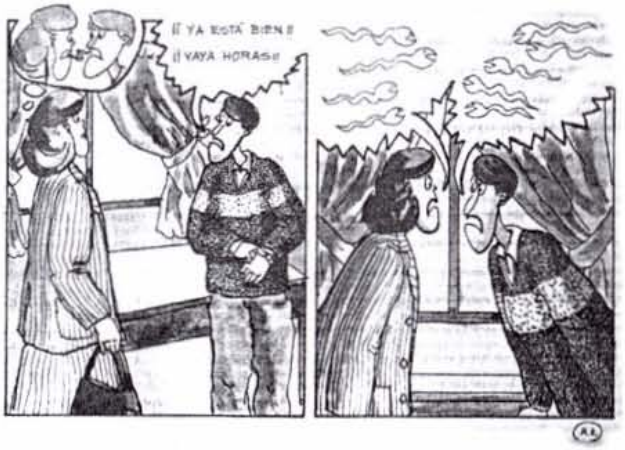
ANEXO 5: CUESTIONARIO DE HÁBITOS CONDUCTUALES

Marca con una X las conductas que presentes.

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

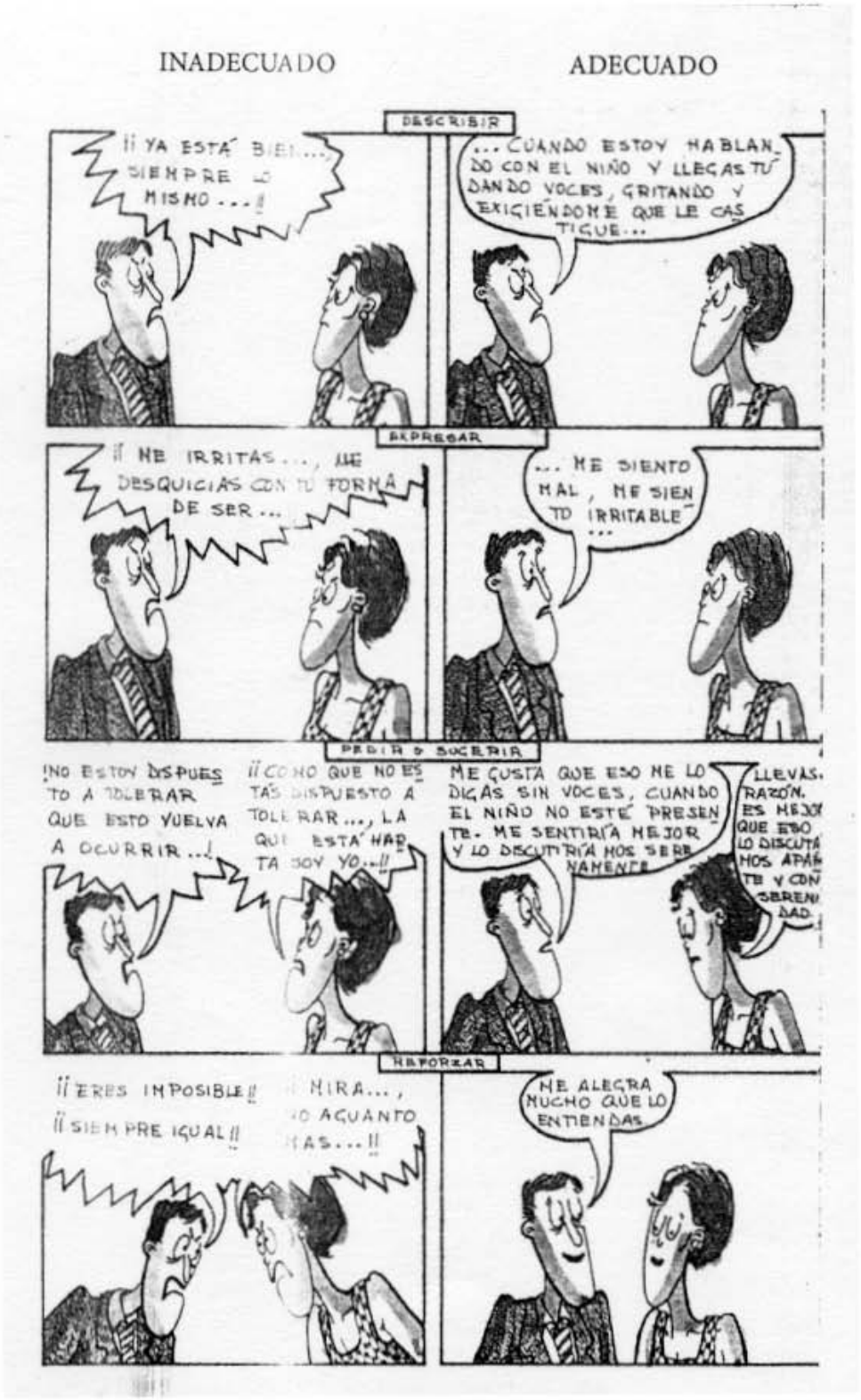
ANEXO 6

LÁMINAS DEL LIBRO “TERAPIA DE PAREJA”



ANTECEDENTES CONDUCTA

ANTECEDENTES CONDUCTA


INADECUADO
ADECUADO
DESCRIBIR
¡¡YA ESTÁ BIEN... SIEMPRE LO MISMO...!!
...CUANDO ESTOY HABLANDO CON EL NIÑO Y LLEGAS TÚ DANDO VOCES, GRITANDO Y EXIGIÉNDOME QUE LE CASTIGUE...
EXPRESAR
¡¡ME IRRITAS..., ME DESQUICIAS CON TU FORMA DE SER...
...ME SIENTO MAL, ME SIENTO IRRITABLE...
PEDIR O SUGERIR
¡NO ESTOY DISPUESTO A TOLERAR QUE ESTO VUELVA A OCURRIR...!
¡¡COMO QUE NO ESTÁS DISPUESTO A TOLERAR..., LA QUE ESTÁ HARTA SOY YO...!!
ME GUSTA QUE ESO ME LO DIGAS SIN VOCES, CUANDO EL NIÑO NO ESTÉ PRESENTE. ME SENTIRÍA MEJOR Y LO DISCUTIRÍAMOS SERENAMENTE
LLEVAS RAZÓN. ES MEJOR QUE ESO LO DISCUTAMOS APARTE Y CON SERENIDAD.
REFORZAR
¡¡ERES IMPOSIBLE!!
¡¡SIEMPRE IGUAL!!
¡¡MIRA..., NO AGUANTO MÁS...!!
ME ALEGRA MUCHO QUE LO ENTIENDAS

ANEXO 7

CUESTIONARIO DEL ENTRENAMIENTO EN SOLUCION DE PROBLEMAS

Emplee la siguiente escala para responder a como le afectan los siguientes problemas:
0=No me afecta nada 1=Me afecta levemente 2=Me afecta bastante 3=Me afecta mucho

AREA DE SALUD FISICA:

1. Problemas del sueño.....0 1 2 3
2.Problemas con el peso.....0 1 2 3
3.Abuso de alcohol o tabaco.....0 1 2 3
4.Cansancio crónico.....0 1 2 3
5.Problemas médicos de larga duración...0 1 2 3
6.Otro (anotar): 0 1 2 3

AREA ECONOMICA:

Tener poco dinero para final de mes....0 1 2 3
Poco dinero para cubrir necesidades básicas…….0 1 2 3
Exceso de deudas.....0 1 2 3
Gastos imprevistos.....0 1 2 3
Poco dinero para aficiones y tiempo libre....0 1 2 3
Otro (anotar): …….....0 1 2 3

AREA DE TRABAJO:

Trabajo monotono y aburrido.....0 1 2 3
Relaciones dificiles con el jefe.. .....0 1 2 3
Problemas de relación con los compañeros.....0 1 2 3
Temor a perder el trabajo.....0 1 2 3
5.Otro (anotar): 0 1 2 3

VIVIENDA:

Mala relación con los vecinos.....0 1 2 3
Casa demasiado pequeña.....0 1 2 3
3.malas condiciones de la vivienda.....0 1 2 3
Casa demasiado apartada de trabajo o escuela.....0 1 2 3
5.Otro (anotar) 0 1 2 3

AREA DE RELACIONES SOCIALES:

Timido con otras personas…….....0 1 2 3
Tener pocas amistades.....0 1 2 3
Muy sensible a las criticas de los demás.....0 1 2 3
Dificultad para llevar una conversación.....0 1 2 3
5.Otros (anotar) ……....0 1 2 3

AREA DE TIEMPO LIBRE:

Tener poco tiempo libre.....0 1 2 3
Disfrutar poco de las diversiones.....0 1 2 3
Poca habilidad para el deporte.....0 1 2 3
Deseo de viajar.....0 1 2 3
5.Otro (anotar): ……....0 1 2 3

AREA DE RELACIONES FAMILIARES Y DE PAREJA:

Desacuerdos con mi pareja 0 1 2 3
Desacuerdos con otros familiares.....0 1 2 3
Ruptura o separación matrimonial.....0 1 2 3
Problemas con los niños o la escuela.....0 1 2 3
5.Otros (anotar): ...0 1 2 3

ANEXO 8

"Algunas ilustraciones del test laboral"

①. ELIJA EL CURRICULUM QUE LO REPRESENTA MEJOR

⑥. DURANTE LA ENTREVISTA LABORAL... CUÁL SERÍA SU ACTITUD... ?

ANEXO 9

ISRA

Apellidos y nombre ..... *Edad* ..... *Sexo* ..... (V o M)

Centro ..... *Curso/Puesto* ..... *Estado civil* .....

Otros datos ..... *Fecha* .....

INSTRUCCIONES

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que presentan **situaciones** en que usted podría encontrarse y otras que se refieren a **respuestas** que usted podría dar ante esas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la **frecuencia** con que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando, según la siguiente escala:

0: Casi nunca 1: Pocas veces 2: Unas veces sí y otras no 3: Muchas veces 4: Casi siempre

Vea los ejemplos siguientes:

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

SITUACIONES	RESPUESTAS: 1. Me desconcierto; no sé qué hacer.	2. Tengo la impresión de que soy un inútil.	3. No puedo concentrarme en el trabajo.	4. Tengo dificultades para dormir.	5. Pierdo el apetito	OBSERVACIONES
1. Si un problema me preocupa mucho.						
2. Cuando pierdo un objeto que tenía en mucho estima.						

Deberá leer la situación 1 y cada una de las respuestas que están sobre la columna en que hay casillas en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4). Cuando las haya leído, decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después a la situación 2. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a las respuestas 1, 2 y 5. ¿Lo ha hecho así? ¿Tiene alguna dificultad?

CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO

La última cuestión (la núm. 23) se utilizará sólo cuando exista una situación especialmente perturbadora para usted y no esté incluida en las 22 anteriores. En ese caso, escriba la situación en el lugar correspondiente de las tres páginas y ponga su valoración en las casillas que crea conveniente.

Si desea precisar más o hacer alguna observación, utilice el margen derecho de la Hoja (OBSERVACIONES).

TEA
Autores: J.J. Miguel Tobal y A.R. Cano Vindel.
Copyright © 1986 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - *Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE* - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano; Dejanto, 15 dpdo.; 28000 MADRID - Depósito legal: M - 5.257 - 1986.

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI / OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

SITUACIONES	RESPUESTAS 1. Me preocupo fácilmente.	2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como «inferior» a los demás, «torpe», etc.	3. Me siento inseguro de mí mismo.	4. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme.	5. Siento miedo.	6. Me cuesta concentrarme.	7. Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.	OBSERVACIONES	ΣS
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5. En mi trabajo o cuando estudio.									
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10. Si tengo que hablar en público.									
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13. Después de haber cometido algún error.									
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20. Al observar escenas violentas.									
21. Por nada en concreto.									
22. A la hora de dormir.									
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.									
ΣR								TOTAL	

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO