



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA

“LA FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO EN ATENCIÓN  
DE UN CASO DE DIABETES JUVENIL EN  
UNA ESCUELA SECUNDARIA”

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
SAGRARIO GUADALUPE SANTOS LÓPEZ

DIRECTOR:  
DR. GILBERTO PÉREZ CAMPOS

DICTAMINADORAS:  
DRA. CLAUDIA LUCY SAUCEDO RAMOS  
DRA. IRMA DE LOURDES ALARCÓN DELGADO



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

“A quienes me hicieron algunos trechos de mi vida más dolorosos o difíciles, ya que con ello descubrí mis fortalezas y posibilidades ignoradas.”

Cristina Stecca de Alvizúa.

## Agradecimientos

A mis padres:

Por que hoy comprendo que han hecho todo cuando han podido, siempre lleno de un inmenso amor hacia mi; gracias por darme la vida, por el apoyo, las ausencias y los sacrificios por lo todo lo que me han dado y por lo que me ha sido negado, porque gracias a eso soy la persona que soy. Hoy pueden ver que ha valido la pena y de ahora en adelante me toca a mí hacer el resto.

A mi hermano:

Por que sabes que no ha sido nada fácil llegar hasta aquí y por tu apoyo para lograrlo, por todo aquello que voluntaria o involuntariamente me has enseñado, por ser quien eres en mi vida y porque estamos juntos. Y ahora es el momento justo de decir AHORA TE TOCA A TI y ahí estaré.

Esther (†) y Constancio (†):

Por que han sido el más grande ejemplo de amor que la vida me pudo dar, porque siempre me han acompañado y han sido mi mayor motivación para seguir, a pesar de la ausencia física. Y por lo mucho que los amo y los extraño esto también es suyo.

A mis amigos:

He aprendido que las personas llegan y se marchan en el momento justo, no antes, no después. Gracias a los que se han marchado porque su tiempo en mi vida termino, y sobre todo gracias a quienes sin importar el tiempo o la distancia han estado presentes Mónica, Griselda y Joseline mis compañeras de vida, Ivette, Alma L. Manuel, Rogelio, Cesar y Ana Lilia, los mejores compañeros y amigos que pude tener en el CCH. Carlos, por ser quién fuiste, quién eres y por lo que representarás siempre en mi vida, el hermoso recuerdo de aquella rosa de los vientos.

A los que gracias a una loca decisión, aparecieron en mi vida para quedarse, Vicky por compartir conmigo aquellas cosas que tan celosamente resguardabas, Janeth y Naye por estar en los momentos de éxito, en los fáciles, en los no tan fáciles, siempre escuchando y sin juzgar; Roy, Iván y Rosalba, son la prueba de que no hace falta mucho tiempo para querer a las personas y hacerlas parte de mi vida, Karina por ser incondicional, leal y por tu infinito amor de hermanita, Luz por que aprendimos juntas a ser leal a nuestras convicciones.

Y a quienes después de compartir tantos desvelos, sueños, berrinches y por su puesto tantas alegrías, son parte de mi familia. Gracias por esas largas horas de terapia en la oficina, en el consultorio o en una jardinera, por el tiempo, el interés y la paciencia. Pero sobre todo por el inmenso amor que me han dado. Aledia, Alma, Alejandro, Dalia, Doris, Nelly, Arely, Maye y Mao, sin ustedes el camino hubiera sido mucho más escabroso y sobre todo aburrido.

Y especialmente gracias a ese caballero de armadura negra que apareció en vida para recordarme que las hadas existen y que siempre hay mucho más que hacer.

UNAM:

Porque recibí la oportunidad que necesitaba para cambiar y mejorar el curso de mi vida. Las rejas amarillas de la FESI han sido mi resguardo, ese el lugar donde me siento segura; por el orgullo que siento al decir “Por mi raza hablará el espíritu” y gritar que soy PUMA de corazón, con la piel dorada y de mi sangre azul.

Claudia Saucedo:

Por que tu paciencia, apoyo, comprensión y sobre todo tu amistad fueron decisivos para terminar lo que parecía no tener fin. Por alentarme cuando pensé que no había más opción que desfallecer, por simplemente creer en mí.

Norma Contreras:

Por ayudarme a redirigir mi vida, mis emociones y sentimientos, y por que aprendí a rescatarme de mi misma. El proceso aún no termina, es una lucha constante, pero ahora sé que logré salir victoriosa.

Pero sobre todo agradezco a Dios por ser mi mayor consuelo, por estar siempre aunque el mundo dice lo contrario. Por no limitar mis deseos y sueños, y darme siempre lo que en verdad necesito.

## ÍNDICE

	Pág
Capitulo 1. Formación Profesional del Psicólogo	4
1.1. Profesión y Formación Profesional.	4
1.2. Competencias Profesionales.	7
1.3. Ética Profesional del Psicólogo.	12
1.4. Formación de Identidad Profesional del Psicólogo.	16
1.5. El Servicio Social en Iztacala como medio para el desarrollo de competencias y formación profesional.	18
Capitulo 2. Investigación: El trabajo con adolescentes	25
2.1. Población Adolescente en la Escuela Secundaria.	25
2.2. Metodología.	28
2.3. Procedimiento.	29
Capitulo 3. Diabetes Mellitus: un padecimiento físico y emocional	31
3.1. Concepto de Salud-Enfermedad desde el punto de vista médico.	32
3.2. Concepto de Salud-Enfermedad desde el punto de vista psicológico.	36
3.3. ¿Qué es la Diabetes?	38
3.4. Clasificación y Descripción	41
3.4.1. Diabetes Mellitus Tipo 1 o insulino dependiente	41
3.4.1.1. Diabetes autoinmune	42
3.4.1.2. Diabetes idiopática	42
3.4.2. Diabetes Mellitus Tipo 2 o no insulino dependiente	42
3.4.3. Diabetes gestacional	43
3.4.4. Otros tipos específicos de diabetes	43
3.5. Etiología y Factores de riesgo	43
3.5.1. Factores demográficos	44
3.5.2. Factores genéticos	48
3.6. La Diabetes como un problema de Salud Juvenil	49
3.6.1. Manifestaciones clínicas	51

3.6.2. Diagnóstico	51
3.6.3. Aspectos biológicos	52
3.6.3.1. Tratamiento enfocado al aspecto físico y biológico	53
3.6.4. Aspectos psicológicos	54
3.6.4.1. Depresión	56
3.6.4.2. Estrés	57
3.6.4.3. Tratamiento psicológico	58
Capítulo 4. Análisis de Caso: Emma	66
4.1. Descripción del caso	66
4.2. Análisis del caso por sesiones	68
Sesión 1	
4.2.1. La entrevista como herramienta esencial	69
4.2.1.1. Ejercicio de relajación	80
Sesión 2	
4.2.2. Promoción del autocuidado como habilidad para la salud del paciente	83
Sesión 3	
4.2.3. Promoción del manejo de autoestima y manejo de emociones	88
Sesión 4	
4.2.4. Enfrentando la negación del paciente	95
Sesión 5	
4.2.5. Abordaje familiar del problema de diabetes de Emma	98
Sesión 6	
4.2.6. Intentos de promover la reflexión de la Emma entorno a su situación de vida	100
4.2.6.1. Manejo de conflictos	103
Sesión 7	
4.2.7. Aprendizaje observacional	106
Sesión 8	
4.2.8. La expresión pictórica	109
4.2.8.1. Manejo de conocimiento sobre la enfermedad	114



Sesión 9	
4.2.9. Buscando el cambio en uno de los miembros de la familia	119
Sesión 10	
4.2.10. Efectos de confrontar a los adolescentes con sus cuidadores	121
Sesión 11	
4.2.11. Búsqueda de un nuevo acercamiento	122
Sesión 12	
4.2.12. Despedida	124
Capítulo 5. Análisis General: elementos que dan cuenta de mi formación profesional.	126
5.1. Noción del Servicio Social	127
5.2. Expectativas hacia la materia	130
5.3. Representación sobre quienes son los adolescentes	133
5.4. Competencias profesionales	136
5.4.1. Entrevistas	137
5.4.2. Improvisación	138
5.4.3. Realización de rutas de trabajo	139
5.4.4. Aplicación de técnicas	140
5.4.5. Discriminar los matices entre dos problemas similares y negociar la dirección de la intervención psicológica	142
5.5. Relevancia de las tutorías	143
5.6. Relación teoría-práctica	145
5.7. Trabajo en equipo	146
5.7.1. Trabajo grupal	147
5.7.2. Trabajo en equipo dentro del aula	147
5.7.3. Trabajo en equipo en la secundaria	147
5.8. Formación de mi identidad como psicóloga (noción de sí mismo, principales sentimientos al manejar los caso.)	148
5.9. Experiencias como estudiante de Psicología	152
Conclusiones	158
Referencias	167

## RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue analizar aquellos elementos que dan cuenta de mi formación como psicóloga dentro de la realización del servicio social prestado como terapeuta en una escuela secundaria pública, atendiendo un caso de diabetes juvenil.

El análisis se realizó con base en la transcripción de las 12 sesiones realizadas, durante el 7° y 8° semestre de la carrera de psicología en la FES Iztacala, con una joven adolescente que padecía Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), quien asistía al 2° de secundaria. Así mismo, analicé los resultados de la entrevista que me realizó la asesora de mi tesis con el fin de reflexionar a posteriori acerca de mi experiencia como profesional de la psicología en formación.

Realizar una reflexión ya sea en el momento o a posteriori, acerca del trabajo que realizamos como profesionales en formación dentro del marco del servicio social contribuye a rescatar aspectos importantes de nuestra experiencia que pudieran ser útiles en prácticas futuras. Dentro de las principales conclusiones se puede decir que, es frecuente que como profesionales de la psicología en formación, no nos percatemos de todo el proceso de aprendizaje que estamos realizando, y el cual vamos adquiriendo al enfrentarnos a un sin número de situaciones que pueden ir desde los espacios que se nos asignan para realizar nuestro trabajo en espacios ajenos a la FES Iztacala, pasando por la manera en como nos tenemos que conducir al presentarnos como Psicólogos, así como transitar de los conceptos teóricos a su aplicación dentro de contextos reales de práctica, hasta elegir de que manera y bajo que postura teórico-metodológica se va a realizar una intervención psicológica clínica como lo fue en este caso. Es así como vamos construyendo nuestra identidad profesional como Psicólogos, la cual también va integrada por aspectos éticos, los cuales también son llevados a la práctica profesional cotidiana.

**Palabras clave:** formación profesional, servicio social, habilidades y competencias, escuela secundaria, diabetes mellitus.

# CAPITULO 1.

## Formación Profesional del Psicólogo

“No vayas mirando fuera de ti, entra en ti mismo,  
por que la verdad habita en el interior del hombre.”

- San Agustín de Hipona.

A lo largo del presente capítulo abordaré dos puntos: 1) algunas características con las cuales debe o sería deseable que el profesional de la psicología contara, para garantizar la relevancia y eficacia que puede tener al ejercer dicha labor en los múltiples campos de acción que puede encontrar, poniendo en práctica todas o muchas de las competencias y habilidades que posee, adquirió y perfeccionó a lo largo de su formación universitaria; y 2) cómo realizar su trabajo como psicólogo con profesionalismo, es decir, que el profesional de la psicología no debe, sin importar el área a la que se incline su labor, dejar a un lado los valores y/o principios éticos personales ni los que le sean demandados por la profesión misma.

### 1.1. Profesión y Formación Profesional.

Al hablar de profesión no es recomendable conformarnos con la simple idea de que se trata solamente de “saber” algo y ponerlo en práctica. La palabra profesión proviene del latín *professio-onis*, que significa acción y efecto de profesar. En términos más amplio, la profesión ha sido definida como aquella “ocupación que monopoliza una serie de actividades privadas sobre la base de un gran acervo de conocimiento abstracto que permite a quien lo desempeña una considerable libertad de acción y que tiene importantes consecuencias sociales” (Fernández, 2001, p. 24).

De acuerdo con la definición anterior, puede existir confusión con respecto a lo que diferencia a una profesión de lo que conocemos como oficio, debido a que a simple vista parecen muy similares, si no es que iguales, pues ambos abarcan conocimientos respecto a un área de acción particular que contribuye en diversas formas a la vida social.

Sin embargo, una diferencia contundente entre un oficio y una profesión es la forma como es adquirido el conocimiento y los lineamientos bajo los que se aplica. No es propósito de este trabajo denigrar de ninguna manera los oficios que existen en nuestra sociedad, más bien se trata de dar a conocer como es que la profesión llegó a serlo.

Al respecto, Saunders y Willson (1933, cit. en Fernández, 2001, p.25) mencionan que una ocupación alcanzaba el estatus de profesión cuando un tipo de actividad no se ejerce más que mediante la adquisición de una formación controlada, la sumisión a reglas y normas de conducta entre los miembros y los no-miembros y la adhesión de una ética del servicio social.

Como podemos ver, la profesión surge como una necesidad social, es a través de ésta que se puede contribuir a mejoras y por lo tanto avances en los distintos aspectos de la vida de las personas como individuos y como sociedad.

Por tal motivo, no puede ser concebido que el ejercicio de una profesión sea realizado sin considerar las demandas sociales y, por lo tanto, no debería ser ejercida al margen de considerar las mejores formas de realizar determinada labor y, más aún, no se pueden dejar fuera las habilidades y/o competencias que el individuo posee para realizar su actuar.

De acuerdo con Millerson (1964, cit. en Fernández, 2001) toda profesión está obligada a cumplir aquellas características que den cuenta del grado de profesionalización de las diferentes ocupaciones. Al respecto Burrage (1990, cit. en Fernández, 2001) explica debido a que las profesiones realizan funciones que son socialmente valoradas, deberían tener un sueldo elevado, un estatus social alto y autonomía en su trabajo; la valoración de sus funciones radica en que como profesionista hacen uso de sus capacidades, basadas en conocimientos teóricos, así como la educación y formación de esas capacidades, la garantía de competencia en los individuos, además de que se apegan a un código de conducta que garantiza la integridad profesional, así como a la realización de un servicio social. No obstante, en

nuestro país no necesariamente se les otorga un lugar privilegiado en la sociedad, y mucho menos se cumplen los criterios que menciona Burrage.

La profesión es una forma privilegiada de actividad y base de una categoría socioeconómica caracterizada por su diversidad de tareas y por altos niveles de ingresos económicos, de estatus social y de prestigio. La estructuración actual de las profesiones, responde a la necesidad de regular y reglamentar las formas de ejercicio de las habilidades profesionales, buscando así legalizar lo escolar como la única forma válida de tener acceso al conocimiento.

Una vez que ha quedado claro cómo es que una profesión puede ser considerada como tal, tomando en cuenta sus características particulares, se hace necesario hablar acerca de lo que es la formación profesional. Ésta es definida por Fernández (2001) como “el conjunto de procesos sociales de preparación y conformación del sujeto, referido a fines precisos para un posterior desempeño en el ámbito laboral.” (p.28) Dicha formación es realizada dentro de un marco educativo, a la luz de prescripciones institucionales, las cuales van a regular las actividades consideradas como necesarias y pertinentes, lo cual avala la preparación ofrecida mediante la expedición de certificados y títulos profesionales.

Ángel Díaz Barriga (2005; cit. en Díaz-Barriga, Hernández, Rigo, Saad y Delgado, 2006) aclara que un grupo profesional no solo cuenta con un cuerpo propio de conocimientos y participa en los mecanismos para su enseñanza, sino que también adopta un código ético, desarrolla determinada noción de servicio y participa en las normas que regulan el ingreso y ejercicio de la profesión.

Considero que los lineamientos éticos bajo los cuales el profesional de la psicología lleva a la praxis las competencias formadas mediante los conceptos teórico-metodológicos que recibió a lo largo de su formación universitaria lo ayuda a ir discerniendo aquellas problemáticas que resultan más relevantes entre las que enfrenta en su hacer como psicólogo.

Cuando el psicólogo termina con su formación profesional y se inserta en un campo laboral, se encuentra inevitablemente cara a cara con las problemáticas reales dentro de escenarios de la vida real. Éstas, como lo mencionan Díaz-Barriga, Hernández, Rigo, Saad y Delgado (2006) constituyen situaciones poco definidas o estructuradas y plantean dilemas de diversa índole (desarrollo tecnológico, ambientales, éticos, políticos, económicos).

Esto lleva al profesional a encontrar la relación entre el conocimiento adquirido en las aulas y las competencias exigidas por la realidad. “Sabemos cómo enseñar a la gente a construir barcos, pero no a resolver la cuestión de qué barcos construir” (Schön, 1992, p. 23; cit. en Díaz-Barriga, Hernández, Rigo, Saad y Delgado 2006, p.12).

La relación entre teoría y práctica se manifiesta, o al menos sería deseable que así fuera, en el momento en que el profesional de la psicología se enfrenta por completo a la realidad y sus múltiples problemáticas, frente a las cuales tiene que tomar decisiones que van desde cómo y hacia dónde encuadrar una problemática, hasta elegir las mejores estrategias de intervención, las cuales permitan soluciones sin atentar contra la integridad de las personas involucradas, incluyéndose a sí mismo. Es por eso que a continuación se hablará acerca de lo que se entiende por competencias profesionales, lo cual contribuirá a profundizar acerca del tema de los aspectos más relevantes que son considerados dentro de la formación profesional del psicólogo y la manera en la que ejerce su profesión.

## 1.2. Competencias Profesionales.

De acuerdo con la UNESCO (1998; cit. en González, 2002) “la formación de profesionales competentes y comprometidos con el desarrollo social, constituye hoy en día una misión esencial de la Educación Superior contemporánea.” (p.25)

Lo anterior se debe a que, según González (2002), la sociedad demanda con más fuerza la formación de profesionales capaces no sólo de resolver con eficiencia los problemas de la práctica profesional, sino también y fundamentalmente de lograr un desempeño ético y responsable.

Sin embargo, habría que aclarar qué entendemos por competencia. Gutiérrez (2005) menciona que tanto educadores como evaluadores han asumido frecuentemente que si un individuo obtenía una buena calificación en alguna prueba de conocimiento o completaba un período formativo en un ámbito aplicado, era sinónimo de que se trataba de una persona competente para ejecutar tareas relacionadas. No obstante, esto no es únicamente lo que define a una persona como profesionalmente competente, puesto que en algunas ocasiones, el obtener una puntuación favorable en algún tipo de prueba, puede no ser consistente con la manera en como la persona se desenvuelve en un campo de acción determinado.

A diferencia de la medicina, enfermería y odontología, en la psicología, el concepto de competencia no contaba con alguna tradición dentro del campo. No fue sino hasta hace aproximadamente dos décadas cuando la noción de competencia empieza a ocupar un papel destacado dentro de la educación, entrenamiento y acreditación de sus programas (Sumerall, López y Oehlert, 2000; cit. en Gutiérrez, 2005).

De tal modo que, actualmente, dentro de la Asociación Americana de Psicología (APA) existe una sección separada que se encarga específicamente de las competencias profesionales del psicólogo y que establece que la práctica del psicólogo esta permitida dentro de los “límites de sus competencias las cuales están basadas en su educación, entrenamiento, experiencia supervisada, consultoría o experiencia profesional” (APA, 2002, p. 163; cit. en Gutiérrez, 2005).

Por otro lado, Levy-Le Boyer (1997, cit. en Castro, 2004) sugiere que las competencias están relacionadas con una tarea o actividad determinada, y que son consecuencia de la experiencia y constituyen saberes articulados que una persona pone en marcha automáticamente.

Castro (2004) menciona que las competencias se encuentran ligadas a las actividades profesionales, así como a las misiones que forman parte de un determinado puesto de trabajo. Así mismo, el autor continúa diciendo que las competencias con las cuales cuenta un profesional son más difíciles de evaluar, que cuestiones psicológicas

como personalidad, inteligencia, habilidad social, etc. esto debido a que las competencias son expresadas en la conducta efectiva. Prieto (1997; cit. en Castro, 2004) añade que son una amalgama entre aptitud, experiencia, que se expresa de modo concreto en la resolución de una situación-problema. De tal modo que como lo mencionan Sternberg, 2000; Wegner, 1997 (cit. en Castro 2004) las competencias están relacionadas con la habilidad requerida para resolver problemas específicos y concretos de la vida diaria

Las definiciones anteriores concuerdan con lo que menciona Posada (s/f) al referirse a las competencias como un concepto bastante amplio, el cual integra conocimientos, potencialidades, habilidades, destrezas, prácticas y acciones de diversa índole (personales, colectivas, afectivas, sociales, culturales) en los diferentes escenarios de aprendizaje y desempeño.

Castro (2004) plantea que una persona es competente si resolvió las grandes tareas vitales durante su desarrollo evolutivo dentro de una determinada cultura o sociedad (adquirir lenguaje, hacer amigos en la infancia, tener un buen rendimiento académico). Al respecto Masten y Coatsworth (1998; cit. en Castro, 2004, p.123) consideran que el termino competencia tiene un doble significado, por un lado indica el buen desempeño alcanzado y, por otro, la capacidad que tiene un individuo para actuar exitosamente en el futuro, y concluye afirmando que surgen de una compleja interacción entre potencialidades propias de la persona y la integración con el ambiente.

Como hemos revisado, hablar de competencias es un tema por demás extenso y necesario para el propósito del presente trabajo. Esto debido a que, como se ha revisado, las competencias tienen que ver directamente en la manera como un profesional resuelve las problemáticas existentes en contextos de práctica reales, entendiendo éstos como los lugares donde el psicólogo tiene oportunidad de incidir y dar respuesta a las demandas sociales. Es decir, que el psicólogo se enfrenta al surgimiento de problemáticas nuevas y que cada día van tomando mayor relevancia dentro de la sociedad.



Lo anterior tiene relación con lo que propone Capper (s/f, cit. en Posada s/f), al mencionar que los nuevos enfoques sobre competencias, desempeño, habilidad y conocimiento implican transformar las organizaciones: especialización flexible, orientación hacia el cliente, darle poder a la gente, administración horizontal, auto-administración, equipos autodirigidos y aprendizaje continuo, es decir, pasar de relaciones experto-novato a unas basadas en discusiones críticas en las cuales es probable que el “novato” sea capaz de hacer aportes valiosos al “experto”.

Dentro de la Conferencia sobre Competencias, celebrada en Arizona en noviembre del 2002 (Gutiérrez, 2005) en la que participaron diferentes instituciones educativas y profesionales; se generaron acuerdos acerca de los dominios y niveles de competencias a desarrollar por el psicólogo profesional. Dentro del marco de dicha conferencia, se realizó un estudio para identificar algunas de las competencias que necesitan tener los psicólogos tanto en el ámbito público como en el privado. Los resultados indicaron alto grado de consistencia en torno a la identificación de ocho competencias:

- Asuntos éticos y legales.
- Diversidad cultural e individual.
- Bases científicas de la psicología e investigación.
- Evaluación psicológica.
- Intervención.
- Consultoría y colaboración profesional.
- Supervisión y desarrollo profesional.

Como complemento de lo antes mencionado, Epstein y Hundert (2002; cit. en Gutiérrez, 2005. p.255) aportaron una definición de competencia de consecuencias relevantes en el ámbito profesional de la psicología, de tal modo que definen la competencia profesional como “el uso habitual y juicioso de comunicación, conocimiento, habilidades técnicas, razonamiento clínico, emociones, valores y reflexión en la práctica cotidiana para el beneficio del individuo y la comunidad a los que se está ofreciendo un servicio.

De acuerdo con esta definición, al hablar de competencias no podemos seguir haciéndolo en términos reduccionistas y simplistas, y referirlas sólo como la aplicación del conocimiento teórico-metodológico adquirido. Como lo menciona González (2002), al hablar de competencias el término en sí integra múltiples dimensiones como son:

- Cognitiva (adquirir y usar el conocimiento, con el fin de solucionar problemas reales.)
- Técnica (poner en práctica las habilidades.)
- Integradora (conjunción del conocimiento básico y aplicado.)
- Relacional (comunicación afectiva con pacientes y colegas.)
- Afectiva-moral (profundo respeto ante las problemáticas del paciente.)

La identificación de las competencias entendidas en su uso de aspiración; es decir, tomar en cuenta no solamente los umbrales mínimos, como son los conocimientos, habilidades y actitudes requeridos para ser considerado un profesional, si no que también habría que considerar los esfuerzos necesarios para aspirar a la excelencia; lo anterior ha permitido el diseño de programas para alcanzar el grado de experto y han resultado de particular utilidad en la acreditación de las especialidades (Gutiérrez, 2005). La autora describe cinco etapas en el desarrollo de la competencia, propuestas por Dreyfus y Dreyfus, en 1986.

NIVEL	CARACTERISTICAS
1.- Principiante	Dispone de conocimiento limitado y técnicas de las cuales aún no sabe hacer un uso flexible
2.- Principiante-avanzado	Ha adquirido suficiente experiencia para transformar las reglas y principios que ha aprendido; sin embargo, encuentra problemas para generalizar sus habilidades a situaciones nuevas y necesita supervisión.
3.- Competente	Tiene ya la habilidad de afrontar con éxito, crisis e imprevistos. Capaz de integrar teoría y resultados de investigación en su aplicación práctica.
4.- Habilidadoso	Opera bajo principios flexibles que reflejan una clara comprensión de la situación problema y ya es capaz de entrenar a otros en las habilidades correspondientes.
5.- Experto	Opera desde una comprensión de la situación total y es capaz de cambiar rápidamente su actuación cuando no resulta eficaz.

Si bien estas etapas son de carácter evolutivo, no pueden ser consideradas al margen de los contextos dentro de los cuales el psicólogo se desarrolla: “la competencia implica una relación entre una habilidad (la persona) una tarea (en el mundo) y la ecología de los sistemas de salud y en los contextos clínicos en los que aquellas tareas ocurren” (Epstein, y Hundert, 2002, p. 228; cit. en Gutiérrez, 2005.)

Pero cuando hablamos de competencias también hay que hablar de las cuestiones éticas bajo las cuales se ponen en práctica todas aquellas habilidades adquiridas y perfeccionadas.

Los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que definirán una actuación profesional ética pueden centrarse como sigue:

- Conocimiento de los códigos estándares y guías ético-profesionales.
- Conocimiento de los estatutos, reglamentos y leyes relevantes para la práctica de la psicología.
- Habilidad para reconocer asuntos éticos y legales a través del rango de actividades psicológicas.
- Habilidad para reconocer y reconciliar conflictos entre códigos y leyes.
- Habilidad para tratar con la convergencia, divergencia y ambigüedad.
- Aplicación de los conocimientos y habilidades relevantes a la ética en situaciones de práctica profesional.
- Habilidad para buscar información y saber cuándo buscar asesoramiento y cómo ofrecer asesoramiento.
- Asertividad profesional para afrontar asuntos éticos y legales.
- Adoptar y adaptar un modelo propio de toma de decisiones éticas y aplicarlo con integridad personal y sensibilidad contextual.
- Habilidad para construir y participar en una red social de apoyo y colaboración (Gutiérrez, 2005).

### 1.3. Ética Profesional del Psicólogo.

Para comenzar hablar de la relevancia de la ética dentro la formación profesional del psicólogo, partiré de los planteamientos que hace Schön (1998) ya que aborda la ética en el sentido de que, la concepción misma del tipo de conocimiento que requiere o implica la práctica profesional, no puede reducirse a la mera aplicación de la teoría.

Schön (1998) mantiene la idea central de que los alumnos deberían ir encontrando las diversas formas en las que se entrelazan la teoría obtenida en clase y la práctica al intentar dar solución a las demandas hechas por su comunidad; enfrentándose así a tener que tomar decisiones que van desde: ¿cuál es el papel que el profesional adoptará ante una determinada situación o problemática?, ¿jugará un papel en el cual se apeguen a lo que Schön llama “las tierras altas” (p.193), es decir, en un terreno aparentemente seguro, en donde la práctica es estrechamente técnica, o también puede tratar de recortar las situaciones de la práctica y adaptarlas a sus modelos; resaltar aquellos elementos que le resultan relevantes aunque no tenga cabida dentro de su postura teórica, o incluso sean rebasados por ésta; o enfocar su atención en los puntos que confía podrá solucionar sin dificultad haciendo uso literal de lo que la teoría le ofrece.

Es entonces cuando se hace necesario hablar de la ética profesional, debido a que por el simple hecho de tener que tomar una decisión de cómo actuar bajo determinada situación o problema, así como el proceso por el que pasa para llegar hasta tal decisión, es lo que va dando ya, el carácter ético, a la inserción del psicólogo dentro de un campo de acción.

Para hablar acerca del ejercicio de cualquier profesión es necesario hablar del concepto de ética profesional. En un primer momento podemos decir que la ética proporciona al profesional las razones que justifican o no las acciones que realiza (Bolívar, 2005). Hirsch (2003) refiere que la ética profesional es condición de posibilidad y realización del bien social y la justicia, además de que en el aspecto personal se vincula fuertemente con nuestros proyectos de vida.

De acuerdo con Bolívar (2005) la ética profesional abarca el conjunto de principios morales y modos de actuar éticos en un ámbito profesional, a lo cual él

mismo nombra “ética aplicada”, ya que es dentro del campo laboral donde se pone en práctica. La dimensión ética de la profesión, contribuye a que los estudiantes realicen intervenciones profesionales de calidad en las comunidades donde incidan.

Al respecto, Colby (2003; cit. en Bolívar, 2005) menciona que tanto el concepto como la formación ética debe recobrar o tener un lugar en el currículo formativo. Las instituciones de educación superior deben contribuir a que los futuros profesionales desarrollen una visión y sentido ético, el cual pueda guiar su práctica y refleje en sus acciones un conjunto de valores (responsabilidad, solidaridad, sentido de justicia, servicio a otros, etc.) Lo anterior concuerda con lo mencionado por Donald Shön (1992, cit. en Bolívar, 2005, p. 97) al decir que “la preparación de los profesionales deberían reconsiderar su diseño desde la perspectiva de una combinación de la enseñanza de la ciencia aplicada con la formación en el arte de la reflexión en la acción”. Entendiendo esto como una manera en que los profesionales puedan dar cuenta a si mismo de aquellos aspectos que los hacen dirigirse de tal o cual manera, ante las situaciones diarias en su ámbito profesional.

Toda acción humana siempre implica una dimensión valorativa, ya que no todas las maneras de hacer las cosas son equivalentes ni todo vale lo mismo. Hay cosas que son preferibles por razones éticas, estéticas, humanitarias, por bueno y malo, conveniente o inconveniente, etc. Y desde luego la acción profesional también implica, dicha dimensión de valor.

No obstante tampoco se trata sólo de decir que el psicólogo tiene que ser ético al momento de aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo de su formación universitaria. No es deseable ver la ética profesional como una simple lista de reglas impresas en una etiqueta que se puede adherir al profesional a partir del momento en que ingresa a un campo de trabajo. Es por ello que hablar de ética dentro de las asignaturas que conforman la formación profesional, debería ser uno de los puntos principales del currículo. Al respecto, Guadalupe Ibarra (2005) refiere que la formación integral debe comprender las capacidades y competencias que permitan al profesional acceder al mundo del trabajo, pero también los valores y a las actitudes que modelan la personalidad del sujeto y que contribuyen al logro de un desempeño comprometido y

eficaz de su profesión; de acuerdo con esto, la autora menciona dos pilares de la formación integral: formación de competencias profesionales y la formación ética, la cual se ha situado como un componente dinámico y sustantivo de la formación integral, debido a que asegura una práctica responsable y eficaz al normar el buen uso de las capacidades profesionales.

Aguirre y Díaz-Barriga (s/f) mencionan que el componente ético no debe ser ajeno al ejercicio profesional; por el contrario, forma parte del mismo. De tal modo que la formación integral de los futuros profesionistas, debería incluir al menos tres grandes componentes:

- a) Conocimientos especializados de la disciplina en cuestión.
- b) Habilidades técnicas para la práctica.
- c) Marco de conducta ética en la actuación profesional. (Bolívar, 2005; cit. en Aguirre y Díaz-Barriga, s/f).

Como se mencionó antes, dependiendo de qué profesión se trate, además de cumplir con los valores llamados universales (honestidad, responsabilidad, tolerancia, respeto, etc.) se hace necesario puntualizar en aquellos aspectos que podrían representar riesgos importantes, incluso graves, de no ser cumplidos por el profesional. En el caso específico de la psicología, el psicólogo debe reconocer y aplicar los principios y normas de conducta que se señalan en el Código Ético del Psicólogo, revisado y actualizado por la Sociedad Mexicana de Psicología (2005), el cual tiene como propósito que los psicólogos se desempeñen con responsabilidad y competencia. (Aguirre y Díaz-Barriga, s/f).

Hablar de ética nos ayuda a reflexionar sobre aquello que debe hacer un buen profesional para jactarse de serlo (Hortal, 1995; cit. en, Hirsch, 2003). Hirsch (2003) describe tres aspectos que considera importantes para el adecuado ejercicio de la ética profesional, a los cuales nombra los tres valores más importantes dentro de la ética profesional: autonomía, responsabilidad y competencia profesional:

*Autonomía.* Basado en el valor de la libertad (Etxeberria, 2002; cit. en Hirsch, 2003). Remite a la capacidad de construirse a sí mismo, así como a la capacidad de tomar decisiones con respecto al ejercicio de su profesión y finalmente, pero no menos importante, la vinculación con la identidad personal, explicando que ésta última depende de las relaciones dialógicas con los demás, lo cual le da un carácter de intersubjetividad, además de contextual, ya que el contexto social es el que proporciona material simbólico con el cual se construye.

*Responsabilidad.* La ética recupera la dimensión moral de las competencias profesionales al vincular su aplicación y uso con la responsabilidad profesional. Involucra tanto responder a las necesidades y problemáticas de la sociedad, proporcionando los bienes intrínsecos de la profesión (salud, educación, vivienda, etc.) así como realizar bien el servicio o la tarea y función que le ha sido encomendada. La cual de acuerdo con Hortal (2002, cit. en Ibarra, 2005) implica hacerse cargo; responder por las propias acciones ante los otros y ante uno mismo.

*Competencia profesional.* Que la persona tenga los conocimientos, destrezas y actitudes para prestar un servicio y habilidad o capacidad para resolver los problemas propios del trabajo. Hirsch (2003) concluye aclarando que al solicitar los servicios de un profesional, no sólo se trata de que tenga amplio dominio de los conocimientos teóricos y prácticos de su profesión, sino también que utilice de manera adecuada la competencia, es decir una conducta profesional ética.

Tanto la formación de competencias como la relación directa que tiene esto con la ética profesional dan pie a la construcción de la identidad del psicólogo como profesionista.

#### 1.4. Formación de Identidad Profesional del Psicólogo.

El tema de identidad estudiantil en México no ha sido suficientemente abordado por los investigadores (Kepowics, 2003). No obstante, la revisión de alguno de los estudios revisados al respecto permiten visualizar un panorama de los factores que intervienen en el desarrollo de la identidad; en un primer plano aparece la naturaleza y

cultura de las instituciones, así como sus programas de estudio, en segundo plano, se pueden tomar en cuenta las características de los sujetos, fundamentalmente: edad, género, nivel socioeconómico, experiencias vividas, intereses, valores y principios, motivaciones de estudio, expectativas de vida y visión del mundo.

La identidad es en sí mismo un proceso evolutivo de todo ser humano. García (1989, cit. en Álvarez, 2008) plantea el concepto de identidad como la adquisición de vivencias a través de múltiples factores internos y externos, estrechamente relacionados, que facilitan o dificultan dicho proceso. De tal modo que es posible extrapolar dicho concepto a un sinnúmero de situaciones, como la identidad personal y profesional. Para Álvarez (2008) el sentimiento de identidad comienza a configurarse desde el nacimiento de la persona, a partir de las relaciones que ésta, niño o niña, va desarrollando con su propio cuerpo, con el medio y, fundamentales, con sus padres.

Por su parte Bourdieu (cit. en Kepowics, 2003) señala que la identidad se origina cuando el individuo retoma y crea desde un contexto cultural y profesional las acciones que realizan los sujetos y sus expectativas, sociales y culturales, valores y creencias y la visión de futuro. “La identidad del yo se nutre de la identidad colectiva. Los individuos se relacionan entre sí dentro de un grupo o colectivo social” (Pérez, 1986 cit. en Kepowics, 2003).

“La identidad profesional es concebida como una entidad individual construida en relación a un espacio de trabajo y a un grupo profesional de referencia. De tal forma que estudiar la identidad profesional, hace necesario que se haga con individuos situados en un contexto donde están implementando estrategias de cambio que explícita o tácitamente se orientan a generar nuevos modos de operar, tanto a nivel de concepciones y herramientas conceptuales como en el de su práctica”. (Álvarez, 2008, p.2)

Los estudiantes se reconocen como actores no sólo de un proceso de formación escolar, sino también de un proceso cultural más amplio (Camarena, 1996 y Tuner, 1981; cit. en Kepowics, 2003). A este respecto, Valenzuela y Arce (1993 y 1996; cit. en



Kepowics, 2003) explican que la identidad está determinada por la relación que el estudiante establece con el entorno, especialmente el medio profesional o campo disciplinario. La identidad del yo se nutre de la identidad colectiva (Pérez, 1986; cit. en Kepowics, 2003).

Kepowics (2003) menciona que la universidad cumple con su cometido cuando aviva la conciencia del educando; la identidad universitaria no es sólo pertenencia, es sentir orgullo, mantener un compromiso, aportar creatividad, valorar lo que representa y disfrutar del conocimiento que a través del tiempo ha podido preservarse y enriquecerse.

Si bien la identidad se concibe como una entidad que presenta una permanencia y estabilidad en el tiempo, es posible señalar dos elementos centrales: uno se refiere a que hay que entender la identidad como un proceso resultante de permanentes interacciones con otros; y el otro, a entender la identidad en continua construcción o reconstrucción. (Álvarez, 2008). “La identidad es entonces una entidad a la vez dinámica, en evolución permanente y relativamente estable, coherente, generando el sentimiento de continuidad y de unicidad”. (Tap, et al, 1990, cit. en Álvarez, 2008).

Los estudiantes universitarios, como un grupo social particular, reproducen y crean en cada momento histórico, un orden significativo que da cuenta de su identidad (Marín, 2008). Lo cual a su vez, da pie a un sin número de maneras de actuar profesionalmente, fuera y dentro de la institución educativa.

Aguado y Portal (cit. en Marín, 2008) mencionan: “Hablar de identidad representa un problema teórico complejo. En torno suyo existe una diversidad de discusiones teóricas y de enfoques que han avanzado en su delimitación, pero a la fecha no resulta suficiente para su aplicación en la investigación de campo. Sin embargo, resulta importante revisar la discusión teórica sobre el tema, retomando algunas posiciones desde la Antropología y la Psicología social...Desde esta perspectiva, la identidad no puede ser analizada como una esencia, estática, inmodificable, como una fotografía. Por el contrario, sólo puede comprenderse en la medida en que es vista como un conjunto de relaciones cambiantes en donde lo individual y lo social son inseparables...” (<http://www.ase.es>)

## 1.5. El Servicio Social en Iztacala como medio para el desarrollo de competencias y formación profesional.

Dentro de la formación educativa, existen diversas maneras en las cuales los profesionales se hacen concientes de la puesta en práctica de las competencias que han ido adquiriendo a lo largo de sus estudios, y en muchas ocasiones casi de manera imperceptible.

Como ya vimos, la formación de competencia entre otras muchas cosas se logra por medio de la experiencia, es decir, de todas aquellas vivencias en el transcurso del ejercicio de la profesión.

Una forma de lograr que el alumno vaya viviendo esas experiencias, es a través de la realización del servicio social. Es en la constitución de 1917 donde se formaliza la idea de función social de la educación (Domínguez y Flores, 2006), lo cual es el antecedente más claro del servicio social dentro de las leyes.

No obstante, fue durante el gobierno de Benito Juárez que se comenzó a concebir a la educación como el mejor medio para consolidar la libertad y el respeto hacia las leyes.

Fue durante la batalla de 1910 que se realizaron las primeras prácticas de manera voluntaria, para contribuir a la atención de salud en las personas. Tiempo después se hace patente la necesidad de que los universitarios ayudaran a elevar el nivel educativo de la comunidad nacional (Domínguez y Flores, 2006).

El servicio social surge como una de las vías que posibilitan lograr los objetivos de la educación; los cuales aparecen establecidos en la constitución de 1917. En el artículo 3° se menciona que “la educación debe servir para desarrollar todas las capacidades del ser humano, que fungiera como un mecanismo de mejoramiento económico, social y cultural, así mismo fomentara una conciente responsabilidad social”, y el 4° que “la ley determinará en cada estado cuáles son las profesiones que

necesitan título para su ejercicio, así como las condiciones para obtenerlo” (Pérez, 2006, p. 3)

Domínguez y Flores (2006) menciona que el servicio social surge formando parte del proceso de modernización que envuelve a la sociedad como un elemento que sirve de apoyo para garantizar el adecuado ejercicio de las profesiones, además de fungir como vínculo solidario para con la sociedad.

Ya en 1929, miembros del movimiento vasconcelista quienes buscaban la autonomía, se comprometieron a establecer el servicio social como obligatorio, así que el presidente Emilio Portes Gil afirma que una vez lograda la autonomía, se implementaría el Servicio Social como obligatorio. (Pérez, 2006.)

Fue el rector de la UNAM, Lic. Enrique Gómez Morin, quien propuso que el servicio social vinculara al estudiante con el entorno y de esta manera pondría en práctica los conocimientos adquiridos. Así mismo, en 1933 Lucio Méndiola y Núñez declaró que la responsabilidad del Servicio Social debía caer plenamente dentro de la organización universitaria, además de establecerlo como una obligación ineludible de los profesionistas.

Sin embargo, no es sino hasta el gobierno de Manuel Ávila Camacho, cuando se retomaron algunos de los aspectos del proyecto propuesto por Jesús Díaz Barriga en 1940, el cual estaba enfocado para estudiantes de carreras profesionales. Su expedición fue el 30 de diciembre de 1944, pero aparece en el diario Oficial de la Federación hasta el 26 de mayo de 1945. Se considera al Servicio Social como obligatorio tanto para los estudiantes como para los profesionistas (García, 1991; cit. en Pérez, 2006.)

Finalmente, el 20 de septiembre de 1978 se crea la Comisión Coordinadora del Servicio Social de Estudiantes de las Instituciones Educativas (Domínguez y Flores, 2006).

De acuerdo con el Instituto Mexicano de la Juventud (2005), los objetivos del Servicio Social deben estar enfocados en brindar un trabajo comunitario, ubicando a los jóvenes en programas de servicio social acordes con su perfil académico.

Teóricamente, según información del Instituto Mexicano de la Juventud (2005) se define al servicio social como: “La integración temporal del estudiante a una institución de asistencia social para desempeñar gratuitamente actividades diversas con el fin de contribuir al desarrollo, progreso y bienestar de su comunidad.” Esta definición coincide con el concepto de servicio social que se tiene en la UNAM (1996; cit. en Pérez, 2006, p.5) donde se ve como “la realización obligatoria de actividades temporales y profesionales tendientes a la aplicación de los conocimientos que haya obtenido y que impliquen al ejercicio de la práctica profesional en beneficio o interés de la sociedad.”

Pérez (2006) menciona que la intención educativa es servir como motor de desarrollo social, y que los profesionistas asuman su responsabilidad como agentes de éste desarrollo. Esto se hace posible a través del servicio social, el cual recibe tal nombre al ser realizado por alumnos, debido a que el servicio social surge como una actividad esencial, que perfila la función social de la universidad y su vocación de servicio a la comunidad.

Además del carácter y función académico-administrativa que tiene el servicio social, también tiene un objetivo humanitario de fuertes bases morales, el cual radica en contribuir a que sean cumplidas aquellas demandas sociales que estén vinculadas con su profesión, tomando en cuenta las necesidades reales de las personas, y haciendo uso de sus principios éticos y morales, tales como tomar las responsabilidades de las decisiones que tome, lo cual implica entre otras cosas el reconocimiento de sus errores y la búsqueda de posibles soluciones; sin embargo en muchas ocasiones este propósito no es cumplido del todo, creándose una definición común donde el servicio social se convierte en un trámite obligatorio para poder salir de una institución educativa (Instituto Mexicano de la Juventud, 2005).

Pérez (2006) marca la diferencia entre servicio y servicio social. El *servicio* es declarado por el autor, como una demanda efectiva sentida por la comunidad y a la cual

puedan atender los integrantes de la misma comunidad o personas calificadas, en forma eficaz y valorada. Es entonces una actividad o proyecto llevado a cabo bajo solicitud y para el beneficio de la comunidad, utilizado para el mejoramiento de condiciones de vida de las personas (pintar bardas, arreglar tuberías, mejoras en el alumbrado público, servicio de salud, en dónde aparecen médicos, psicólogos, odontólogos, etc.). Cuando el servicio es realizado por estudiantes de una profesión determinada, es entonces cuando se convierte en *servicio social* (Verdugo, 1996; cit. en Pérez, 2006). De modo tal que uno de los propósitos del servicio social es cumplir con una de las finalidades generales del sistema educativo que es la “la formación de ciudadanos responsables, protagonistas críticos, creadores y transformadores de la sociedad, defensores de las instituciones y del medio ambiente...” (Pérez, 2006; p. 1)

El servicio comunitario es un proceso destinado a crear las condiciones del progreso económico y social para la comunidad, con la participación activa de ésta y la mayor confianza posible de su iniciativa. De entre los propósitos están, satisfacer las necesidades de la comunidad, así como lograr mayor participación de la comunidad en los asuntos locales; de este modo se logra que el servicio social vincule a los futuros profesionales con la sociedad y de acuerdo con la UNAM (1996, cit. en Pérez, 2006, p.7) retribuya a la sociedad los recursos destinados a la educación pública, aprender a actuar con solidaridad, reciprocidad y trabajo en equipo. Lo cual considero se logra a través de las facilidades que las instituciones proporcionan a los estudiantes, para encontrar espacios sociales adecuados en donde sean requeridos sus servicios como profesionales, puesto que sin dicha cooperación por parte de la institución educativa, los estudiantes pueden verse obligados a incorporarse en actividades que tienen poco o nada que ver con lo que están estudiando.

Domínguez (Ibíd.) hace mención de los elementos del concepto de servicio social actual, los cuales como se puede observar, concuerdan con los propuestos por la UNAM.

- Retribuir a la sociedad por los beneficios de la educación de ella recibida.
- Contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de los sectores menos beneficiados por el desarrollo económico del país.

- Satisfacer un requisito legal para la obtención del título profesional.
- Promover la formación del futuro profesionista.

Como ya se mencionó, otro aspecto del servicio social es el relacionado con la contribución que la realización de éste tiene hacia la formación profesional. Como lo menciona Frida Díaz-Barriga (2006), la actividad de servicio será significativa si se enfrentan necesidades y retos de la vida real, y se cuestionan los juicios preconcebidos.

Una experiencia de aprendizaje en el servicio implica la participación activa en un programa continuo y es una experiencia transformadora que se caracteriza por la realización de actividades experimentales o prácticas y por la reflexión sobre ellas.

El servicio social es parte del proceso educativo y permite la construcción y aplicación del conocimiento y habilidades, pero también de los valores, que si bien se construyen individualmente, también son compartidos socialmente.

Como hemos podido ver a lo largo del presente capítulo, la formación profesional no queda completa simplemente con la asistencia a una institución educativa, puesto que como ya se revisó el profesional de cualquier disciplina debe contar con características que garanticen de alguna forma que su introducción a un campo laboral determinado, así como la manera en como realice su actuar como profesional, partan de principios éticamente profesionales, donde toman especial relevancia la puesta en práctica de sus competencias y habilidades, lo cual a su vez va formando la identidad propia que como profesional desea tener.

De modo tal que en el caso de la psicología esto puede ser manifestado por ejemplo, en que el profesional en cuestión aprenda a discernir los aspectos que puedan aportar un beneficio a la comunidad, sin que esto represente en ningún modo un riesgo emocional, psicológico, o incluso físico, para ninguna de las partes involucradas. Además de saber identificar cuando puede estar anteponiendo sus propios juicios morales, ante alguna problemática o bien, saber tomar distancia cuando así lo considere pertinente y/o le sea posible hacerlo, para evitar actuar fuera de los lineamientos que su profesión en si misma le exige, tales como: confidencialidad, respeto por el otro, empatía, etc.

Por otro lado el servicio social es una de las formas a mi parecer, que más pueden contribuir a la formación de los profesionales, y en particular de los profesionales en formación de la psicología, puesto que como ya se mencionó, proporciona la posibilidad de que el estudiante se involucre en problemáticas sociales reales, y así de cuenta tanto de los cambios que ha vivido a lo largo de su formación profesional, como de su manera de actuar como tal y bajo qué criterios personales y profesionales lo hace.

Lo anterior permite, considero una autorreflexión que posibilita identificar aspectos con los que el alumno no se sienta a gusto y de esta forma los pueda modificar, contribuyendo esto a la formación de su identidad como profesional de la psicología.

Como podemos observar, hablar de la labor que el profesional de la psicología ha de realizar al termino de dichos estudios, no puede limitarse únicamente a lo que el psicólogo hará una vez que haya egresado; sino que hay que tomar en consideración; como, dónde, y de que manera el psicólogo adquiere y pone en práctica la gran variedad de habilidades y competencias que comienza a poner en práctica –en ocasiones sin percatarse de ello- desde el momento en que empieza a realizar su servicio social.

Para llevar a cabo la presente investigación me base en mi experiencia personal con respecto a mi formación como psicóloga en atención de un caso de diabetes juvenil, dentro de una escuela secundaria pública; dicha actividad formaba parte de la realización del servicio social, dentro de la materia de psicología social aplicada impartida en la FES Iztacala, en séptimo y octavo semestre.

### Objetivo General

Debido a lo anterior, el objetivo del presente trabajo fue analizar aquellos elementos que dan cuenta de mi formación como psicóloga dentro de la realización del servicio social, prestado como terapeuta en un escuela secundaria, atendiendo un caso de diabetes juvenil.

## Objetivos Específicos

- 1.- Caracterizar la profesión del psicólogo como terapeuta, en sus contextos histórico-sociales de práctica.
- 2.- Contrastar las competencias profesionales con las cuales contaba al inicio, a la mitad y al finalizar la intervención en la secundaria.
- 3.- Reflexionar sobre lo que implica formarse como psicólogo en la FES Iztacala, considerando las cuestiones éticas, formación de identidad, etc.
- 4.- Reflexionar sobre lo que implica formarse como terapeuta de adolescentes, dentro de la FES Iztacala.



## CAPITULO 2.

### Investigación: El trabajo terapéutico con adolescentes

La diferencia esencial entre un hombre campeón y un guerrero,  
es que éste toma todo como un desafío, mientras que aquél  
toma todo como una maldición o una bendición.  
-Don Juan.

En el presente capítulo se encuentra una breve descripción de la población y su contexto, con la que se trabajó para la obtención de los datos con los cuales se realizaron los análisis que forman parte del presente trabajo, así como la metodología usada para dicha investigación.

#### 2.1. Población Adolescente en la Escuela Secundaria.

La adolescencia es una etapa en la que los jóvenes deben hacer muchos intentos para adaptarse a una serie de cambios internos y externos. Esta etapa es crítica, pues enfrentan muchos retos, ya que a su falta de experiencia se suma la novedad de sus nuevas capacidades y la búsqueda de su identidad.

Pero los cambios físicos no son la única problemática a la que se deben enfrentar los adolescentes. La sobrepoblación, la migración, la desintegración familiar, la violencia, el desempleo y la delincuencia ocasionan depresiones, fobias, padecimientos psicosomáticos, embarazos prematuros, suicidios, falta de valores, devaluación, desesperanza, etc. En muchas ocasiones, estas problemáticas no son atendidas debidamente, ya que en el caso específico de los adolescentes que asisten a la escuela secundaria, generalmente tanto los profesores encargados de la educación de los chicos como los padres de familia, enfocan más su atención hacia los problemas académicos y de conducta de los jóvenes, sin tomar mucho en cuenta cuál puede ser el trasfondo de tales manifestaciones.

Los alumnos se encuentran con la exigencia de responder a once o doce profesores distintos, quienes consideran que su materia es la más importante y dejan

trabajos y tareas sin considerar que al mismo tiempo otros diez maestros piden lo mismo. Todo esto genera obstáculos para la apropiación del conocimiento académico, pues existe un nivel de significación de los contenidos muy diferente entre quienes los transmiten y quienes los reciben (Sandoval, 2002).

Para Lozano (s/a), dentro de la escuela secundaria la disciplina se ha convertido en una obsesión a lograr. Describe a ésta como sitio donde el orden es la tarea y la contingencia del enemigo; donde un día bueno es una rutina, donde hay personal especializado para vigilar, someter, canalizar a las instancias correspondientes a los infractores, los salones son fríos, los colores deprimentes, las bardas muy altas, el uniforme estricto es vital para acceder a la escuela, con oficinas especiales para confrontar al estudiante que se ha salido de la norma y en la que se le asignan sanciones, suspensiones temporales, tareas extras, trabajos físicos, llamadas de atención frente a los padres, todo tan normativo de la escolarización. Así mismo menciona que al hablar acerca del orden las jerarquías, es aquí donde el alumno siempre se encontrará en el peldaño mas bajo, y recibe las sanciones de los padres.

De ningún modo se pretende plasmar la idea de que los adolescentes son las víctimas de los adultos incomprensibles y faltos de empatía hacia ellos, sin embargo considero que si es necesario modificar la idea que de ellos se tiene, y una buena forma de hacerlo es viendo de cerca sus problemáticas e intentar realizar acercamientos hacia lo que ellos mencionan sus problemas.

Es importante tomar en consideración que en muchas ocasiones, al menos en los contextos familiares las problemáticas son reales, tal vez no de la gravedad que los chicos puedan ver, sentir o pensar, en ocasiones quizá es menor o en muchos casos llega a ser peor; o ver dentro de una problemática familiar, solo aquellos aspectos en los que sienten que son directamente afectados. Por ejemplo, si se trata de eventos donde ambos padres tiene problemas de comunicación entre ellos en cuanto a la disciplina del chico en casa, esto podría afectando los permisos que se le otorgan al niño, así como los horarios de los mismos, de tal modo que mientras el problema puede estar más enfocado en la relación de pareja de los padres, el chico puede percibirlo al menos de dos formas: 1) como una situación donde el problema es él, y por causa suya sus padres tienen

problemas, o 2) como que sus padres no lo comprenden, y coartan su libertad al negarle o restringirle los permisos.

Es debido a esto que considero importante el trabajo con adolescente a nivel clínico como una forma de acercamiento hacia ellos con la finalidad de conocer de cerca cuales son sus problemáticas reales y las cuales en la mayoría de los casos no pueden ser tratados por sus mismos profesores, debido a cuestiones de preparación profesional, así como tiempo y disponibilidad; de tal modo que sea posible reestructurar la idea que se tiene de esta población.

Como psicólogos creo que nos corresponde empezar a concebir a los jóvenes adolescentes más allá de las definiciones añejas en las que se visualiza al adolescente como problemático y que todo es a consecuencia de la edad; como si al terminar la adolescencia (la cual puede ser muy prolongada, ya que no esta determinada únicamente por la edad) concluyeran también los cambios o las secuelas que pueden quedar dependiendo de la manera en como se haya transitado por esta etapa; es por ello que considero una necesidad urgente, enfocarnos cada vez más a lo que realmente les pasa, a las estrategias que desarrollan para hacer frente a los cambios y problemáticas que se presentan en sus vidas.

Es aquí donde radica la importancia de la inserción del psicólogo dentro de ámbitos en los cuales se concentre la población adolescente, como es el caso de la secundaria. Dentro de ésta se encuentran cientos de chicos con problemáticas distintas, pero todos con la necesidad de ser escuchados y de que se les eduque en que tienen el derecho a ser vistos como seres humanos y no como simples portadores de problemas, pues como pudimos ver en el trabajo con ellos, en la mayoría de las ocasiones sus problemáticas no son del todo “suyas” y más bien son el reflejo de dinámicas familiares deficientes, lo cual provoca los bajos rendimientos académicos, los problemas de conducta, problemas con profesores y compañeros, intentos de suicidio, problemas de salud psicosomáticos y orgánicos.

## 2.2. Metodología

Como ya se mencionó en los objetivos, en el presente trabajo se realizó un análisis acerca de qué significa formarse como psicólogo en contextos de práctica específicos, así como lo que implica trabajar con adolescentes con una problemática específica como la diabetes. El análisis está basado en un caso de diabetes juvenil de una niña de 13 años (Emma), con la que se llevó a cabo una intervención terapéutica durante todo el tiempo que se prestó el servicio social en la escuela secundaria a la cual asistía la niña.

Para la realización de la presente tesis se utilizó una metodología de tipo cualitativo.

Durante todas las sesiones realizadas con Emma estuvieron presentes siempre dos terapeutas (Janeth y Sagrario), ambas estudiantes del último año de la licenciatura en Psicología. En las sesiones realizadas con la familia o algún integrante de ésta, además de las dos terapeutas también estuvo presente la asesora Claudia Saucedo, maestra y tutora de una sección del grupo 2705 y 2805. Paralelo al trabajo realizado en esta materia, participé en un seminario de tesis coordinado también por la asesora y por el Dr. Gilberto Pérez Campos. En dicho seminario abordamos materiales teóricos para el análisis desarrollado en la presente tesis.

El servicio social se llevó a cabo dentro de las instalaciones de la Escuela Secundaria Federal “México”, ubicada en Av. de los Barrios e Indeco s/n, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México. La escuela cuenta con salones con mobiliario para tomar clases, baños, librería, cooperativa, cancha de básquet, además de salones adaptados para impartir los talleres de secretariado, cómputo, corte y confección, y electricidad, así como las oficinas de orientación y la dirección.

Para recolectar la información de las sesiones realizadas se realizaron grabaciones con una grabadora de sonido con mini cassette o en una memoria USB con capacidad de 256MB. Las anotaciones de los detalles no verbales que se tomaban

durante las sesiones y se consideraban relevantes, eran incorporadas luego dentro de la transcripción.

Las transcripciones fueron utilizadas para llevar a cabo el análisis del procedimiento de intervención realizado con Emma (la paciente con diabetes), para identificar las habilidades que como profesional de la psicología fui aprendiendo y poniendo en práctica a lo largo del tiempo.

Para complementar esta información, también incluí los datos derivados de una entrevista a profundidad que me realizó la asesora de la materia al final del seminario de tesis, con la finalidad de conocer las experiencias que podía articular en torno al período de intervención que tuvimos en la escuela secundaria.

### 2.2.1. Procedimiento

Antes de comenzar a asistir a la secundaria, como grupo teníamos dos horas de seminario teórico, el cual servía como apoyo para hacer frente a las problemáticas presentadas en la secundaria. Se realizó una visita al director de la escuela en la cual se explicaron los propósitos de la práctica. Se solicitó a la orientadora de la escuela que canalizara a los niños que considerara requerían del servicio psicológico. Se elaboraron carteles explicando brevemente la labor del psicólogo en la institución e invitando a los chicos a que se acercaran; fueron pegados en algunos espacios de la escuela. Posteriormente, la orientadora y profesores de la escuela canalizaron algunos chicos, e incluso algunos de ellos solicitaron el servicio por voluntad propia.

El servicio psicológico se realizó en parejas. Al principio, cada terapeuta tenía tres chicos a su cargo, número que iba variando dependiendo del caso y del tiempo que se considerara que requería, o de la deserción de los chicos. Con uno de los chicos una integrante de la pareja fungía como terapeuta y la otra como co-terapeuta, y con el siguiente se invertían los papeles. El terapeuta era el encargado de dirigir la sesión con base en una ruta de trabajo previamente diseñada, mientras el co-terapeuta se encargaba de audio-grabar las sesiones y realizar las anotaciones necesarias para enriquecer la posterior transcripción textual de las sesiones.

Las sesiones fueron realizadas tanto en los salones de primer grado, como en el taller de mecanografía y en la biblioteca. Los espacios fueron facilitados por el conserje de la institución, con base en las indicaciones del director de la escuela. Las sesiones eran dos veces por semana, lunes y miércoles, en horarios de 10:20 a.m. a 1:00 p.m., con duración de 50 minutos aproximadamente; éste era el tiempo de duración de la mayoría de las clases que tenían los chicos. Tanto los días como los horarios eran acomodados de tal modo que no fuera probable que los chicos perdieran la misma clase y, así, evitar problemas con sus profesores. Con Emma se realizaron 12 sesiones, con duración de 50 minutos aproximadamente; el tiempo varió en algunas sesiones debido a diferentes cuestiones. Después de transcribir las grabaciones, eran revisadas por la asesora con el fin de retroalimentar la ejecución de las terapeutas.

Como ya se ha mencionado el caso clínico que se retomo para facilitar el análisis de mi formación como psicóloga fue el de una chica que padecía diabetes, por tanto se hace necesario revisar brevemente algunas características a cerca de la enfermedad (etiología, clasificaciones, factores de riesgo, etc.) las cuales sería deseable que el psicólogo conociera antes de comenzar a trabajar con alguna persona que padezca diabetes.

En el siguiente capítulo se abordara el tema de la diabetes con el fin de brindar un panorama más claro acerca de lo que es la enfermedad, así como facilitar la lectura y comprensión del análisis del caso de Emma.

## CAPITULO 3.

### Diabetes Mellitus: Un padecimiento físico y psicológico.

“La vida es la constante sorpresa de saber que existo.”

Tagore, Rabindranath

El propósito de este capítulo es proporcionar la información necesaria para comprender o al menos complementar la idea que se tenga de ¿qué es la diabetes? así como sus causas y tratamientos. Esto tiene como finalidad servir como antecedente y complemento para el análisis del caso de una chica adolescente que padece la enfermedad, el cuál será abordado más adelante desde el punto de vista psicológico.

Contrario a lo que se pueda pensar, la diabetes es una enfermedad que no sólo afecta a las personas adultas y actualmente afecta a una gran parte de la población mexicana. Tanto en México como en América Latina, el número de personas con diabetes ha aumentado en los últimos 10 años, lo cual concuerda con lo mencionado por el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, donde en 1998, se estimó que cerca de medio millón de personas ya padecían diabetes en México y que esta cifra podía duplicarse en los siguientes 20 años, en caso de no tomar enérgicas y contundentes medidas para prevenirse. (Zubirán y Chávez, 1998).

Alcántara (2005) menciona que hasta el año 2002 murieron al menos 53 mil personas a causa de complicaciones de la diabetes; las personas mueren por todos los padecimientos que se ocasionan en el organismo: infecciones en los riñones, problemas en el corazón, baja en las defensas que hacen que el cuerpo resista menos una gripe o cualquier infección, etc. La Diabetes Mellitus (DM) actualmente afecta a 143 millones de personas en todo el mundo, y se estima que esta pandemia aumente rápidamente a 500 millones de individuos en menos de un año (Rial, 2006).

La diabetes es un problema mundial que cada día crece más. Y este padecimiento genera cada vez más consecuencias gravemente alarmantes. Hace algunos años, la diabetes sólo era concebida como una afección en la cual el azúcar era la causa principal y que sólo la persona que la padecía era la afectada, sin embargo, actualmente

ya se habla de todas las posibles consecuencias que conlleva tener una persona diabética dentro del entorno familiar, así como sus causas tanto médicas como psicológicas; no obstante el considerable aumento de casos de diabetes mellitus en México, ha provocado que hoy en día tal padecimiento comience a ser visto como algo común, ya casi normal.

En EUA, los casos de DM2 en niños y adolescentes se sitúan entre el 8 y el 15% dependiendo de la etnia, con un incremento de casos nuevos desde el .7 al 7.2% en un plazo de 12 años. No obstante, la diabetes mellitus1 sigue predominando, siendo su incidencia de 11.3% por cada 100.000 habitantes menores de 15 años (Rial, 2006).

En nuestro país ha ido en aumento la cantidad de persona que padece diabetes. Parece como si desde que se nace se trajera consigo y que sólo es cuestión de que se desarrolle en el transcurso del crecimiento. Sin embargo, hay que resaltar que una de las principales causas de la diabetes es la obesidad causada por el consumo de comida chatarra o plastificada, que consumimos desde niños, como un tributo a los avances científico, químicos.

### 3.1. Concepto de Salud-Enfermedad desde el punto de vista médico

Como ya se mencionó, la diabetes es una enfermedad que es atribuida a un mal funcionamiento del organismo. Esto hace necesario aclarar los conceptos de *salud-enfermedad*, con el fin de evitar confusiones posteriores.

En el modelo biomédico (según Capra, 1998), las enfermedades son atribuidas a una lesión orgánica o a un agente externo, que a su vez depende de un agente causalmente identificable dentro de los parámetros que el mismo modelo marca.

Desde el punto de vista médico, la salud no es otra cosa que la ausencia de enfermedad; es decir, si no está una está la otra, no hay más. Actualmente entendemos a la medicina en sus términos más antiguos que son los científico-positivistas, es por esta razón que hoy en día la medicina ve al cuerpo como una máquina que tiene que producir, y cuando esto ya no es posible o su producción disminuye es necesario



reemplazar las piezas que han ocasionado la avería de la “máquina” o sustituir la maquinaria completa. (Capra, 1998).

Posiblemente un error que los médicos positivistas cometen, es el pensar y creer firmemente que una enfermedad en una persona es lo mismo que en otra persona diferente; recetan el mismo medicamento sólo porque se presentan síntomas parecidos y no toman en cuenta que se trata de personas diferentes, con estilos de vida distintos e incluso con un contexto socio-histórico totalmente distinto.

Otro aspecto que se descuida, es el papel que juegan las personas cercanas a la persona “enferma”. Al romperse la armonía del ser humano, se rompe también de algún modo la armonía con su entorno; el paciente forzosamente cambia su vida de uno u otro modo y esto afecta a los seres humanos cercanos a él. Entre más tiempo pasa antes de que la persona se preocupe y se ocupe de sus malestares, y se centre en la causa o causas que produjeron dichos síntomas, más seguirá afectando al núcleo familiar y social.

Pero antes de que la medicina fuera mecanicista-atomista, hubo quien creyó que el alma era lo que controlaba el desarrollo orgánico y también quien afirmaba y sostenía la tesis de que el cuerpo era una máquina y la vida era entendida como un proceso mecánico. La medicina sigue con la concepción del dualismo, esto es, ver el estado orgánico independientemente de los procesos psicológicos.

La medicina tomó a la enfermedad como su objeto de estudio, quizás es por ello que hasta hoy en día se tiene la creencia de que si no se está enfermo, no hay por qué poner atención en la posibilidad de enfermarse.

Alcántara (2005) menciona que se han realizado experimentos científicos con animales para obtener información acerca de cómo es un organismo sano y uno enfermo. Xavier Bachat (cit. en Alcántara, 2005) se basó en la disección de miles de cadáveres humanos con lo cual aportó evidencias materiales y observables y dio a la patología el rango de ciencia; poco a poco se fueron realizando experimentos. Luis Pasteur demostró experimentalmente que una gran cantidad de fenómenos biológicos como la fermentación de sustancias orgánicas y muchas de las infecciones en los

hombres y en los animales se podían explicar por la intervención externa de microorganismos, lo que dió paso a la microbiología médica y sentó las bases para lo que vendría a ser la inmunología (vacunas).

La medicina alcanza “el privilegio” de ser llamada ciencia debido a que dentro de la investigación científica es la única que puede ofrecer evidencias materiales observables y demostrables, de las causas y consecuencias de las enfermedades, pero que en la actualidad lo que se conoce como salud presenta toda una gama de dificultades a la lógica científica y es resistente a sus métodos. La medicina aún no acepta que dichas causas y consecuencias no necesariamente tienen que ser sólo de naturaleza física o biológica para que puedan ser ciertas y puedan ser tomadas en cuenta.

A pesar del tiempo que tiene de vida la medicina, y tal vez como una consecuencia de las distintas formas que hay de entenderla, aún en el siglo XXI no ha logrado llevar a cabo la conexión y el entendimiento de la unidad del cuerpo, pues sigue vigente la separación mente-cuerpo que tuvo sus orígenes en el dualismo cartesiano del positivismo y del materialismo biológicos.

Esto es un problema muy grande ya que pareciera que aún en la actualidad, muchos médicos continúan viendo al hombre como una máquina y lo ven como algo dividido, en la mayoría de los casos, se preocupan sólo por atender el cuerpo y pasan por alto que éste no existe sin la mente.

A esta visión dicotómica entre el cuerpo y la mente hay que añadir la comercialización de la salud. Si un paciente tiene enfermedades crónicas o algunas enfermedades graves, se le practica al paciente -en el mejor de los casos- una serie de estudios exhaustivos, los cuales implican una gran inversión de tiempo y dinero, tanto para la realización de dichos estudios, como para adquirir el medicamento necesario.

Lo importante es que el cuerpo siga produciendo y siga funcionando, es por ello que la función principal del medicamento es aliviar dolor, y molestias en general; es por ello que en el caso de algunas enfermedades se habla de “controlar” más que de “curar” o mejor aún de “prevenir”.

Desde luego que no es incorrecto poner atención al cuerpo, sin embargo considero que en ocasiones caemos en sesgos que nos llevan a descuidar otros aspectos como los de tipo emocional y psicológico, que si bien no son visibles y palpables, como una inflamación en el ojo, sí son importantes e incluso están directamente relacionados con el funcionamiento del organismo, un ejemplo de esto lo podemos ver más adelante al abordar la etiología de la diabetes.

La mayoría de las veces partimos desde los puntos de vista puramente médicos para atender a nuestro organismo y esto no es un problema que se deba a los médicos solamente. El cuerpo humano es ante todo responsabilidad de uno mismo, por lo tanto sería prudente y mucho más sencillo, e incluso más económico, realizar autocuidados de prevención, más que de curación.

En la sociedad actual estamos sometidos a miles de exigencias, las cuales nos llevan a generar altos niveles de estrés, ansiedad, sentimientos de enojo, frustración, cansancio excesivo, tanto físico como psicológico, lo cual a su vez conlleva a malos o pésimos hábitos alimenticios, poca o nula actividad física. Cuando el organismo cae enfermo, recurrimos a lo más rápido: pastillas y tratamientos que no siempre resultan suficientes - no por ello innecesarios-. Sin embargo, habría que comenzar a ver al organismo como un todo y más que ver a la medicina y a la psicología como independientes o en continuo conflicto, podrían verse como disciplinas complementarias una de otra.

El problema de ver los aspectos médicos de algún padecimiento por un lado y los aspectos psicológicos por otro, ha sido atendido por algunas personas simplemente como un problema de enseñanzas, es decir, que suele suceder que tanto al aprendiz de medicina, como al de psicología, se les muestra únicamente la perspectiva que tiene que ver directamente con su disciplina, respecto a determinados padecimientos; por lo tanto “se han ofrecido soluciones de tipo pedagógico que no han podido resolver esta división mente-cuerpo. En otras ocasiones la solución ha sido planteada en términos esquemáticos como el ya famoso y también inútil esquema de la unidad bio-psicosocial. Esto engloba tanto a la medicina como a otras ciencias relacionadas con la salud y con el hombre mismo, tal es el caso de la Psicología” (Alcántara, 2005, p.23).

### 3.2. Concepto de Salud-Enfermedad desde el punto de vista psicológico

Al igual que en la medicina, dentro de la psicología aún persiste la idea del dualismo mente-cuerpo. A pesar de la diversidad de teorías psicológicas, algunas como el conductismo sólo enfoca su atención en el cuerpo y sus comportamientos, mientras otras como el psicoanálisis se enfoca más en el estudio de la psique y en el síntoma, más que en la enfermedad en sí. Así, sigue viéndose al ser humano como dividido, es decir continúa la visión atomizada (Capra, 1998), y no se toma en cuenta que es una sola persona que, por mas que queramos verla dividida, no lo está y eso lo demuestra cada vez que enferma. La enfermedad es la clara evidencia de que se ha descuidado al cuerpo, dicho descuido no solo incluye la parte física, de hecho y retomando la perspectiva somática, en muchas ocasiones la manifestación de alguna enfermedad puede ser el reflejo de problemas de tipo emocional y afectivo, y tales aspectos usualmente no son tomados muy en cuenta por los médicos, ni por la persona enferma.

Pero, bajo la influencia del positivismo, la psicología, al buscar su legitimidad científica, tiene que basarse en fenómenos observables, medibles y cuantificables. Por eso es que en psicología está dolorosamente comprobado que, desde el punto de vista científico, es muy difícil estudiar los aspectos que hacen hombres a los seres humanos como son las historias de sus vidas, sus relaciones consigo mismos y con los demás, entre otras muchas cosas.

Se supondría que como la medicina de modo estricto no da cuenta de estos aspectos que forman parte del ser humano, es a la psicología, sociología o antropología a las ciencias que les correspondería hacerse cargo de ello, pero tal parece que no es así, pues aún en la psicología no se le da el peso que debería a la historia de una persona. Tanto la psicología como la medicina han considerado sólo algunas partes del todo llamado persona y de la cual a su vez se selecciona una pequeña parte para poderla conocer y curar.

Es por ello que al tratar un problema como una enfermedad, se continúa tratando la enfermedad como algo independiente de las emociones y de cómo la persona asimila o no las circunstancias que en su vida acontecen.

La psicología parece estar consciente de que aún no se ha logrado abarcar la condición humana como se desearía y por eso cada vez van surgiendo más variantes de las corrientes ya existentes, que intentan cubrir aspectos diferentes de los que ya han sido tratados y estudiados.

La forma como algunos enfoques de la psicología tratan la salud no difiere mucho de cómo lo ve la medicina, porque en ellos prevalece también el dualismo cuerpo-mente y se pasa por alto la importancia de las emociones en el estado orgánico.

Entre otros aspectos, la importancia de tomar en cuenta las emociones que experimentan las personas, radica en que éstas pueden ser el detonante de muchas enfermedades o padecimientos orgánicos. Aún muchas personas y especialistas encargados de la salud no creen que muchas o la mayoría de las enfermedades puedan ser debidas a factores emocionales, más que a factores simplemente orgánicos o predisposiciones genéticas.

Dentro de las aportaciones que ayudan a superar el dualismo cuerpo-mente, se encuentra una idea que introdujo el psicoanálisis: la somatización, la cual hace referencia al resultado de la represión de algún impulso y que se expresa mediante un síntoma en el cuerpo. Las palabras griegas *Psyche* y *Soma* significan mente y cuerpo, respectivamente; al unir esas dos palabras se forma la palabra psicósomático, que hace referencia a la influencia del cuerpo sobre la mente y viceversa, así puede pensarse en la asociación de las enfermedades orgánicas.

Una de las enfermedades que actualmente está siendo fuertemente relacionada con aspectos psicósomáticos, es la diabetes mellitus, si bien, su etiología genética es indudable, con el paso del tiempo y la realización de un sin número de investigaciones, se han encontrado diversos factores de riesgo para que el padecimiento se desencadene, entre ellos los aspectos de índole psicológica.

### 3.3. ¿Qué es la diabetes?

Tal parece que actualmente no hay nadie que no conozca al menos a una persona que tenga diabetes o que esté predispuesta a padecerla. Lo anterior podría deberse al actual estilo de vida (el consumo excesivo de alimentos altos en carbohidratos, el sedentarismo, el poco y/o mal manejo de tiempo libre destinado a realizar actividades físicas, inadecuado manejo de estrés, y de sentimientos de frustración, ira o enojo, etc.) lo cual es aún más intenso en las llamadas zonas urbanas e industrializadas. Esto trae como consecuencia que el número de personas que padecen esta enfermedad haya crecido significativamente en las últimas décadas.

Pero antes de entrar de lleno al tema de la diabetes, es necesario entender el adecuado funcionamiento del organismo, y así poder entender cuáles son las fallas cuando se presenta la diabetes.

Al respecto, y parafraseando lo que Madrid (1998) menciona acerca del funcionamiento normal del organismo, ocurre entonces que los nutrientes que entran a nuestro organismo – hidratos de carbono, grasas y proteínas, además de aquellos alimentos que aportan agua, vitaminas y minerales – se pueden ver como si fueran cadenas. Al consumir los alimentos, los masticamos y lo que estamos haciendo es romper esas cadenas. Después de tragarlo llega al estómago, donde se inicia la *digestión*, la cual consiste en formar nuevas cadenas pero más pequeñas que las anteriores. Después los alimentos pasan al intestino y se vuelven a separar; al terminar la digestión lo que hay son muchos eslabones sueltos, el tamaño ya es muy pequeño por lo cual traspasan la pared intestinal y pasan a la sangre, a esto es a lo que se le nombra *absorción de los alimentos*. Ahora, uno de los eslabones producido al romperse totalmente la cadena de los hidratos de carbono es fundamental para el organismo, la *glucosa*, la cual es utilizada por todas las células como combustible para un correcto funcionamiento, Sin embargo, para cumplir dicha función es necesario que la glucosa entre en las células de los diversos órganos de nuestro cuerpo. Pero para que la glucosa logre entrar a las células necesita de la *insulina*, la cual es una hormona anabólica que secreta el *páncreas*, el cual está situado en el abdomen por detrás del estómago. Dentro del páncreas se encuentran pequeños grupos aislados de células llamados Islotes de

Langerhans; dentro de éstos se encuentran diferentes tipos de células: A o alfa, B o beta, C, y las células D; es en las células beta donde se produce la insulina. (Aguilar, 1990; cit. en Alcántara, 2005).

Todo esto lleva un equilibrio perfecto para alimentar adecuadamente a las células y para que las cifras de glucosa en la sangre se mantengan dentro de los límites normales, que son de 60 y 105 mg/dl antes de las comidas y hasta 140 mg 2 horas después de éstas. De tal manera que una persona no diabética, cuándo come mucho, pasa mucha glucosa a la sangre y su páncreas produce mucha insulina, pero cuando esa persona come menos cantidad de alimento su páncreas segrega menor cantidad de insulina; de esta manera mantiene las cifras de glucosa dentro de los límites normales.

Ahora, para que el organismo tenga energía durante todo el día, aún durante las horas que no comemos, ocurre que parte de la glucosa que tomamos con los alimentos se va almacenando en el hígado y va pasando lentamente hacia la sangre, para ser utilizada por nuestro organismo. El hígado actúa como un almacén de glucosa dando lugar a una nueva cadena, que se conoce con el nombre de *glucógeno*.

El problema empieza cuando los depósitos de glucógeno están llenos y entonces el exceso de glucosa que tomamos, el organismo la transforma en grasa que guarda en depósitos debajo de la piel, lo que provoca que engordemos.

Una vez que la glucosa llega al *riñón* (el cual funciona como un filtro que elimina las sustancias que son tóxicas para nuestro organismo) y es filtrada, la glucosa pasa a la orina, pero por no ser tóxica para el organismo, no le interesa perderla por lo que el riñón tiene la capacidad de retenerla y devolverla a la sangre, pero cuando la cantidad de glucosa en sangre es superior a 180 mg/dl, el riñón ya no puede retener tanta cantidad por lo que a partir de ese momento empezará a eliminarla por la orina. A la capacidad que tiene el riñón de coger glucosa de la orina y volverla a la sangre se le llama *dintel renal para la glucosa*.

Por lo tanto, la diabetes es una alteración del funcionamiento normal de nuestro organismo que se produce fundamentalmente por dos razones: uno, el páncreas no puede producir insulina y dos, aunque sea producida la insulina, ésta no puede hacer

bien su efecto. Si ocurre cualquiera de estos dos casos, lo que sucede es que la glucosa no entra a las células y por lo tanto ésta se acumulara progresivamente en la sangre. (Madrid, 1998).

Desde un punto de vista personal, la diabetes es una enfermedad que logra cambiar la vida de las personas de una manera increíble, pues no es sólo el hecho de la enfermedad detectada, sino también todo lo que viene detrás y después de ella, un ejemplo de esto es la reacción misma que el paciente tiene al momento de conocer su padecimiento, los cambios en el estilo de vida y sobre todo en sus hábitos alimenticios, la forma en como es recibida la noticia por las personas que lo rodean, así como los cambios en el comportamiento de los otros hacia el paciente. Dichos cambios se viven más como un sufrimiento, que hace presa a la persona enferma y a las personas que se encuentran cerca de ella.

A veces se intenta aprender a vivir con la enfermedad, pero considero que pocas son las personas que lo logran, no porque la persona sea débil, sino más bien por aspectos sociales, que van desde el grado de aceptación que una persona con diabetes pueda tener para sí misma y para con su entorno social, así como el hecho de ser visto con la etiqueta de *diabético* igual a no puedes hacer tal o cual cosa, no puedes comer tal o cual cosa, revisiones médicas periódicas, y mediciones de glucosas en casa frecuentes, que de alguna manera los marcan y los hacen sentir (aunque no sea del todo cierto) como personas con pocas posibilidades de trabajar o de vivir, como el resto de las personas.

Las emociones son vitales para la aparición o no de enfermedades en el ser humano. Si bien muchas pueden ser aliviadas con antibióticos o medicamentos “especiales”, tenemos que tomar en cuenta que somos seres humanos que pensamos y sentimos, y que lo tristes o contentos que nos podamos sentir repercutirá en nuestro estado de salud. Es momento de pensar en qué estamos haciendo con nosotros mismos y por qué nos lastimamos de tal manera que provocamos daños irreversibles. Tal es el caso de una enfermedad como la diabetes y no hay nadie que no esté predispuesto a padecerla, como consecuencia de cierto estilo de vida principalmente.



De acuerdo con la Secretaría de Salud Pública (2003, cit. en Alcántara, 2005) la diabetes afecta a 10.7% de la población de entre 20 y 69 años de edad y cada hora mueren cinco personas a causa de esta enfermedad. A pesar de que estos datos son dramáticos, parece que la diabetes en vez de ser vista hoy en día como un problema de salud severo, el cual es necesario erradicar; nos estamos acostumbrando a ella, y a encontrar cada vez más personas que la padecen. Nos parece tan natural escuchar decir que alguien tiene diabetes que ni siquiera ponemos atención en saber qué es y cuáles con sus causas y consecuencias médicas.

La diabetes es considerada hoy en día no una enfermedad, sino más bien un conjunto de enfermedades, principalmente metabólicas, que se caracteriza principalmente por hiperglucemia (elevación de azúcar en la sangre) y también se produce como resultado de defectos en la secreción de insulina. Dicha elevación en el azúcar genera muchas complicaciones en órganos como ojos, riñones, corazón, sistema nervioso y circulatorio.

### 3.4. Clasificación y Descripción

No obstante que a nivel general se habla de solo dos tipos de diabetes por ser éstos los más frecuentes, es necesario mencionar que no son los únicos existentes, a continuación se mencionan los tipos de diabetes que hay, así como una breve explicación de sus causas, incluyendo los dos tipos más conocidos que son la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y tipo 2 (DM2):

#### 3.4.1. Diabetes Mellitus tipo 1 o insulino dependiente, (DM1):

Se produce como consecuencia de que el páncreas no puede producir insulina; ante tal situación es que los enfermos tienen que recibir siempre un tratamiento basado en inyecciones de insulina; de ahí el nombre de insulino dependientes. Generalmente se presenta en personas jóvenes (Madrid, 1998) y se subdividen en dos:

#### 3.4.1.1. Diabetes autoinmune

- Está causada por un proceso autoinmune que destruye las células pancreáticas.
- Se pueden detectar autoanticuerpos en el 85-90% de los pacientes en los que se detecta hiper-glucemia por primera vez.

#### 3.4.1.2. Diabetes idiopática

- Forma de la enfermedad cuya causa es desconocida y abarca un total del 10% de pacientes. (Alcántara, 2005).

#### 3.4.2. Diabetes Mellitus tipo 2 o no insulino dependiente, (DM2):

En ésta, a diferencia de la anterior, el páncreas sí es capaz de producir insulina, incluso a veces en exceso. No es posible que la glucosa entre a las células debido a un mal funcionamiento en éstas, así que la glucosa entrará con dificultad a las células forzando el funcionamiento normal del organismo. Es debido a esto que no se administra insulina; más bien el tratamiento que se utiliza es con la idea de lograr que la anomalía en las células desaparezca. En ocasiones basta con una dieta regular y ejercicio para que el organismo vuelva a su función normal y los niveles de glucosa en la sangre se normalicen. Sin embargo, en ocasiones no basta con esto y es necesario tomar comprimidos llamados *antidiabéticos orales*. Este tipo de diabetes se suele presentar en personas mayores de 40 años y esta asociada principalmente con la obesidad.

A los pacientes con DM2 se les llama no insulino dependientes, en principio. Sin embargo, si el páncreas produce insulina en exceso, llegará un momento en que ésta se agote; es decir, que el páncreas deje de segregar insulina. Eso ocasionará que ahora sea necesario que la insulina sea inyectada como parte del tratamiento (Madrid, 1998).

### 3.4.3. Diabetes gestacional:

Este tipo de diabetes se presenta en algunas mujeres en la última etapa del embarazo y generalmente desaparece después del parto. El que una mujer la haya padecido, aumenta las probabilidades de en un futuro padecer DM2. Es provocada por las hormonas del embarazo o por la falta de insulina y ocurre en el 2.5% de todos los embarazos (Danforth, Hammond y Spellacy, 2000; cit. en Alcántara, 2005). Sin embargo para que este tipo de diabetes sea considerada gestacional la persona tiene que ser mayor de 25 años, con obesidad y con antecedentes familiares diabéticos.

### 3.4.4. Otros tipos específicos de diabetes son causadas por:

- Defectos genéticos de la función de la célula beta.
- Defectos genéticos en la acción de la insulina
- Enfermedades del páncreas exócrino (Alcántara, 2005).

Como podemos observar existe una amplia clasificación de los tipos de diabetes, pese a que algunas aún pueden carecer de especificad y/o claridad para quienes no tenemos un amplio conocimiento medico, tales clasificaciones nos pueden servir de guía para comprender de manera un tanto más clara la problemática a la que se enfrenta una persona con diabetes.

Tomando con referencia la información anterior, vayamos ahora a ver más de cerca como y de que manera impacta el padecimiento de la diabetes en la vida de las personas jóvenes, específicamente en los adolescentes.

## 3.5. Etiología y Factores de riesgo

Basándonos en la información anterior, la diabetes es una enfermedad metabólica cuyo problema básico consiste en la incapacidad del cuerpo para sacar la glucosa de la circulación sanguínea. Y esto es especialmente perceptible después de las comidas.

Como ya se describió anteriormente, la diabetes representa un erróneo funcionamiento del organismo. No obstante, es importante mencionar que Oakley, Pyke y Taylor (1980) dicen que la etiología de la diabetes es complicada y que no hay una causa única. Sin embargo, los autores mencionan algunos factores que consideran importantes respecto a la aparición de tal padecimiento, los cuales se enlistan a continuación:

### 3.5.1. Factores demográficos

*Edad.* Es más común en la segunda mitad de la vida que en la primera. Es decir, tanto en los primeros años de la infancia y de edad adulta es poco frecuente y su incidencia aumenta asociada a la edad, logrando así convertirse en un trastorno común entre los ancianos. Sin embargo, los mismos autores mencionan que existen dos momentos de incidencia en la infancia que corresponden a los periodos entre los 5 y 7 años y otro entre los 11 y 14 años.

*Sexo.* Según estos autores, en la mayoría de los países es más común la diabetes entre las mujeres que entre los hombres. No se conoce la razón que explique la preponderancia femenina, pero algunas investigaciones la han asociado con:

- *El número de partos:* las mujeres que desarrollan diabetes a una edad media o avanzada han tenido más hijos que las mujeres no diabéticas.
- *Obesidad:* se sabe que este trastorno aumenta la probabilidad de diabetes. No obstante, el número de mujeres diabéticas es mayor que el de varones incluso entre las personas no obesas.
- *Menopausia:* considerando la edad promedio en la que suele presentarse la menopausia, ésta se asocia a la diabetes con mujeres de edad avanzada; sin embargo, no se ha definido ningún mecanismo concreto en la gravedad de la diabetes.

*Peso corporal.* La diabetes es más frecuente en las personas gruesas que en las delgadas. En pacientes obesos es habitualmente “leve” y no necesita insulina, mientras

que el diabético delgado suele requerirla. Pero no siempre es posible distinguir entre estos dos tipos.

*Estilo de vida:* Este punto es particularmente importante, ya que del estilo de vida dependen en gran medida el resto de los factores de riesgo para la diabetes.

Díaz-Guerrero (1986; en Del Villar, 2002), considera que la calidad de vida debe comprender la óptima integración de los aspectos bio-psicosociales en los diferentes contextos en que se encuentra el individuo.

La expresión calidad de vida, aparece como un concepto que se refiere a mejorar de manera multidimensional la integridad del individuo, cubriendo sus necesidades básicas otorgando así la sensación de bienestar tanto psicológico, como físico y emocional. (Cabrera, 2001, cit. en Del Villar, 2002).

El concepto de calidad de vida, es considerado como un fenómeno multidimensional, que tiene su base en el término “vida” el cual se centra en la existencia humana. La vida humana puede ser individual o social, puede referirse a la actividad física o intelectual, a la vida cotidiana, al curso completo de la vida, etc. Y la calidad se entiende como la naturaleza más o menos satisfactoria de una cosa; como el grado o lugar ocupado por las cosas en la escala de lo bueno y lo malo, es decir, la calidad se refiere al carácter de la vida más o menos bueno o satisfactorio (Setién, 1993; Del Villar, 2002). Es importante hacer énfasis en la calidad de vida subjetiva ya que las apreciaciones subjetivas frecuentemente involucran juicios en términos de satisfacción.

Desde el punto de vista de la psicología de la salud, se considera “la calidad de vida como el grado en el que el individuo posee autoestima, un propósito en la vida y un mínimo de ansiedad” (Del Villar, 2002, p.22). Buckhard (cit. en Del Villar, 2002, p.22) considera que “es el grado en que un individuo percibe que su vida es buena y satisfactoria, que goza de bienestar físico y material, así como de buenas relaciones interpersonales; además de participar en actividades sociales alcanzando un desarrollo óptimo en el ámbito personal.”

Desde la perspectiva psicológica, en el concepto de calidad de vida se aporta una visión donde el hombre experimenta una sensación de bienestar al percatarse que la mayoría de sus necesidades tanto orgánicas y físicas (comer, beber, dormir, etc.) como las psicológicas y emocionales (bajo nivel de estrés, ausencia de ansiedad, sentirse querido, exitoso, etc.) están siendo cubiertas tanto por el mismo, como por las personas que lo rodean; dichas necesidades pueden ser biológicas o aprendidas, por lo que cada cultura influye en su número y contenido.

Esto tiene relación con lo que Thomas Willis en el siglo XVII (cit. en Álvarez, 2003) menciona al atribuir la etiología de la diabetes a la tristeza y a la pena. Debido a que cuando un individuo se encuentra bajo alguna de estas situaciones emocionales, el organismo reacciona, entre otras formas, con una baja en las defensas, y alteraciones de muy diversa índole. Y también concuerda con los resultados encontrados por Cannon y cols en 1911, donde descubrieron que “al someter a un animal a situaciones frustrantes, la glucosa de su organismo fue eliminada en la orina, de aquí ellos infirieron que el aumento de glucosa en sangre podría constituir una de las manifestaciones de las denominadas entonces reacciones al estrés.”(Álvarez, 2003, p. 19).

De acuerdo con Álvarez (2003) existen dos directrices en las que pueden sintetizarse las posibles relaciones existentes entre diabetes y psicopatología:

- La que estudia la influencia de los factores psicológicos sobre el comienzo y aparición de la diabetes.
- La que trata de establecer cómo influyen determinados factores psicológicos en el curso y evolución de la diabetes.

Al respecto, Del Villar (2002) dice que la calidad de vida se refiere a las condiciones objetivas y subjetivas en que se realizan las condiciones de un trabajo remunerado y no remunerado, la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales y políticas y la calidad del entorno. La calidad de vida se modela de acuerdo a la confrontación permanente entre los componentes protectores y los procesos destructivos para el desarrollo vital humano. Así la calidad de vida de una sociedad, o de un grupo humano,

es mejor mientras más adecuadas sean las condiciones para la reproducción social, para el proceso vital y para acumulación genética de ventajas biológicas.

Considero que la relación que se tiende hacer entre los padecimientos físicos y las emociones, pueden estar relacionados con la manera en como la persona enfrenta el diagnóstico de su padecimiento, y los patrones de conducta que comienza adoptar al respecto del tratamiento tanto farmacológico, como alimenticio.

Un ejemplo de lo anterior puede ser lo mencionado por Font (1994; en Del Villar, 2002) considera que lo más relacionado con la reducción de la calidad de vida de los pacientes con cáncer, no son los síntomas de la enfermedad o el dolor, ni las incapacidades funcionales, sino aspectos psicológicos como el miedo, la ansiedad, depresión e insatisfacción con el propio aspecto. Algunas otras enfermedades que han sido relacionadas con las emociones con las cefaleas, el asma y la diabetes.

Otros dos aspectos que tiene que ver directamente con el estilo de vida de las personas son, la falta de actividad física y la dieta alimentaria diaria:

*Inactividad física.* La actividad física disminuye el riesgo de presentar DM2. En un estudio de 8 años de duración realizado con enfermeras en EU, un grupo de ellas llevaron a cabo actividad física una o más veces a la semana y otro grupo de enfermeras no realizaron ejercicio; el grupo con actividad física presentó una disminución de un 20% en el riesgo de desarrollar diabetes, comparado con el grupo sin actividad física. (Alcántara, 2005).

*Dieta.* Es un aspecto que puede resultar ser factor de riesgo para que una persona enferme de diabetes, son los alimentos que se consumen; una dieta alta en carbohidratos y grasas influye en el incremento de peso y el desarrollo de diabetes, así como en sus complicaciones.

### 3.5.2. Factores genéticos

Al parecer, algunos grupos étnicos parecen especialmente expuestos a desarrollar diabetes, como por ejemplo los indios americanos, las comunidades de las islas pacíficas, las poblaciones del sur de Asia, los aborígenes australianos, los afro-americanos y los hispanos. Se estima que las personas que tienen un hermano o un familiar con diabetes tipo 2 corren 40% de riesgo de desarrollar diabetes a lo largo de su vida. Estos factores de riesgo genéticos hasta el momento no se pueden modificar.

*Herencia.* La diabetes parece ser un trastorno hereditario. Sin embargo, Oakley, Pyke y Taylor (1980) mencionan que esto no explica el origen de la enfermedad, a pesar de que las personas diabéticas tienen antecedentes familiares del trastorno con más frecuencia que las no diabéticas.

Los antecedentes familiares positivos son más frecuentes en las mujeres diabéticas que en los varones, en los diabéticos jóvenes que en los mayores y en las diabéticas con poco número de partos que en las que han tenido muchos hijos.

No en todos los casos de diabetes pueden ser atribuidos a factores puramente hereditarios, como es el caso de la diabetes juvenil dependiente de la insulina, en ésta la enfermedad no puede tener un origen totalmente genético. Pero se observa cierta predisposición genética a la diabetes incluso en las parejas discordantes, (es decir, donde solo uno, o ninguno de los padres padece diabetes) puesto que en los miembros sanos son más frecuentes ciertos tipos de *HLA* (antígenos leucocitarios humanos, que cumplen con la función de reconocer lo propio de lo ajeno y aseguran la respuesta inmune, capaz de defender al organismo de algunos agentes extraños que generan infecciones) característicos de la diabetes juvenil.

La asociación con determinados tipos de HLA, indican que los factores no genéticos operan a través de un trastorno en los mecanismos inmunes, quizá por una respuesta auto inmune frente a gérmenes invasores tales como un virus. La asociación de la diabetes juvenil con otras enfermedades auto inmunes como la de Addison, la



tiroiditis y la anemia perniciosa, está de acuerdo con la teoría (Oakley, Pyke y Taylor, 1980).

Es frecuente que la aparición de la diabetes sea adjudicada inicialmente a la herencia, sin embargo, hay casos en los cuales no pueden identificarse defectos hereditarios. El comienzo coincide con trastornos emocionales o está muy estrechamente relacionado con ellos (Freedman, Kaplan y Sadock, 1975).

Una vez mencionados tanto la etiología y como los principales factores de riesgo (demográficos, genéticos, estilo de vida, etc.) para la diabetes, pasemos a ver cuáles son las clasificaciones de ésta y su descripción. El presente trabajo está enfocado en DM2 primordialmente; no obstante se considera importante mencionar los diferentes tipos de diabetes.

### 3.6. La Diabetes como un Problema de Salud Juvenil

En sí mismas, la adolescencia es una etapa en la que ocurren una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales. Estos cambios ocurren con una rapidez vertiginosa y además esto implica que un niño pasa a convertirse, en un adulto capaz de reproducirse. Arslanian (2007), al referirse a la adolescencia toma en cuenta tanto los cambios físicos como psicosociales.

Actualmente ya no se da por supuesta la idea de que los adolescentes son necesariamente de comportamiento turbulento y conflictivo. Sin embargo, no se puede negar que ellos deben enfrentar simultáneamente un sinnúmero de cambios importantes. Al respecto, Barra (2005) dice que la combinación de sucesos vitales normativos adolescentes (cambios físicos, hormonales y emocionales) con la ocurrencia de otros sucesos vitales no normativos (separación de los padres, muerte de uno o ambos padres, etc.) puede representar exigencias adaptativas poderosas para algunos adolescentes en diversos dominios y situaciones vitales.

Por otro lado, el desarrollo físico y psicosocial que por sí mismos pueden acarrear cambios y crisis, se complican adicionalmente cuando aparece una enfermedad como la diabetes.

La Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) o también llamada Diabetes Juvenil, está asociada con una deficiencia de insulina que se manifiesta por una baja reserva pancreática (el páncreas no está produciendo suficiente insulina) de ésta, una concentración reducida de insulina en el plasma-basal y posterior a una carga de glucosa, con la hiperglucemia (elevación de azúcar en la sangre) resultante, desperdicio de glucosa, pérdida de proteína, gluconeogénesis excesiva y lipólisis (proceso metabólico mediante el cual los lípidos son transformados en ácidos grasos) elevada.

La adolescencia es el momento en que el adecuado control metabólico es aún más relevante, ya que es precisamente en esta etapa cuando aparecen gran parte de las complicaciones crónicas de la enfermedad (Corner, Mericq y García, 2004, cit. en Ortiz, 2006).

La DM1 es una de las enfermedades crónicas más frecuentes de la niñez y de la adolescencia. Esta enfermedad requiere un tratamiento para toda la vida, el cual se fundamenta en tres conductas principales denominadas la tríada diabética: ejercicio, control de dieta e insulinoterapia.

En el año 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la no adherencia a los tratamientos de enfermedades crónicas, tales como la DM1, constituye un problema de salud pública, el cual parecería exacerbarse en la adolescencia. De acuerdo a Martínez, Lastra y Luzuriaga (2002; cit. en Ortiz, 2006), el mal cumplimiento terapéutico tiene una duración prolongada que culmina hacia los 17-19 años y se asocia a patologías psiquiátricas, ya que a diferencia de otras enfermedades crónicas, la DM1 requiere un extraordinario esfuerzo para el autocontrol, lo que puede producir un estrés psicosocial y psicológico subyacente que afectaría de manera desfavorable al enfermo con esta patología.

Sin embargo, Rial (2006) menciona que ya no solo se habla de adolescentes con diabetes tipo I, sino que actualmente hay jóvenes que padecen DM2 la cual afecta

aproximadamente a 143 millones de personas en todo el mundo. No obstante la DM1 sigue predominando, teniendo una incidencia de 11.3 por cada 100,000 habitantes menores de 15 años.

Una enfermedad crónica en cualquier etapa de la vida requiere una gran variedad de ajustes psicológicos en el individuo que la padece. Cuando aparece en la infancia y en la adolescencia, su presencia implica tanto a la familia como al niño o al adolescente (Rutter y cols, 1995; cit. en Díaz, 2006).

El impacto que supone un acontecimiento vital tan importante, ha dado lugar a que disciplinas como la psicología médica infanto-juvenil y la psicología pediátrica se ocupen de cómo prevenir los problemas psicológicos consecuentes a los procesos adaptativos y cómo ayudar a intervenir en las situaciones en las que éstos han aparecido (Bearison, y cols, 1994; Zimmerman-Tansella, 1995; cit. en Díaz, 2006).

En relación a la edad, se dice que cuanto más pequeño es el niño, menores son las posibilidades de comprensión de las imposiciones del cuidado y que la actitud de los padres es mucho más intervencionista y sobre-protectora. En cuanto al género, más que depender si se trata de un niño o una niña, se argumentan aspectos diferenciadores del temperamento propio de cada adolescente (Farol y Bay, 1990; cit. en Díaz, 2006).

### 3.6.1. Manifestaciones clínicas

Es posible que no se tengan sospechas del diagnóstico hasta que se hacen presentes síntomas como deshidratación, somnolencia y olor acetona en el aliento, lo cual anuncia el comienzo del coma diabético. Sin embargo aunque no se presenten estos síntomas, se les manda hacer un análisis de orina.

### 3.6.2. Diagnóstico

Jerome (1983) menciona cuatro etapas de la fase clínica y química de la diabetes.

- Pre-diabetes: los sujetos tienen una tolerancia normal a los carbohidratos, pero si se descuida la alimentación y además hay antecedentes familiares, las personas llegan en última instancia a padecer la enfermedad.
- Diabetes subclínica: se presentan una prueba normal de tolerancia a la glucosa, pero no muestran una curva normal de tolerancia a la glucosa cortisonal (niveles de azúcar en sangre.)
- Diabetes latente: son asintomáticos y pueden o no presentar glucosuria (presencia de azúcar en la orina.)
- Diabetes manifiesta: puede ser dividida en una fase aguda y en una fase crónica. La aguda manifiesta, presenta los signos y síntomas clásicos de la diabetes – poliuria (gasto urinario excesivo, polidipsia (sed excesiva), polifagia (cansancio extremo) y pérdida de peso. Muchos adolescentes diabéticos también presentan nicturia, en ocasiones enuresis, irritabilidad, dolor abdominal y letargia.

### 3.6.3. Aspectos biológicos

Existen muchos aspectos que hay que tomar en cuenta con respecto a la diabetes juvenil, puesto que, como ya se ha mencionado, la adolescencia implica diversos y complejos cambios a nivel físico y psicológico. Dentro de los cambios biológicos, tienen que ser tomados en cuenta con mucho mayor atención los procesos metabólicos que van ocurriendo en el adolescente, ya que es en esta etapa de la vida en la que es más complicado controlar los niveles de glucosa en las personas, en parte debido a que es más difícil controlar la alimentación de los jóvenes pero, también, porque la misma edad provoca cambios de este tipo.

Por ejemplo, uno de los problemas a los que se enfrentan los jóvenes con diabetes es la insensibilidad a la insulina. Arslanian (2007) dice que la insensibilidad a la insulina durante la pubertad, asociada a los cambios hormonales que la acompañan, incluyen un aumento al doble de la secreción de hormonas del crecimiento y un aumento de los esteroides sexuales que generan el desarrollo de características

secundarias, un aumento notable de la altura y el cambio de la composición del organismo. Por lo tanto, menciona, la hormona del crecimiento y los esteroides sexuales son probablemente candidatos hormonales de la inducción de la insensibilidad a la insulina durante la pubertad.

El autor continúa diciendo que la insensibilidad a la insulina dentro de la etapa de la pubertad es transitoria, pero en la edad adulta puede remitir debido a que el nivel de esteroides sexuales sigue siendo elevado. Por último, menciona que si bien antes se tenía la idea de que el control diabético en adolescentes era solo debido a factores conductuales y psicosociales, hoy en día se sabe que es durante la pubertad que se reduce la acción de la insulina entre un 30% y un 50%, lo cual resulta un factor importante para el mal control glucémico.

#### 3.6.3.1. Tratamiento enfocado al aspecto físico y biológico.

Diversos estudios han comprobado que los niveles de insulina que manejan los adolescentes son más altos que durante la edad adulta. Sería altamente recomendable que las personas encargadas del cuidado de estos jóvenes tomaran en consideración la insensibilidad a la insulina que pueden presentar los jóvenes con DM1 y aumentar apropiadamente las dosis de insulina, con el fin de prevenir cualquier deterioro del control de la glucosa en la sangre.

En una nota de prensa de Roche Diagnostics (2006), mencionan que el ritmo de vida que llevan los niños y adolescentes los convierte en un perfil idóneo para la terapia con bombas de insulina, las cuales son una infusión de insulina que se coloca externamente con un catéter. Estos aparatos están integrados por un depósito de insulina para varios días y una batería y un sistema que puede programar la dosis durante 24 horas del día. Esto ayuda a que el paciente obtenga su dosis de insulina cuando lo necesita.

En el mismo artículo se menciona que la ventaja de este tipo de tratamiento radica en que es posible evitar complicaciones de la diabetes y el control metabólico del paciente es más fácil, por lo tanto se reduce el número de consultas y hospitalizaciones.

Esto debido a que los cambios hormonales y la dificultad para definir los horarios de los jóvenes y niños representan un problema para dicho control.

Otro aspecto importante dentro del tratamiento del paciente diabético tipo 1 es la dieta; ésta se calcula de acuerdo a su edad. Jerome (1983) sugiere que para prevenir la hipoglucemia y con el fin de que el paciente se sienta satisfecho, es recomendable incluir en la dieta bocadillos a media tarde y antes de acostarse, evitar al máximo la ingesta de grasas saturadas, sin olvidar que la dieta del adolescente debe proporcionar suficientes calorías para asegurarle un crecimiento adecuado, un buen aumento de peso y la saciedad de su apetito. No se recomiendan los dulces y alimentos dietéticos y debe permitirse al adolescente que coma lo que le gusta. Su dieta es esencialmente igual que la de sus hermanos y padres no diabéticos.

Por otro lado, es conveniente que no se ingieran alcohol, tabaco u otras drogas. En particular, el alcohol tiene un efecto hipoglucémico que puede general vómitos y nauseas.

Para Jerome (1983), es muy importante que la educación de lo que es la enfermedad se dé al mismo tiempo a ambos padres, es necesario que se les instruya cómo realizar las pruebas urinarias, cómo se administra la insulina, así como que reconozcan la acidosis diabética y las crisis de hipoglucemia. De acuerdo con este autor, el éxito o el fracaso del tratamiento en los pacientes depende en gran parte de qué tanto éste y sus padres estén conscientes de lo que es la diabetes, que es una enfermedad crónica, incurable, pero que no interfiere con la vida normal. Hace especial énfasis en que los jóvenes diabéticos deben ser tratados de la misma manera que los no diabéticos, sin perder de vista que hay que poner especial interés en las infecciones y en la higiene en general.

#### 3.6.4. Aspectos Psicológicos

Además de las causas biológicas de la diabetes, ésta ha sido fuertemente asociada a aspectos de índole psicológica, tales como trastornos afectivos (procesos de duelo, sentimientos de rencor o resentimiento, etc.) dichos trastornos influyen

considerablemente en las respuestas psicológicas de estrés que tiene un paciente frente a su padecimiento.

El diagnóstico de DM provoca un fuerte impacto psicológico, el cual puede desembocar en depresión, asociada con el estrés que le causa al paciente la idea de tener que realizar una serie de cambios radicales en su estilo de vida.

Si bien Freedman, Kaplan y Sadock (1975) mencionan que la herencia desempeña un papel dominante en la diabetes, reconocen que hay casos en los cuales no pueden identificarse defectos hereditarios y el comienzo de la enfermedad coincide con trastornos emocionales o está estrechamente relacionado con ellos.

Rodríguez-Martín (2001; cit. en Ortiz, 2006) dice que el diagnóstico de una enfermedad crónica como la DM1 supone una situación de crisis, que en mayor o menor medida ocasiona un severo impacto en la vida del paciente y un cambio en su estilo de vida.

La combinación de depresión y diabetes en niños y particularmente en los adolescentes, tiene graves consecuencias. Los chicos con diabetes, generalmente son sometidos a un sin número de prohibiciones, especialmente en la ingesta de alimentos que en la infancia y adolescencia son los más socorridos por los chicos.

La cantidad de prohibiciones se ve afectada también debido a que los padres en ocasiones no cuentan con la información necesaria y actualizada acerca del padecimiento que tienen sus hijos, y esto genera que les sea prohibido realizar algunas actividades, con la finalidad de no poner en riesgo su bienestar, esta serie de reglas pueden ocasionar que el chico diabético se sienta diferente al resto de sus compañeros y más si se toma en cuenta que más de la mitad su tiempo la pasan en la escuela en convivencia con otros niños.

El chico al sentirse tan distinto al resto de las personas con las que convive, puede caer en un cuadro depresivo, que inicialmente puede ser manifestado en rebeldía de tomar los medicamentos e inyectarse la insulina, o bien en la negativa de ingerir el medicamento -según sea el caso- lo cual hace que el control glucémico sea más difícil.

Otra característica del adolescente deprimido a consecuencia de un diagnóstico de diabetes, es que puede llegar a generar aislamiento de amigos y familiares, lo cual puede acentuar su estado decaído y puede llegar a considerar el suicidio como una solución a todo lo que puede estar sintiendo y viviendo. Un ejemplo de ello puede ser el aumento considerable de los índices de suicidio o tendencias suicidas en la etapa adolescente. Arslanian (2007).

El impacto psicológico que sufren el paciente y sus padres al recibir un diagnóstico de diabetes, tiene que ser del conocimiento del médico. La tarea del médico es en un primer momento proporcionar tranquilidad y apoyo emocional al paciente y a sus familiares.

Diversos autores han estudiado la relación entre la adherencia al tratamiento del control metabólico y los factores familiares (Burroughs, Harris et al, 1997; Drotar, 1997) y sociales (Greca, Auslander et al, 1995; cit. en Dios, Avedillo, Palao, Ortiz y Agud, 2003). Una red social y familiar adecuada promueve el bienestar emocional y el sentimiento de ser valorado y cuidado por otros, aspectos importantes para una adecuada adaptación a la enfermedad (Greca, 1992; Greca, Auslander et al, 1995; Resnick, Berman et al, 1997; cit. en Dios, Avedillo, Palao, Ortiz y Agud, 2003).

#### 3.6.4.1. Depresión

La depresión aparece en los enfermos de diabetes sin importar la edad y el tipo de diabetes, pero no por ser frecuente debe tomarse a la ligera. Por el contrario, hay que poner especial interés en ella. Se caracteriza por síntomas emocionales o de comportamiento que ocurren en respuesta a un estresante identificable, como cambios de apetito o en el peso, en el sueño, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. Otro aspecto importante es que en los pacientes diabéticos es mucho más difícil controlar la glucosa sanguínea pues no tienen la motivación para hacer nada que les pueda llevar a cambios favorables en su vida. Álvarez (2003) ha comprobado que la mejoría de la depresión puede traducirse en una mejoría de las manifestaciones clínicas de la diabetes y, por tanto, un mejor control de la glucemia.



### 3.6.4.2. Estrés

El estilo de afrontamiento al estrés que tiene un adolescente diabético es otra variable que también ha sido ampliamente vinculada con la adherencia al tratamiento (Graue, Wentzrel, Larsen, Bru, Hanestad y Sorvik, 2004; Guthrie, et al., 2003; Peyron et al., 1999; cit. en Ortiz, 2006). Lazarus y Folkman (1986; cit. en Ortiz, 2006) establecieron inicialmente dos tipos de afrontamiento: uno centrado en la emoción y otro centrado en el problema.

En el primero se busca regular la emoción causada por el estrés y en el segundo se intenta manejar el problema que origina el estrés (Rodríguez-Martín, 2001; cit. en Ortiz, 2006). Pierrot et al (1999; cit. en Ortiz, 2006) demostraron que ambos estilos de afrontamiento pueden estar asociados con el control glicérico (niveles máximos y mínimos de azúcar). El afrontamiento centrado en el problema puede afectar el control metabólico, ya sea inhibiendo o estimulando la adherencia al régimen terapéutico. Este estilo de afrontamiento puede favorecer la resolución de problemas y facilitar cambios conductuales. Contrariamente, el afrontamiento centrado en la emoción se asocia con resultados negativos de salud, incluyendo el no cumplimiento del régimen (Boland y Grey, 1996; cit. en Ortiz, 2006).

Un correcto manejo de estrés contribuye a enfrentar y manejar la enfermedad de manera más efectiva. En algunas personas, los niveles de glucosa pueden elevarse y mantenerse así cuando la persona bajo estrés es menos activa o si el estrés se hace crónico. Los niveles de glucosa sanguínea pueden disminuir rápidamente si el paciente se pone muy activo o agitado.

Una de las consecuencias del estrés en las personas con DM es que elevan el consumo de hidratos de carbono; esto genera hiperglucemias o complicaciones mayores.

### 3.6.4.3. Tratamiento Psicológico.

Antes ya revisamos los cuidados y tratamientos médicos que los pacientes con diabetes deben seguir para mantener bajo control su enfermedad.

Sin embargo, estos tratamientos deberían ser complementados por intervenciones de tipo psicológico, sin importar si se trata de niños, jóvenes o adultos.

Como es sabido, la aplicación de la psicología de la salud tiene una tendencia al crecimiento y esto es debido, entre otros aspectos, a que tiene diferentes áreas de aplicación (Trejo, 2001), las que, de acuerdo con Bellamy (1995; citado en Trejo, 2001) se agrupan de la siguiente manera:

1.- Promoción y acrecentamiento de la salud, es decir, se enfoca a la educación tanto sanitaria, como a las variables motivacionales y afectivo-emocionales, generación de nuevos hábitos y estilos de vida saludables. Esto, a su vez se, enfoca hacia dos direcciones:

- a) Prevención: controlando las variables motivacionales, conductas y hábitos de riesgo y modificación de conductas patógenas.
- b) Evaluación, tratamiento y rehabilitación de trastornos específicos: por ejemplo problemas cardiovasculares, problemas del sistema nervioso central, gastrointestinales, entre otros.

2.- Análisis y mejoras del sistema y atención: mejorando la relación profesional-usuario, en el sistema de salud, preparación de pacientes para hospitalización, etc.

3.- Dirigidas a la formación de profesionales para profesionales y tareas de gestión.

Dependerá del área donde el psicólogo realice su actividad, así como de los objetivos que persiga para que los puntos anteriores puedan desarrollarse, ya sea de manera individual o en conjunto con otros profesionales.

Un aspecto importante para que el tratamiento psicológico brindado a un adolescente con diabetes sea exitoso, es el apoyo de la familia y su reacción ante el padecimiento del menor. Cómo reaccione y maneje la familia sus miedos y ansiedades ante el diagnóstico, es un factor vital para la adherencia al tratamiento terapéutico del chico. El acercamiento analítico a la familia, como factor de riesgo o protección frente a los problemas psicológicos del niño diabético, se ha producido desde diversos paradigmas, como: sistémico, conductual, conductual-cognitivo y psicoanalítico (Díaz, 2006).

El diagnóstico de diabetes supone para cualquier familia la necesidad de hacer frente a una enfermedad crónica. Esto significa la puesta en marcha de mecanismos de afrontamiento y de reajustes en la dinámica familiar muy importantes, tales como la elaboración de estrategias que posibiliten el autocuidado, hasta conseguir que el paciente sea responsable de sí mismo en cuanto a su padecimiento, esto es, que respete los horarios de medicación, mantenga una dieta balanceada, realice actividad física, todo esto sin que le tenga que ser ordenado (Reekert y Drotar, 1999; citado en Díaz, 2006).

La reacción ante el diagnóstico puede ser por demás variada. Díaz (2006) menciona que depende en gran medida de las características de cada uno de los miembros de la familia y de sus habilidades de afrontamiento y para resolver problemas. En la mayoría de los casos, los padres pueden llegar a sentirse desbordados; sin embargo, las nuevas responsabilidades que tienen para con sus hijos y su cuidado pueden propiciar riñas entre padres y familiares cercanos o directamente con el chico, quien a su vez también se encuentra desconcertado acerca de lo que le ocurre.

De acuerdo con Díaz (2006), otro aspecto a considerar y que necesariamente forma parte de la evaluación para el tratamiento psicológico, es la aparición de pautas educativas de sobreprotección hacia el paciente, impidiendo la autonomía social y dificultando la adherencia a los autocuidados. Esto, menciona el autor, da lugar a niños dependientes de los padres, con limitaciones importantes en sus relaciones y actividades sociales.

Satin (1989) y Lowes y Lyne, (1999; citados en Díaz, 2006) mencionan que también se ha detectado que en algunas familias se produce un deterioro de la calidad de vida, a través de un sentimiento de menor satisfacción personal – tanto en la convivencia intrafamiliar como en la autoevaluación de la propia competencia en el nuevo rol de padres – como por el impacto negativo que se produce en las relaciones sociales de apoyo habituales.

A continuación presentaré el esquema que, de acuerdo con Díaz (2006), puede ser una manera correcta de realizar la intervención psicológica en niños y jóvenes con diabetes:

#### 1.- Aspectos generales de evaluación ligados al diagnóstico y manejo de la enfermedad.

- Cumplimiento y dificultades respecto a las normas sobre alimentación. Identificar cuales son los problemas que el paciente esta teniendo para seguir con los criterios de alimentación y verificar que se lleven a cabo.
- Idoneidad en la administración de insulina. Al igual que el punto anterior, consiste en identificar y verificar, las complicaciones que el paciente tiene para el autosuministro de insulina y en la medida de lo posible solucionarlo, para que se cumpla efectivamente.
- Realizar ejercicio.
- Dificultades en cuanto a la adherencia a las indicaciones médicas.

#### 2.- Valoración de la dinámica familiar.

- Valoración de los cambios producidos en los cuidados de los hermanos no enfermos, así como su nivel de implicación en el tratamiento. El propósito es conocer todos aquellos factores externos que puedan influir en el comportamiento del paciente con respecto a su padecimiento.
- Respecto al paciente. Aquí el propósito es identificar aquellos aspectos relacionados directamente con el paciente que contribuyan a un mal manejo y control de la enfermedad.

### 3.- Tratamiento diferencial con respecto a los hermanos.

- Manejo, por partes, de los patrones de conducta no pertinentes. Es necesario conocer los hábitos de las personas más cercanas a la persona con diabetes, debido a que esto puede influir en el mal manejo del padecimiento.
- Cómo asume y qué miedos presenta frente a las pautas tendientes a la autonomía y frente a las anticipaciones negativas. Es preciso conocer cómo están percibiendo el padecimiento de su familiar.
- Evaluar la existencia de absentismo escolar, rendimiento, problemas de interacción social y los posibles desajustes conductuales y/o emocionales.
- Evaluar si hay deterioro del rendimiento académico y la posibilidad de algún trastorno específico.

### 4.- Factores contextuales de valoración

- Son elementos que aparecen interrelacionados con el medio familiar como sistema dinámico, el individuo y el contexto socio-escolar. Aquí es importante dar cuenta de la dinámica que el chico sostiene con su medio social, tanto con su familia nuclear como con la familia extensa y con sus compañeros de escuela.

### 5.- Adherencia al tratamiento.

- Nivel de comprensión de las indicaciones. Es de vital importancia conocer si al chico le ha quedado claro, la importancia de su padecimiento, las causas, y las consecuencias posibles tanto de un adecuado manejo del padecimiento, como de un mal control del mismo. Verificar si han quedado claras las especificaciones hechas por el médico, tanto por el chico, como por sus padres.
- Por diferencias entre los padres. Ambos padres deben conocer todo lo relacionado con el padecimiento del chico, y de igual manera es necesario verificar que no haya dudas al respecto. Es necesario tomar en consideración los conflictos que puede haber entre los padres, ya sea que vengan de tiempo atrás o que hayan sido una de las consecuencias del diagnóstico médico de la enfermedad de su hijo. Algunos padres se culpan entre ellos de la enfermedad que aqueja a su hijo.

## 6.- Valoración del entorno familiar.

- Nivel de estrés y manejo del mismo.
- Habilidades de ajuste y afrontamiento de los miembros de la familia.
- Calidad de la interacción padres/hijo. Es importante conocer si se le esta tratando de forma distinta al chico diabético, respecto de sus hermanos.
- Salud psicológica de cada uno de los miembros que fungen como apoyo social.

## 7.- El paciente y la dinámica familiar.

- Medidas puestas en marcha para evitar el asilamiento social.
- Miedos al rechazo social debido a la enfermedad.
- Medidas puestas en marcha e idoneidad de las mismas, para favorecer el autocuidado.
- Aparición y abordaje de conductas internalizantes: miedo, fobias, ansiedad, depresión, retraimiento y bajo autoconcepto.
- Aparición y abordaje de conductas externalizantes: incumplimientos, desafíos a las figuras de autoridad, agresiones, irritabilidad, autolesiones.

Una vez obtenida la información, hay que priorizar cual será el área de intervención y las hipótesis respecto a la causas que estén motivando los problemas detectados.

- El ámbito familiar como sistema.
- El ámbito neurocognitivo y/o escolar.
- El ámbito individual.

Como podemos observar en el esquema anterior, se abordan los que parecen ser los principales aspectos que hay que tomar en cuenta para realizar una adecuada evaluación y, por lo tanto, hacer más probable una intervención psicológica exitosa. Es decir, como psicólogos tenemos la obligación de intentar no dejar ningún cabo suelto antes de decidir la manera como vamos a intervenir en un caso de diabetes juvenil. Esto obviamente es complicado, pero nos puede posibilitar una mejor intervención terapéutica tomando en consideración aquellos aspectos que aunque no sean prioridad, son importantes al llevar a cabo el tratamiento terapéutico.

Es importante tomar en cuenta que la intención de que la persona con diabetes reciba atención psicológica es que la persona aprenda a gestionar su propia enfermedad, a través de adquirir las competencias necesarias para llegar a un grado adecuado de autocontrol; esto evidentemente se hace más difícil en los niños y jóvenes que la padecen.

Como se ve en el esquema propuesto por Díaz (2006), la educación diabetológica es entendida como un proceso educativo terapéutico, en el cual se tiene que tomar en consideración tanto aspectos biomédicos, como psicológicos, sociológicos y de aprendizaje de las personas y familiares afectados por esta enfermedad crónica (Vidal, Anguita y Armengol, 1998).

La edad, el tiempo de evolución, el tratamiento con insulina, los factores de riesgo, los objetivos del control metabólico, la esperanza de vida, son aspectos básicos para definir a grandes trazos el tipo de programa educativo. Dentro de un programa de aprendizaje deberán tenerse en cuenta no sólo aspectos del tratamiento y evolución clínica de la enfermedad, sino también los conocimientos, las habilidades, las actitudes, los hábitos de vida cotidiana, el entorno sociolaboral, la fase de adaptación psicológica a la enfermedad, las atribuciones o creencias y la capacidad de aprendizaje, que permitan al diabético auto-responsabilizarse de su enfermedad (Vidal, Anguita y Armengol, 1998).

Vidal, Anguita y Armengol (1998) señalan que cuando la diabetes mellitus afecta a niños y adolescentes, además de todo lo anterior hay que tener en cuenta las características propias de estas edades:

- Su etapa evolutiva física y psíquica.
- Estilo de vida (variable según la edad).
- Necesidad de tutela en las primeras etapas.

La diabetes no comporta riesgo de afectaciones neuro-cognitivas a corto plazo, pero sí un gran esfuerzo de adaptación conductual y emocional por parte del niño, y también una mayor dedicación de horas por parte del educador a causa de estas etapas

evolutivas y a la necesidad de potenciación progresiva de su autonomía. Esto obliga necesariamente a modificar la educación diabetológica que se lleva con los adultos.

Para estos autores, los objetivos principales del tratamiento psicológicos son:

- Conseguir un crecimiento y desarrollo tanto físico como emocional normal.
- Mantener los niveles de glucosa en sangre lo más próximos a la normalidad, evitando la aparición de hipoglucemias.
- Evitar el absentismo escolar.
- Planear participación en actividades físicas y sociales.
- Evitar la manipulación de la diabetes por parte del niño en la comunidad.
- Conseguir la máxima responsabilidad del niño, adecuada a su edad e inteligencia, en el control de la enfermedad.

Por otro lado, hay que tomar en cuenta algunas características diferenciales de los pacientes con diabetes mellitus como son:

- Inestabilidad glucémica: cambios/adaptaciones frecuentes de insulina.
- Dificultad en obtener orina para la determinación de cetonuria en niños pequeños.
- Agresión física (inyección y punción capilar)
- Dificultad en la colaboración para ingerir los alimentos adecuados.
- Necesidad de un aporte calórico y nutricional distinto al del adulto, sin necesidad de restricción de proteínas ni grasas y con mayor aporte de lácteos.
- Influencia de la actitud de los padres.
- Necesidad de educación para los niños y tutores.
- Necesidad de información para la escuela.

Al llegar el niño a la adolescencia, va adquiriendo la capacidad de entender la enfermedad en sus aspectos más complejos pero, desde el punto de vista emocional, entra en una etapa marcada por conflictos de identidad que pueden interferir seriamente en su conducta de adaptación.



Es muy frecuente que el adolescente tenga dificultades para asumir su realidad, negando la enfermedad y negándose a cumplir las normas que posibilitan su control glucémico. De esta manera, viven de una forma negativa las tensiones y vigilancia por parte de los padres y del personal sanitario. Es aquí cuando el refuerzo psicológico se hace más necesario.

Dentro de la adolescencia se presentan dificultades tales como: inestabilidad metabólica debida a cambios hormonales, entorno que favorece el consumo de alcohol y otros productos tóxicos, inicio de la sexualidad, etc., lo cual hace que la etapa de la adolescencia sea aun más difícil de lo que es en sí misma.

Como podemos darnos cuenta pese a que hoy en día la diabetes es un problema grave de salud pública y debido a ello hay que continuar con los esfuerzos por detener la pandemia en la que se ha convertido, y atenderla en un sentido preventivo; también es vital atender a la población que ya forma parte del porcentaje de personas con diabetes. Esto con el objetivo de retrasar el mayor tiempo posible las posibles complicaciones que la diabetes trae consigo. Tomando esto en cuenta, como profesionales de la psicología nos corresponde brindar atención y servicio a la población que así lo requiera y lo solicite, en conjunto con la intervención médica regular, con el fin de contribuir en alguna medida al bienestar del paciente.

Lograr esto es particularmente complicado en el caso de adolescentes, pues como ya revisamos los cambios a los que se tiene que enfrentar el joven, se multiplican, al tratarse de un chico con diabetes mellitus.

Esto quedará ejemplificado en el siguiente capítulo, el cual está enfocado en dos direcciones, la primera, dar cuenta de los elementos que como psicóloga en formación puse en práctica para intervenir a nivel clínico, y la segunda, posibilita tener una perspectiva de cómo puede ser tratado un caso de diabetes juvenil.

## Capitulo 4.

### Análisis de Caso: Emma

“Lo que no nos destruye, nos hace más fuertes”

-Friedrich Nietzsche.

El siguiente capítulo es el análisis de caso que realice con la finalidad de mostrar de forma más clara, aquellos elementos que fueron dando cuenta de mi formación como psicóloga al proporcionar terapia individual a los chicos de una escuela secundaria, elegí el caso de Emma, una niña de trece años de edad, que asistía al segundo grado de secundaria; la elección del caso se debió principalmente a que fue el caso con el que tuve mayor número de sesiones, lo que me permitió ir poniendo en práctica aquellas habilidades y competencias que fui adquiriendo; así mismo que el número de sesiones haya sido mayor que en otros casos, contribuye a que mi desempeño como profesional en formación de la psicología, pueda ser visto al inicio, en medio y al final del tiempo que duró la práctica, teniendo así un panorama más amplio. El total de sesiones fue de 12, de las cuales, ocho sesiones fueron con Emma y las cuatro restantes fueron realizadas con la familia de la niña. Otro aspecto que influyó en la elección del caso fue la problemática que se presentó, ya que se trataba de una niña que padecía diabetes mellitas tipo 2, desde los once años, y esto estaba relacionado directamente con la canalización de la niña al servicio de psicología por parte de su asesora. A continuación presentare la descripción del caso y posteriormente el análisis realizado.

#### 4.1. Descripción del Caso

La asesora de la niña fue quien solicitó el servicio de psicología, debido a que estaba muy preocupada porque se había enterado que Emma tenía muchos problemas de conducta en casa, a consecuencia de su rebeldía para tomar el medicamento que le había sido recetado para la diabetes. Adicionalmente a esto, la profesora mencionó que Emma en diversas ocasiones había manifestado verbalmente deseos de morir e irse de su casa, y que no le interesaba en lo más mínimo cuidar su salud. La asesora también reportó que notaba que la niña consumía dulces en exceso durante su estancia en la escuela.

Emma asistía al segundo año de secundaria, padecía Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) desde los once años. En cuanto le fue detectada la enfermedad, el médico que la atendía le recetó antidiabéticos orales y dieta especial; sin embargo, Emma se rehusaba a seguir estos lineamientos y también a asistir a las citas médicas que su madre y su abuela conseguían en el Instituto Nacional de Pediatría.

Emma vivía con sus abuelos por voluntad propia, ya que no le gustaba vivir con su mamá porque la pareja con la cual ésta vivía no le caía bien, además de que la niña expresaba que le ponían más atención a su hermana que a ella. En una reunión que se tuvo con la mamá, ésta expresó que durante un tiempo se llevó a Emma a vivir con ella, pero la niña no se adaptó y prefirió regresar con su abuela.

La abuela materna es la que se encargaba de la educación de la niña; sin embargo, se quejaba mucho por la rebeldía de la niña y los constantes pleitos entre ella y el abuelo.

Tanto una de las tías de la niña como la madre y el abuelo, padecen diabetes; sin embargo la niña refería que ellos no se cuidaban y que eso hacía que ella tampoco lo hiciera.

Además es importante mencionar que el vínculo que se estableció entre la escuela y la familia no fue debido a problemas académicos de la niña, sino más bien porque Emma buscaba apoyo de algún profesor, además de que la abuela de la niña buscó el apoyo de los profesores y de la orientadora con respecto a los problemas que tenían con la niña en casa.

A lo largo de la intervención uno de los profesores de la niña se acercó en una ocasión a la terapeuta, para expresar que la niña era muy floja y que en ocasiones se salía de su clase y decía que estaba con las psicólogas, o simplemente decía que iba al baño y no regresaba en toda la clase. El profesor pidió que se le apoyara en este aspecto y dijo que además Emma peleaba mucho con sus compañeros. Esta fue la única ocasión en la que algún profesor se acercó a las terapeutas.

La manera como Emma se comportaba en las sesiones variaba mucho de una a otra, pues mientras en algunas sesiones se mostraba muy atenta y cooperativa, en otras mostraba total y pleno desinterés ante lo que se le decía o pedía que hiciera.

En las ocasiones en que se trató de hablar acerca del tema de la diabetes, se mostraba particularmente distante, sus respuestas eran cortas y en esos momentos nunca mantenía contacto visual con las psicólogas.

No obstante, sí hubo sesiones en la que Emma llegaba muy contenta y con disponibilidad para trabajar con sus terapeutas, y más o menos a la mitad de la intervención Emma se comenzó a comportar más amistosa; si encontraba a las psicólogas en el patio o algún salón, aunque no se tuviera sesión con ella, la niña nos saludaba de manera muy cortés.

Considero que este acercamiento fue lo que hizo posible que en una de las sesiones se lograra romper con la tensión que la niña tenía y que expresara de alguna forma sus sentimientos; en este caso, lo hizo llorando y permitiendo el contacto físico entre ella y su terapeuta.

La principal razón por la que se dio por terminado el servicio es porque el tiempo que como psicólogos teníamos destinado a realizar el servicio social dentro de la secundaria ya había finalizado. Sin embargo, se sugirió a la familia y a la propia niña que continuaran asistiendo tanto al apoyo médico como al psicológico, pues era muy importante para que la niña asimilara de una mejor forma su enfermedad.

#### 4.2. Análisis del Caso por sesiones

En lo que sigue, voy a analizar aspectos de la intervención con Emma a partir de las transcripciones de las sesiones que, como se mencionó en un inicio, fueron audio-grabadas y transcritas. Mi interés será identificar las competencias que como profesional de la psicología en formación fui desarrollando y desplegando a lo largo de las sesiones para concretar la intervención. El análisis, entonces, lo iré desglosando en función de rubros que apuntan a dichas competencias.

## SESIÓN 1

La primera parte de esta primera sesión fue dedicada a la entrevista, y posteriormente se realizó un ejercicio de relajación.

### 4.2.1. La Entrevista como herramienta esencial

La entrevista dentro del proceso terapéutico es una herramienta fundamental, pues es el primer acercamiento del terapeuta con el paciente. Esta herramienta tiene como finalidad obtener información (toda la posible) que sea de utilidad para un mejor manejo del caso; posibilita de alguna manera que el terapeuta sepa con mayor certeza hacia dónde y de qué manera encaminar las dinámicas y/o ejercicios con los cuales se invite al paciente a la autorreflexión acerca de sí mismo y sus problemática, y de esta manera vaya encontrando posibles alternativas y se produzcan cambios paulatinos. Por medio de la entrevista, el psicólogo adquiere información que le permite tener un panorama más amplio con respecto al problema que el paciente plantea, lo cual permite que el terapeuta construya lo que es el problema desde una visión más especializada, es decir que encuadra la problemática de tal manera que el paciente resignifique su situación y contemple opciones al respecto.

Es a través de la entrevista que el psicólogo va vislumbrando las áreas emocionales que pueden estar afectadas, lo cual representa una dificultad para el desempeño del paciente, así mismo puede identificar el tipo de relaciones que establece con su entorno y saber los efectos de esto en su vida. Todo lo anterior es de utilidad para que el terapeuta se plantee hipótesis de trabajo, lo cual lo lleva a realizar una posible ruta de trabajo para intervenir en el caso.

La entrevista de Selekman fue uno de los elementos empleados, ya que resulta útil para los profesionales en formación tener material de apoyo, que vaya guiando la manera como conduce la sesión terapéutica. En mi caso, la guía de entrevista que utilicé fue la que me proporcionó la asesora, tomada de Selekman (1996), la cual como lo menciona el autor es una entrevista de tipo sistémico, además de tratarse de un modelo de entrevista centrado en soluciones. Desde esta perspectiva una entrevista con un propósito

determinado constituye una danza recursiva en la que la realimentación verbal y no verbal de la familia indica al terapeuta la futura categoría de preguntas que se deben seleccionar.

Dentro de esta guía de entrevista, Selekman (1996) menciona algunas características que el terapeuta debe tomar en cuenta al momento de llevarla a cabo, es importante mencionar que éstas consideraciones se pueden hacer tanto al momento de estar con los padres o con el adolescente en aislado, o bien, cuando ambas partes formen parte de la sesión:

- Preguntar con un propósito determinado.
- Crear en que los pacientes poseen la fuerza y recursos necesarios para cambiar.
- Hacer las preguntas de manera combinada, es decir, no apegarse necesariamente al orden preestablecido en la guía de entrevista.
- Prestar atención a la realimentación verbal y no verbal de cualquiera de los integrantes, para pasar de una categoría a otra de preguntas en cualquier momento.
- Centrarse en problemas específicos.
- Aclarar categorías que los pacientes traen sobre los problemas.
- Negociar objetivos concretos y realistas.
- Empatía con el adolescente: Fijarse objetivos de trabajo que éste acepte y no sólo los de los padres.

Las diversas preguntas centradas en la intervención pueden promover la autocuración (Tomm, 1987; cit. en Selekman, 1996) y liberaran a la familia de los problemas opresivos que padece, abriendo el camino a nuevas posibilidades.

Selekman menciona una serie de preguntas que facilitan la obtención de información; a continuación mencionaré algunas con el fin de ejemplificarlas.

1.- Explicación y redescrición únicas: ¿cómo se las arregló para dar un paso tan importante y revertir la situación?

2.- El milagro: “supongamos que ocurre algo inesperado, ¿qué cosas serían diferentes?”

3.- Para consolidar el cambio: ¿Qué tendría que hacer para que estos cambios continuaran?

En mi experiencia, y después de un tiempo, puedo agregar que es importante que a lo largo de la entrevista se dé paso al paciente a que hable acerca de su problemática y que las preguntas vayan dirigidas de tal manera que ambas partes (terapeuta-paciente) contribuyan a encontrar soluciones para los conflictos del paciente.

A continuación presentaré algunos fragmentos de la sesión en la que se llevó a cabo la entrevista a Emma.

*Sagrario: ¿y por qué crees tú que?, ¿tu maestra fue la que pidió el servicio?*

*Emma: ¿mi asesora?*

*Sagrario: creo que si, es que le dijo a ella (se dirige hacia Janeth)*

*Emma: ¿una gordita?*

*Janeth: no me acuerdo*

*Sagrario: ¿por qué crees que...?*

*Emma: porque hubo problemas en mi casa y ella fue la que habló conmigo.*

*Sagrario: ¿qué tipo de problemas?*

*Emma: lo que pasa es que mi mamá se separó de mi papá cuando estaba chica y tengo una enfermedad este, hace tiempo me salí de mi casa, me iban a llevar al DIF y le hablé a la asesora y ya creo que también fue por eso. (Sesión 1)*

Lo que empecé a hacer fue tratar de obtener información acerca del punto de vista de la niña con respecto al por qué de su canalización; esto lo hice porque había encontrado que cuando quienes solicitaban el servicio psicológico eran los padres o profesores, en el momento en que mis compañeros o yo íbamos por los chicos, ellos desconocían el por qué y para qué se les sacaba de su salón y por qué esto lo hacían personas desconocidas. Una de las primeras cosas que los pacientes tienen que saber son las razones por las que se les ha canalizado al servicio, y no menos importante es que el

terapeuta conozca si las razones del chico son parecidas u opuestas a las de las personas que solicitan el servicio para ellos.

A nivel teórico yo había leído que entre las características del terapeuta se encontraba la empatía, entendida como la manera en que el psicólogo hace intentos por entrar en el mundo del paciente y trata de comprender desde qué perspectiva plantea el paciente la situación. Particularmente en el caso de Emma, esto me pareció muy importante de hacer, ya que a simple vista ella desconocía los motivos por los cuales se le había canalizado al servicio, y era de mi interés saber qué tan similares eran los puntos de vista de ella y su familia.

Es importante tomar en cuenta la opinión y postura de los adolescentes con respecto a las problemáticas que su familia o profesores plantean, ya que generalmente los adolescentes son reportados por los adultos y no a partir de lo que ellos mismos consideran como problemas. Puede existir un rango muy amplio entre lo que para un adolescente y para otros miembros de su familia representa un problema, ya que en ocasiones aquél suele minimizar las consecuencias de muchos de sus actos, lo cual resulta desesperante para los padres, e induce a que a su vez caigan en exageraciones.

*Sagrario: ¿qué enfermedad tienes?*

*Emma: Diabetes*

*Sagrario: ¿de qué tipo?*

*Emma: dos*

*Sagrario: ¿y cuánto tiempo tienes con la diabetes?*

*Emma: mmm, como cuatro años.*

*Sagrario: ¿y por qué te saliste de tu casa?*

*Emma: porque, lo que pasa, el esposo de mi mamá me cae mal, nunca he vivido con ella, bueno hubo un tiempo que sí viví con ella y todo pero no me gusta estar con él, me dijo que me iba ir con ella lo de mi enfermedad.*

*(Sesión 1)*

Aquí las preguntas la encaminé a indagar acerca de las problemáticas de la niña, así como conocer acerca de cómo era la dinámica familiar, con el fin de corroborar la información proporcionada por la asesora con respecto a su situación familiar.



Para mí era importante conocer qué tipo de enfermedad era y el tiempo que tenía de diagnóstico, pues consideré que era relevante para saber si las reacciones de Emma ante la enfermedad y sus cuidados, reportadas por la orientadora, podían deberse a un diagnóstico reciente o no. Además de conocer si la niña tenía conocimiento de su padecimiento.

A pesar de que la información que yo poseía con respecto a la diabetes no era mucha, influyó que dentro de mi núcleo familiar existen casos de diabetes, lo cual me sirvió de apoyo para formular preguntas relevantes y útiles para comenzar a encuadrar el problema y formular hipótesis para la intervención. Entonces podemos ver que a la hora de que el psicólogo interviene en algún caso, no solo hace uso de sus conocimientos académicos sino también de todo aquel conocimiento adquirido a lo largo de su vida y sus experiencias cotidianas que le resulten relevantes para ir construyendo el problema.

En primera instancia abordar el tema de la diabetes era algo primordial; sin embargo, también era importante completar el panorama de los problemas existentes en casa, debido a que no podía contemplarse la enfermedad de la niña y sus reacciones ante ésta al margen de su situación familiar.

*Sagrario: ¿y tu papá?*

*Emma: nunca lo he visto*

*Sagrario: ¿por qué no te gusta vivir con tu mamá?*

*Emma: por su esposo*

*Sagrario: ¿no te cae bien?*

*Emma: no*

*Sagrario: ¿nunca te has llevado bien con él?*

*Emma: sí, o sea sí le hablo, es buena gente pero no me agrada, yo prefiero estar con mi papá.*

*Sagrario: ¿con tu papá?, ¿pero si nunca lo has visto?*

*Emma: no, porque también hubo problemas, yo le dije a mi mamá que buscara a mi papá, que yo lo quería ver y me dijo que nunca lo iba a buscar.*

*Sagrario: y en casa de tu abuelita ¿cómo te sientes? (Sesión 1)*

En el fragmento anterior, busqué ahondar un poco en los motivos que la niña tenía para no vivir con su mamá, y señalar de alguna manera cuando la niña caía en contradicciones, como fue el caso cuando habló de su papá; en ese momento, más que pensar que la niña mentía, lo traté de hacer como una manera en que la niña se percatara de que le estaba poniendo atención a todo lo que decía, como una forma de hacerla sentir tomada en cuenta. Lo que yo intentaba era indagar la relación que la niña tenía con los adultos que convivía; por el momento no era mi objetivo profundizar en una temática (por ejemplo, la relacionada con su papá, pues no era un aspecto que por el momento requiriera de atención urgente).

El psicólogo debe tener un hilo conductor; no perderse tratando de indagar en relaciones pasadas, sino más bien enfocar las relaciones que se tienen actualmente. Especialmente en los casos en los que se trabaja dentro de instituciones escolares, como en este caso, no es posible detenerse tanto en acontecimientos pasados, que si bien pueden resultar relevantes, no siempre tienen carácter urgente, debido a que los tiempos dentro de la institución son limitados y deben ser aprovechados al máximo, enfocando el trabajo de intervención a la solución de cuestiones prácticas que permitan que el adolescente tenga un comportamiento inmediato más funcional y menos conflictivo.

*Sagrario: ¿y en casa de tu abuelita como te sientes?*

*Emma: pues un poco mal porque mi tía llevo una niña chiquita que no es de ella, la mama de la niña se droga y sus hermanos, entonces la fueron a recoger, tirada y mojada, se hizo cargo de ella, entonces desde que la niña llegó hay problemas*

*Sagrario: ¿pero de qué tipo de problemas?*

*Emma: que mi abuelita le pone mas atención a la niña, o sea también cuida a la niña pero pues, o luego siempre andan enojados porque la niña no se quiere dormir.*

*Sagrario: ¿y con respecto a la diabetes cómo te sientes?*

*Emma: pues la verdad, la verdad no me cuida, me salí del hospital que estaba, ora este, ayer mi mamá me dijo que me había conseguido la cita, yo le dije que no quería ir y una amiga habló conmigo, una conocida, y le dije que yo no iba a ir, me dice 'pues no vayas, todo depende de ti', yo le iba a decir a mi mamá que yo no tenía...mmm bueno, la verdad no me*

*gusta ir al doctor, no me gusta faltar a la escuela, si a veces falto es porque me siento muy mal o porque salgo a un lado, prefiero estar en la escuela que en el doctor. (Sesión 1)*

Aquí yo buscaba saber a qué tipo de circunstancias la niña llamaba problemas, así como hacer un primer acercamiento por abordar el tema de la diabetes con la niña y conocer los motivos que la niña tenía para comportarse de esta manera.

Lo que me llevó a interesarme en preguntar los motivos de la niña, era que generalmente los padres e incluso algunos profesores pueden pensar que el comportamiento de los adolescentes no tiene fundamentos. Fue aquí donde hice una relación directa entre lo que conocía a nivel teórico y lo llevé a la praxis, lo que me ayudó a darme cuenta que efectivamente Emma tenía razones para su comportamiento, pese a que éstas no fueran de peso para sus familiares y profesores.

Tal vez fue un salto brusco pasar de preguntar por los problemas en casa a preguntar por la diabetes, sin embargo recuerdo que lo hice porque en ese momento tenía en mente que lo que importaba abordar era el tema de la diabetes, además de que lo que intentaba también era explorar las circunstancias de vida de Emma, así como las relaciones que mantenía. Lo anterior también me iba permitiendo observar e indagar la manera en que Emma respondía y cooperaba dentro de la sesión. Esto me ayudaba a ganar tiempo e ir contemplando posibles formas como podía abordar el tema de la diabetes, ya que Emma estaba siendo renuente con respecto a esa temática; también debido a esto preferí dar una especie de rodeo antes de entrar de lleno al tema.

***Sagrario:** pero bueno, tu mamá no se cuida y ella asume, ella sabe que la diabetes es una enfermedad muy delicada ¿no? pero por ejemplo tú o sea a la única que le puede beneficiar o afectar el hecho de no cuidarse, independientemente de que tu mamá se preocupa, vaya la que se siente mal, la que se siente cansada, la que le duele la cabeza porque aparte la diabetes te va generando otro tipo de enfermedades no solamente el me sube el azúcar o a veces me baja, entonces tú cómo te sientes cuando recibes las represalias de tu cuerpo.*

***Emma:** nunca me ha pasado*

**Sagrario:** *¿nunca te has sentido mal?*

**Emma:** *no, o sea a mí se me sube el azúcar y no me siento mal, se me baja y lo único que me da es hambre o se me sube pero no me siento mal, la verdad, y yo no quiero ir al doctor. (Sesión 1)*

Al proporcionar esta información pretendía generar auto-responsabilidad en Emma, lo cual no tuvo efecto debido probablemente a que Emma no se sintió identificada por la reflexión ofrecida, puesto que ella mencionaba que no se sentía mal cuando le subía el azúcar.

Lo que observo ahora es que no fue muy conveniente hacer la reflexión, pues la niña mostraba resistencia hacia el tópico, lo cual hacía más probable que la reflexión no tuviera ningún efecto en ella, debido a su falta de atención e interés. Además es necesario considerar que era la primera sesión, lo cual también podía representar falta de confianza hacia las terapeutas.

Era importante para mi saber si Emma presentaba malestares físicos y, en dado caso, qué tan severos eran, por lo que ofrecí razones por las que sería bueno que ella se cuidara y no usara como justificación la idea de que sus familiares diabéticos no cuidaban su salud.

**Sagrario:** *¿y con tu mamá has tenido problemas por no cuidarte?*

**Emma:** *muchos*

**Sagrario:** *¿sí?, ¿qué te dice?*

**Emma:** *que me cuide, pero pues si ella no se cuida, tiene que poner el ejemplo.*

**Sagrario:** *por ejemplo si tu mamá se cuidara, así si ocurriera un milagro y a partir de mañana te dieras cuenta de que tu mamá se cuida, que toma sus medicamentos, cuida su alimentación, ¿tú te cuidarías?*

**Emma:** *no sé*

**Sagrario:** *¿y por qué depende de tu mamá?*

**Emma:** *porque creo que ella me tiene que dar el ejemplo*

**Sagrario:** *y si ella no lo hace, ¿tú no lo piensas hacer?*

**Emma:** *no (Sesión 1)*

En esta parte de la entrevista continué intentando obtener información relevante y haciendo intentos de que la niña reflexionara acerca de sus respuestas. Aquí aplique la “pregunta por el milagro”, de tal manera que la entrevista se fuera entretejiendo con un interés por hacerla reflexionar.

*Sagrario: dices que te preocupa mucho no venir a la escuela, tener faltas, y el hecho de que no te cuides, a lo mejor ahorita no te hace nada ¿no? pero qué tal que llega un momento que te sientas tan mal que en verdad aunque no quieras tengas que ir al hospital y tengas que faltar a la escuela y no nada mas un día, ¿por ese lado crees que sería mejor decir, ‘bueno pues igual y les hago caso, a lo mejor no por ellos sino porque no quiero faltar a la escuela y tampoco es muy grato sentirse mal’?*

*Emma: no, la verdad yo no quiero ir al doctor*

*Sagrario: ¿qué es lo que más te molesta o te hace sentir mal?*

*Emma: no sé, no me agrada ir al doctor o sea si yo voy al doctor sería al IMSS o sea yo digo que me metan aquí cerquita. (Sesión 1)*

Aquí yo buscaba encontrar el valor que Emma otorgaba a la escuela y relacionarlo con su enfermedad. La idea era llamar la atención de Emma y generar una actitud de cambio a través de hablarle de los efectos de un mal cuidado de la enfermedad, enfocándome en ella con el fin que le resultara menos ajeno.

El propósito fue enfocarme más en lo que la niña sentía con el fin de relacionar más directamente sus sentimientos con sus conductas. En momentos había cosas que no se me ocurría preguntar; sin embargo, Emma mencionaba aspectos que me resultaban importantes y era cuando aprovechaba para realizar otras preguntas.

*Sagrario: ¿en tu salón saben que tienes diabetes?*

*Emma: no, o sea lo que saben es que no me pueden hacer enojar, no me puedo alterar, es lo único que saben*

*Sagrario: ¿pero nunca te han preguntado por qué?*

*Emma: muchos (ríe)*

*Sagrario: ¿y qué les dices?*

*Emma: no les digo nada*

*Sagrario: ¿por qué?*

*Emma: no sé*

*Sagrario: ¿no te gusta que se enteren?*

*Emma: no (Sesión 1)*

En una parte de la entrevista Emma mencionó que sus compañeros se burlaban de ella y la molestaban, y me pareció importante saber si esos conflictos tenían relación con su enfermedad. Esto resulta interesante, ya que hilar las preguntas en torno a sus relaciones sociales importantes también incluía su situación en la escuela y era un aspecto que no podía dejar a un lado, debido a que el servicio prestado estaba enmarcado dentro de un ámbito escolar, lo cual nos lleva a no dejar de lado este aspecto en la vida de los adolescentes y no perder de vista cómo las diferentes aristas del problema toman cuerpo dentro de la escuela.

Me sentía muy nerviosa, traté de apegarme a la guía de entrevista. Sin embargo, esto no fue posible pues aunque había repasado la guía y había comprendido, según yo, la importancia y utilidad de las preguntas, al estar frente a la niña por momentos sentía que me quedaba sin preguntas que en ese momento fueran relevantes para el caso. Sin embargo al releer las sesión, me di cuenta de que aunque en ese momento no fui muy consciente del ¿por qué? preguntaba tal o cual cosa, en realidad sí había una razón, y las preguntas que en un primer momento llegué a considerar irrelevantes, descubrí que no lo eran. Debido a que de lo que se trataba la sesión uno era de obtener la mayor cantidad de información posible para poder tener un panorama más amplio y poder elegir mejor las áreas sobre las cuales realizaría la intervención.

Aquí me parece importante mencionar que si bien en semestres anteriores yo había realizado entrevistas dentro del aula y dichas entrevistas habían sido acerca de distintas temáticas para trabajos de investigación, así como lecturas sobre qué es una entrevista, sus usos, tipos, etc., al trabajar con un caso clínico la situación es distinta porque hay que rastrear el problema, preguntarse qué áreas tienen que salir a la luz, entender la perspectiva del paciente, mostrarse empático con el mismo, etc. con la finalidad de abrir camino para la intervención.

Es importante mencionar que Emma fue de las primeras niñas que tuve como paciente, lo cual aumentaba el nerviosismo al primer contacto con ella. Conforme fue transcurriendo el tiempo, en la entrevista me fui sintiendo más relajada y dejé de estar pendiente de seguir el guión de la entrevista; y mejor trataba de enfocarme más en aquellas preguntas que me permitieran obtener información acerca de lo que a mí me interesara, aunque no se encontraran en la guía de entrevista.

Otro aspecto que influyó fue que en clase habíamos revisado material sobre diversos temas, como indisciplina en adolescentes, hábitos de estudio, etc., pero nada sobre diabetes, o algún padecimiento similar en adolescentes. Esto provocó en mí cierta inseguridad por varios motivos, entre ellos que a pesar de que sabía más o menos qué es y cómo se atiende la diabetes en adultos, desconocía que esto era diferente en los niños y adolescentes, por lo tanto no tenía mucha idea acerca de qué y cómo preguntar al respecto.

Un aspecto importante a remarcar es el hecho de que los psicólogos deben tener información amplia (quizá no tan detallada como un médico) sobre distintas cuestiones, como fue en este caso el aspecto relacionado con la salud. Pues en mi caso el no poseer la información suficiente limitó un poco los focos de atención que podían haber servido de apoyo, como es el caso de que en los niños y jóvenes la dieta no es tan estricta como en el caso de los adultos, y que las problemáticas que los chicos ven no son las mismas que reconoce un adulto.

Por otro lado, era obvio para mí que la niña no deseaba hablar mucho del tema, pues cuando le preguntaba al respecto sus respuestas eran cortas, en ocasiones muy cortas, su mirada la enfocaba en cualquier otro punto que no fueran las terapéuticas.

Pese a todo esto, al hacer una nueva revisión de esta sesión, me encontré con que hice uso de algunas competencias que adquirí en mi formación como estudiante de psicología, como lo fue en este caso la utilización de la entrevista como herramienta para obtener información necesaria y sobre todo de utilidad. Además del trabajo de análisis, que si bien en las lecturas revisadas dentro de los seminarios de la materia de Psicología Social Aplicada no aparecía, era una competencia que venía desarrollando en semestres anteriores, con la finalidad de hacer intentos por interpretar algunas respuestas que Emma

daba o la manera como lo hacía. Por ejemplo, cuando las respuestas ante preguntas relacionadas con la diabetes eran muy breves, podría parecer que simplemente a la niña no le interesaba, o que el terapeuta no estaba realizando el trabajo de manera adecuado, faltando desarrollar un ambiente de confianza; o podría verse como que si bien a la niña no le agradaba hablar del tema, sí estaba dispuesta a responder (aunque fuera brevemente) las preguntas respecto de este tema. De este modo, cambia la visión: de un paciente totalmente desinteresado, a un paciente con dificultades para expresarse verbalmente acerca de problemáticas con una fuerte carga emocional para él.

Asimismo, las preguntas estuvieron encaminadas básicamente a tres aspectos:

- Indagar qué sentimientos, pensamientos y conocimientos tenía Emma sobre su enfermedad y los motivos por los que fue canalizada al servicio psicológico.
- Proporcionar información acerca de lo que las terapeutas iban a hacer.
- Comenzar la aplicación de los ejercicios tanto de tipo escrito, como de visualización, estos últimos eran necesarios para llevar a cabo las relajaciones; los cuales en ese momento se consideraron los más adecuados, y también tener noción acerca de la disposición de la niña para realizarlos.

Los primeros ejercicios que puse en práctica, fueron los relacionados con la relajación, con la idea de que contribuyeran a que la niña se mostrara más cooperativa y dispuesta para hablar.

#### 4.2.1.1. Ejercicio de Relajación

En este caso, la relajación se utilizó dentro de la sesión uno, como una técnica para ayudar a la paciente a compenetrarse con el trabajo en la sesión terapéutica.

Las técnicas de relajación constituyen un conjunto de procedimientos de intervención útiles no sólo en el ámbito de la psicología clínica y de la salud, sino también en el de la psicología aplicada en general. A pesar de los orígenes relativamente nuevos de los procedimientos de relajación, sus antecedentes históricos son antiguos. Existen importantes conexiones históricas entre las técnicas de relajación, basadas en la



sugestión, y los primeros intentos de tratamiento de la enfermedad mental, basados en el magnetismo animal y la hipnosis (Caballo, 1991).

La relajación, en sentido estricto, constituye un típico proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo fisiológico y lo psicológico no son simples correlatos uno del otro, sino que ambos interactúan siendo partes integrantes del proceso (Turin, 1989; cit. en Caballo, 1991).

Al respecto, Caballo (1991) menciona que la relajación se ha entendido como un estado con características fisiológicas, subjetivas y conductuales similares a las de los estados emocionales, pero de signo contrario.

Dentro del marco de la terapia psicológica, las técnicas de relajación resultan muy útiles en casos donde el paciente se muestra muy estresado o muy disperso durante la sesión, es un medio del cual nos podemos valer los terapeutas para hacer que el paciente entre en un estado de tranquilidad y sosiego, el cual le permita captar y retener la información proporcionada por el terapeuta, así como participar en la sesión de una manera activa.

La relajación puede ser utilizada en cualquier momento de la sesión en que el terapeuta lo considere necesario. Sin embargo, los casos en los que yo intenté trabajar ejercicios de relajación los chicos se mostraban poco interesados o con poca confianza para realizarlos.

Cuando se trata de una enfermedad, es muy útil hacer uso de las visualizaciones (incitar al paciente a que imagine escenas de su vida en las que se sienta a gusto, ya sean reales o ficticias) junto con la técnica de relajación, debido a que esto puede ayudar a que el paciente tenga una relación más directa con su cuerpo.

La relajación que realicé también incluía el trabajo de visualización, cuyo propósito era que Emma fuera encontrando aquellos aspectos de ella misma que no le parecieran desagradables y que le sirvieran como motivación para verse a sí misma de manera diferente; que sintiera que si las cosas externas no le agradaban, dentro de ella misma encontrara cosas que sí le gustaran y recurriera a ellas en el momento que lo

deseara, es decir, que una de los propósitos fue alimentar (simbólicamente) su fuerza interior, por medio de frases como: “ve a tu interior y observa tu cuerpo con una nueva mirada para comprender y valorar que nunca lo habías visto bajo esa luz clara”, “advierete que eres elegante, fuerte y ligero”, “crea un lugar especial para ti, donde te sientas segura”, etc.

Posterior al ejercicio de visualización, realice algunas preguntas a Emma con el propósito de indagar si, efectivamente había podido realizar tal ejercicio:

*Sagrario: ¿cómo te sientes?*

*Emma: bien*

*Sagrario: ¿tienes sueño?*

*Emma: poquito*

*Sagrario: ¿sí? ¿Si te imaginaste todo lo que te iba diciendo?*

*Emma: sí*

*Sagrario: ¿qué te imaginaste o cómo te lo imaginaste?*

*Emma: no sé*

*Sagrario: ¿cómo era ese lugar especial?*

*Emma: bonito*

*Sagrario: ¿bonito? ¿Dónde era?*

*Emma: en el salón (Sesión 1)*

Estas preguntas la hice al terminar de realizar una visualización, que se llamaba “belleza interior”. Al realizarla Emma tenía que ir visualizando que era bella por dentro, así como imaginar un lugar especial que ella decorara a su gusto y en el que se sintiera tranquila. No estaba segura de que esto hubiera ocurrido, pues durante el ejercicio Emma estuvo moviendo los pies y los cruzaba una y otra vez.

Aquí mi capacidad de observación me permitió ver que no había concordancia entre lo que decía la niña que había hecho y su lenguaje corporal, de lo cual me fue posible percatarme específicamente durante el ejercicio de la relajación, ya que hubo muchos movimientos de la niña que no son posibles bajo un estado de tranquilidad provocado por una relajación, como por ejemplo, mover las piernas, acomodarse más de un par de ocasiones, entre otros.

Mientras iba realizando la relajación, recuerdo que me sentía incómoda, debido a que interpretaba que Emma no estaba realizando las instrucciones que le iba dando, me sentía insegura porque sentía que tal vez yo no lo estaba haciendo de manera adecuada, pensaba que el volumen de mi voz tal vez debería ser más bajo, el ritmo más lento; y trataba de ir haciendo esos cambios. Me percaté de que es una técnica para la que hay que tener mucha sensibilidad y paciencia en el caso de los adolescentes, ya que en ocasiones les da risa, no muestran seriedad, se ponen nerviosos, tienen miedo de cerrar los ojos frente a un extraño, etc. Sin embargo, yo la consideraba un recurso necesario dado que Emma estaba teniendo problemas de salud que, como se sabe, disparan cuestiones de ansiedad y se llegan a generar muchas imágenes negativas al respecto de la enfermedad y de sí mismo.

## SESIÓN 2

### 4.2.2. Promoción del autocuidado como habilidad para la salud del paciente.

En la sesión 2 decidí trabajar con Emma el área de autocuidado. Como es sabido, las conductas de autocuidado son vitales para el ser humano. Entre ellas se incluyen desde conductas sencillas como comer, lavarse los dientes, llevar una alimentación sana y nutritiva (exenta de grasas, sales y azúcares, o al menos evitar su consumo excesivo), hasta conductas que requieren una mayor elaboración, como no salir a altas horas de la noche a lugares solos y oscuros, no conducir si se ha ingerido alcohol, etc.

En el caso de los adolescentes, el aspecto de una alimentación sana llena de nutrientes y carente de grasas, harinas, azúcares, alcohol, tabaco, etc., se hace más complicado ya que en ocasiones los chicos tienen a consumir este tipo de alimentos porque les gusta y/o por simple rebeldía de contradecir a los adultos, cuando son estos últimos quien los prohíben.

Sin ir muy lejos, los mismos alumnos de psicología e incluso de medicina, quienes somos supuestos promotores de salud y conductas de autocuidado, no somos personas que pongamos en práctica muchas conductas de autocuidado, ya que

presentamos consumo de alcohol, tabaco o drogas, mala alimentación, malos hábitos de sueño, etc.

Específicamente con Emma, decidí trabajar este punto ya que de entre los motivos que la orientadora proporcionó, mencionó que la niña comía dulces en exceso, lo cual acentuaba su problema de azúcar, además de que durante la entrevista la propia niña dijo que no se cuidaba.

Antes de entrar al tema que a mi me interesaba tratar en la sesión dos, primero intenté que la niña se sintiera un poco más en confianza con las terapeutas, hablando de otras cosas que no fuera su diabetes.

*Sagrario: ¿y a tu mamá te gustaría platicarle que estás viniendo con nosotras?*

*Emma: ¡ay, no!*

*Sagrario: ¿por qué?*

*Emma: no me gustaría platicarle, porque no me siento en confianza.*

(Sesión 2)

Inicié la sesión mostrando interés en si la niña había comunicado a su familia que estaba asistiendo con las psicólogas, para saber la opinión de su familia. En este primer momento la respuesta de Emma me permitió ver al menos como se sentía Emma respecto a su mamá. Es decir acerca de la relación carente de confianza que existía entre su mamá y ella.

Antes de empezar el ejercicio de autocuidado, cuando a Emma se le pidió que dibujara a una persona especial para ella, dibujó a un niño, el cual dijo que era su novio. Ante esto puse en práctica el ser empática, con la intención de crear un ambiente de confianza entre Emma y las terapeutas.

*Sagrario: ¿cómo se llama?*

*Emma: Héctor, vive a lado de mi entrada y platico mucho con él*

*Sagrario: ¿es tu novio?*

*Emma: sí*

*Sagrario: ¿cuánto llevan?*

*Emma: apenas un día*

*Sagrario: ¿Qué es lo que te gusta de él?*

*Emma: ay, pues no se, ay no se, sus ojos (Sesión 2)*

Después de iniciar la sesión y de haber platicado un poco con Emma, pasaba a la aplicación de algún ejercicio, en este caso el ejercicio era que la niña tenía que dibujarse a si misma.

Luego de la realización del dibujo que la representaba, le fui haciendo preguntas sobre ella, pero utilizando el dibujo como referencia; esto lo utilice para que Emma se viera con sus propios ojos, como si se tratara de un reflejo de si misma, con la finalidad de que Emma tomara en cuenta aquellas cosas que si le gustan de ella misma. No obstante Emma no verbalizaba las características tanto positivas como negativas de si misma, ante lo cual la estrategia que utilice en ese momento fue proponer lo que para mi eran posibles respuestas tomando en cuenta lo que Emma había mencionado y tratar de indagar si la chica se identificaba con alguna de las opciones que le proporcionaba.

*Sagrario: ¿no te gusta?, ¿qué crees que le hace falta?*

*Emma: no sé*

*Sagrario: ¿te cae gorda?, ¿es fea?*

*Emma: si*

*Sagrario: ¿qué cosas buenas tiene Emma?*

*Emma: no sé*

*Sagrario: si no es payasa, entonces es buena onda*

*Emma: si (Sesión 2)*

Se le preguntó a Emma qué creía ella que a las diferentes partes de su cuerpo le gustaría que hiciera por ellas, con la idea de seguir promoviendo las conductas de autocuidado y modificara la relación que establecía con su cuerpo. Empecé preguntando a Emma qué era lo que a sus manos le gustaría que hiciera por ellas, ante lo cual nuevamente la respuesta fue no sé, de tal modo que una vez más proporcioné opciones, tales como, ponerles crema y que estén suaves, darle un masaje, ante lo cual Emma dijo que si, y así continúe mencionando diferentes partes de su cuerpo:

*Sagrario: ¿a tus piernas que les gustaría que hicieras hoy por ellas?*

*Emma: ni idea*

*Sagrario: tal vez lo mismo que a tus manos, darles masajito, tal vez que usaras zapatos cómodos para que no se cansaran. Ahorita vas a pensar en una cosa que una parte de tu cuerpo le gustaría que hicieras por ellos.*

*(Le entrega la hoja a Emma quien la toma y comienza a escribir)*

*(3s)*

*Sagrario: La flechita indica el estomago, aquí dice enflacar más. Bueno pues te vas a proponer dejar una de las cosas que te hacen engordar, escoge una.*

*Emma: Cheetos. (Sesión 2)*

A lo largo de la sesión busqué aquellos elementos que me dieran cuenta de la imagen que la niña tenía de sí misma, de su autoconcepto, de tal manera que esto me llevara a encontrar alguna posible forma en la que encaminara de mejor manera y promoviera la mejora en sus hábitos alimenticios, sin llegar a mencionar las palabras “tienes prohibido...”, “no debes comer...”, “porque así tiene que ser”, etc., frases que suponía por la manera de hablar de la niña, que no encontraba una razón lo suficientemente válida como para llevarlo a cabo y más bien parecían una prohibición sin sentido.

Yo contaba con una ruta de trabajo orientada de una manera muy general, pero que me era útil en la medida en que así marcaba la posible secuencia a seguir. Ahora entiendo que esa ruta no siempre se concretaba, ya que el rumbo a seguir dependía mucho de las respuestas de la niña y de la relación que poco a poco se iba creando entre las dos. Sin embargo, lo que iba obteniendo me iba resultando de utilidad, ya que en las respuestas de la niña fui encontrando el camino que me permitiera llegar a un acuerdo con ella, acerca de por qué no comer cosas que le hicieran daño (desde mi punto de vista, para su salud en general), desde el punto de vista de ella para no engordar.

Considero que en esta parte resalta mi interés en que la niña se sintiera comprendida, sin olvidar al mismo tiempo promover en ella el autocuidado. Decidí seguir por este camino, debido a que en la primera sesión observé mucha resistencia por parte de Emma para hablar acerca de la diabetes y pensé que si yo entraba de lleno al aspecto de

prohibiciones o de cuestionamientos en “tono de regaño” acerca del mal cuidado que ella tenía de su padecimiento, no lograría más que el rechazo inmediato de Emma ante el servicio ofrecido. Hice además uso de cuestiones gráficas, como los dibujos, porque en la sesión anterior me percaté que las reflexiones puramente verbales no llamaban su atención, además de que pudieran ser vistas por Emma como similares a las llamadas de atención por parte de sus profesores y familiares.

Considero que una de las principales competencias que desarrollé y use continuamente fue la de negociar; en este caso fue la de negociar con Emma, el consumo de alimentos que perjudicaban su salud, y darle un giro a la prohibición normal, es decir, manejarlo más por el lado de que le hacían daño a su organismo y por eso subía de peso, lo cual ella había mencionado como un problema para ella, a pesar de que era una niña delgada, y no anteponiendo la diabetes como la razón para hacerlo.

Otra competencia que adquirí y fui desarrollando a lo largo de la intervención fue la de reflexionar acerca de qué ejercicios me permitían obtener la información que yo necesitaba para encaminar la relación de conductas de autocuidado con el cuidado específico de la DM2 de Emma, sin abordarlo con prohibiciones o haciéndola sentir diferente y excluida de sus compañeros.

Y una tercera competencia desarrollada, fue el ir improvisando un poco acerca del curso de la sesión, pues hubo cosas con las que no contaba, como que me dijera que tenía novio, lo cual en ese momento decidí usarlo como medio para acercarme a ella, y hacerle saber de manera tangible que podía confiar en mí sin temor a que su abuela o su mamá se enteraran, en vez de pasar ese tema por alto, como si no fuera parte importante para ella.

### SESIÓN 3

En la tercera sesión además de abordar el tema de la autoestima, continúe con los ejercicios para trabajar la parte de autocuidado; en particular para la sesión encontré algunos ejercicios que me permitieran trabajar el reconocimiento de pensamientos y sentimientos con respecto a su cuerpo y la relación que mantiene con él. Esta fue la función del ejercicio de completar frases; el ejercicio de dibujar un árbol fue con el fin de

que pensara un poco en sus cualidades y hacer de alguna manera presente que había logrado muchas cosas y que podía lograr aun muchas más.

#### 4.2.3. Promoción de elementos de autoestima y manejo de emociones

La autoestima es la idea que tenemos acerca de nuestra propia valía como personas y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestras vidas. (Juárez, 2007)

Uno de los principales factores que diferencia al ser humano de los demás animales, es la conciencia de sí mismo: la capacidad de establecer una identidad y darle un valor.

La autoestima se va desarrollando a lo largo de toda nuestra vida, a través de las experiencias por las que pasamos. Si estamos con personas que no nos aceptan o que nos ponen condiciones para querernos, disminuye la autoestima.

Tendemos a comportarnos como la persona que creemos que somos, por lo que creemos que somos capaces de hacer. Dado que pensamientos, sentimientos y comportamientos se encuentran interrelacionados, la autoestima de una persona influye en cómo se siente, cómo piensa, aprende y crea, cómo se valora, cómo se relaciona con los demás y cómo se comporta.

La adolescencia es uno de los períodos más críticos para el desarrollo de la autoestima; es la etapa en la que la persona necesita hacerse con una firme identidad, es decir, saberse individuos distintos a los demás.

Durante la adolescencia se manifiestan ciertos cambios a nivel socio-afectivo, físico y cognoscitivo, se desarrollan además la capacidad de reflexionar y pensar sobre uno mismo y de aceptar una nueva imagen corporal. (Juárez, 2007.)

En esta sesión trabajé autoestima, ya que consideré que estaba relacionado con lo revisado en la sesión anterior, cuando le pregunté a Emma si sabía qué era la autoestima,



respondió que no, por lo que primero le explique el término, esto lo considere importante puesto que es un término muy común, y muy utilizado entre la población en general y las probabilidades de que lo escuche en algún otro lado a lo largo de su vida es muy alta debido al contacto con medios de información, radio, televisión, medios impresos, Internet, etc.

*Sagrario: ¿y cómo te fue en eso que quedamos de no comer cheetos?*

*Emma: bien*

*Sagrario: ¿si?, ¿si lo dejaste de comer o te atiborraste de más cosas?*

*Emma: no, nada más de frutsis*

*Sagrario: ¿de frutsis?, ¿es la única chatarra que comiste?*

*Emma: sí*

*Sagrario: ¿y cómo le hiciste?*

*Emma: no sé*

*Sagrario: ese Héctor es un buen motivante. (Sesión 3)*

Inicio rastreando si han existido mejoras entre una sesión y otra. Vuelvo a refrendar que hay alimentos inadecuados que no deben consumirse, y para retroalimentar su esfuerzo pregunto “¿Cómo lo hiciste?”, intentando resaltar la fortaleza que me está reportando que tuvo; la broma del novio, es para utilizarlo como un aspecto motivante para que continuara con esa práctica.

Al empezar la sesión retomé aspectos relevantes de las sesiones anteriores con el fin de continuar trabajando el área de autocuidado.

Retomo el tema del cuerpo que había iniciado en la sesión pasada, ahora a través de un ejercicio. En la sesión pasada vi que Emma se interesó más por este tipo de ejercicios que por las reflexiones acerca de la diabetes y sus prohibiciones, o cualquier otro tipo de problemas. El propósito era continuar ahondando en plantear la posibilidad de una relación diferente con su cuerpo y que esto a su vez repercutiera en el problema de la diabetes de manera favorable.

*Sagrario: bueno ahorita te voy a leer unas frase y las vas a completar, te voy a dar una hoja.*

*Emma: ¿escribir?*

*Sagrario: creo que mi cuerpo es....*

*Lo que menos me gusta de mi cuerpo es....*

*Cuando yo tenía tres años la parte más importante de mi cuerpo era....*

*Cuando yo tenía seis años la parte más importante de mi cuerpo era....*

*Actualmente la parte más importante de mi cuerpo es....*

*De todas las partes de mi cuerpo puedo confiar principalmente en....*

*De todas las partes de mi cuerpo podría renunciar más fácilmente a....*

(Sesión 3)

En el grupo dentro del que teníamos seminarios con lecturas de apoyo, contábamos con un fólder con ejercicios que utilizábamos como recursos para la intervención. Como profesional en formación, fue importante tener una relación dinámica con el contenido del fólder, usando los ejercicios cuando era propicio para la ocasión. Sin embargo, en mi caso en ocasiones estos ejercicios no me resultaban suficientes, por lo que recurría a buscar otros que considerara me podrían ser más funcionales para lo que a mí me interesaba trabajar y la forma como tenía pensado hacerlo. El ejercicio que presenté en el fragmento anterior es uno de los ejercicios que busqué y seleccioné por iniciativa propia, debido a que en los ejercicios que tenía en mi fólder no encontré alguno que yo considerara me permitiera tan claramente ahondar respecto al concepto que Emma tenía de sí misma, lo cual era complicado averiguar puesto que la niña no hablaba mucho; por lo cual se hacía necesario aplicar ejercicios que en sí mismos invitaran a la autorreflexión y auto-motivación, además de posibilitar que Emma se expresara lo más posible en pocas palabras.

Considero que el ejercicio funcionó, ya que Emma completó todas las frases que le dicte, además de que pude observar que se detenía unos momentos antes de escribir frente a cada oración, ante esto yo asumí que la chica se detenía pensar un poco acerca de lo que se le estaba cuestionando así como de la respuesta que ella daría.

Aunque verbalmente nuevamente hubo resistencia de Emma, lo que escribió frente a las frases, me posibilitó crear una idea acerca de la percepción que tenía Emma de sí misma.

El uso de ejercicios fue un recurso por demás funcional para trabajar las áreas abordadas, debido a que Emma muchas ocasiones guardaba un silencio incomodo o daba respuestas muy breves. Usar los ejercicios me possibilitaba continuar con mis intentos de promover la toma de conciencia en cuanto al problema de su cuerpo y su salud.

Asimismo tenía el propósito de que Emma tuviera acercamientos consigo misma y hacer del conocimiento tanto de ella como de la terapeuta, los sentimientos que la niña tenía hacia sí misma, con la idea de especificar las retroalimentaciones verbales por parte de la terapeuta y hacerlas más personalizadas, ya que en algunas ocasiones las referencias que yo hacía eran más en tercera persona, es decir, utilizaba frases como “en ocasiones las personas..”, “como seres humanos tenemos..” y con este ejercicio pretendía hacerlo poniendo a Emma dentro del ejemplo.

*Sagrario: ahora te voy a dar una hoja y te voy a prestar estos colores. En esta hoja vas a dibujar un árbol*

*Emma: ¿un árbol?*

*Sagrario: en las raíces vas a poner cuáles son tus cualidades, en las ramas todas las cosas positivas que haces, en las hojas y los frutos vas a poner todos los éxitos que has tenido hasta el momento.*

*Emma: ¿grandote el arbolito?*

*Sagrario: como quieras, es tu árbol (Sesión 3)*

La meta de este ejercicio era complementar los ejercicios anteriores, sólo que en esta ocasión estaba más enfocado en la manifestación gráfica de las cualidades que Emma se reconocía y de los triunfos que había logrado.

*Sagrario: entonces ¿qué pasa cuando Emma no se ayuda?, que toda esta luz que tiene Emma se va manchando. Todos esos sentimiento negativos por diferenciarlos, van sobresaliendo y van tapando al amor y a la felicidad y vamos dejando más a la flojera, el enojo, el rechazo, el miedo, la flojera la podemos manifestar como no me interesa, quedamos la otra vez que esta Emma quiere quererse cada vez mas ¿no? y entonces cómo le vamos a hacer para que todo esto que esta tapando a Emma desaparezca ¿qué cosas se te ocurre que puede hacer Emma? (Sesión 3)*

Yo hice un ejercicio en el que dibujé en el pizarrón una niña que se suponía era Emma, para explicarle cómo es que los seres humanos estamos conformados también de emociones y sentimientos, también dibuje diferentes formas y diferentes colores, esto mientras le describía los mismos utilizando una analogía, en la cual los colores que rodeaban las figuras era la luz que irradiamos y los cambios en las tonalidades de dicha luz surgen cuando no permitimos que la luz fluya en nosotros, por ejemplo, al enojarnos y no expresar el enojo, o al estar tristes, etc. y esta luz se va tornando opaca. Utilicé este ejercicio con la idea de mostrarle de forma visible que ella estaba llena de mucha luz y que eso se convertía en la felicidad que ella sentía, o el enojo, etc. En terapia a esto se le conoce como “exteriorizar” el problema, la visión que la persona tiene de sí misma, el trabajo sobre un área en particular, etc. El objetivo de exteriorizar es que el paciente contemple desde otro ángulo algo que no quería o no podía ver, para que reflexione al respecto. Al mismo tiempo, lo que estaba intentando lograr era la identificación de emociones por parte de la niña para generar elementos de autoestima.

Aquí me doy cuenta que desarrollé la habilidad de dirigirle reflexiones amplias, combinando la reflexión verbal con el uso de dibujos e imágenes que ilustraran lo que le iba diciendo, de tal manera que Emma centrara su atención en lo que le estaba diciendo y no lo viera tan ajeno, o tan aburrido, como un simple discurso de profesor o de cualquier adulto que le dice qué hacer.

*Sagrario: ...bueno esto de las emociones tiene que ver también con algo que se llama autoestima, ¿sabes que es la autoestima?*

*Emma: no*

*Sagrario: ¿no? Es un término que usamos para designar el valor que nosotros mismos nos damos, es como te ves a ti misma, como te sientes contigo misma y en esa medida proyectas a los demás algo y los demás pueden darte eso que tú proyectas, si yo soy una persona que no me quiero, que digo que todo lo hago mal, que soy una tonta, que soy fea, que soy esto, que soy lo otro, eso voy a proyectar y muy difícilmente a otras personas les va a agradar recibir eso de parte mía, entonces pongo una barrera y voy opacando toda esa luz que tengo, no es para que tengamos a todas las personas detrás de nosotros, he ahí la importancia de que sepamos conocerlas, muchas veces sentimos muchas emociones al mismo tiempo y no sabemos, ni siquiera nos percatamos de eso*

*¿no? Conocer la diferencia de lo que sentimos nos puede ayudar a saber qué sentimos por nosotros mismos, saber qué es eso que ves que no te gusta, qué sientes cuando te ves al espejo y no te gusta, ¿tú qué sientes cuando te ves en el espejo?* (Sesión 3)

Lo anterior es parte de la explicación que proporcioné a Emma, la cual traté de hacerla de tal manera que fuera fácil de comprender para la niña. Utilizaba palabras que ella misma en ejercicios anteriores había empleado para describirse, como “fea”, “gorda”, etc., con la idea de ligar ejercicios pasados y ayudar a que ella encontrara la relación de una sesión a otra, así como reafirmar cosas revisadas anteriormente pero que eran importantes.

Durante esta reflexión Emma se mostró más atenta que en otras ocasiones, seguía con la mirada los dibujos que yo iba realizando en el pizarrón; nuevamente, no expresaba nada verbalmente, sin embargo había momentos en los que asentía con la cabeza ante algo que yo mencionaba.

Posteriormente a los ejercicios, enfoqué el resto de la sesión a explicar el por qué le había pedido que realizara los ejercicios, así como explicar de manera sencilla el concepto de autoestima y la relación de éste con los ejercicios realizados.

Las principales competencias que llevé a la práctica y que llamaron mi atención en esta sesión, fue la capacidad de relacionar ejercicios que pensaba que eran útiles para el caso específico de Emma. Cabe mencionar que algunos de los ejercicios que utilicé a lo largo de la intervención terapéutica, estaban diseñados originalmente para ser aplicados en sesiones de grupo, con cinco personas como mínimo. Por lo tanto, también desarrolle la habilidad de adaptarlos de tal manera que no se perdiera la finalidad original del ejercicio y que al mismo tiempo me sirvieran para abordar el tema que era de mi interés, pero que fuera posible realizarlo solo con dos o tres personas; para esto, solicitaba el apoyo de mi co-terapeuta. Algunos de los ejercicios, además de estar diseñados para ser aplicados en grupo, eran con propósitos diferentes a los que yo necesitaba. Sin embargo, las frases o la manera como se describía la aplicación, en algunas ocasiones me fueron de mucha utilidad; era entonces cuando recurría nuevamente a la modificación o

combinación de ejercicios, de tal modo que me fuera posible utilizarlos para continuar con mi ruta de trabajo.

Recuerdo que al principio me daba temor usar o modificar los ejercicios; sin embargo, lo hice principalmente porque el caso me lo exigía, necesitaba dinámicas que me ayudaran a obtener la mayor cantidad de información en la menor cantidad de tiempo, encontrar la mayor cantidad de opciones posibles dentro del limitado tiempo que tenía para hacerlo y llevarlo a cabo.

Al leer nuevamente las sesiones, me sorprendió y agradó ver que la selección y modificaciones de los ejercicios fueron adecuadas, ya que efectivamente me permitían recuperar información que dado el hermetismo de Emma, se hubiera perdido. Otro aspecto que llamó mi atención fue que las retroalimentaciones que hacía con respecto a la información obtenida en ese momento, así como la vinculación que yo lograba hacer con lo que llevaba preparado para esa sesión, fue exitosa. Éxito que interpreté al leer nuevamente las sesiones y ver que realmente lograba hilar una sesión con otra, y que a pesar de que Emma no verbalizaba mucho, cuando yo le hacía referencia a algo que ya le había dicho en otra sesión, ella lo recordaba. Esto me indica que si bien en muchas ocasiones no lo ponía en práctica, al menos sí lo recordaba, lo cual en los adolescentes no es muy frecuente, en especial cuando se muestran tan renuentes a abordar una problemática.

En ese momento no me percaté de ello y en ocasiones llegué a quedarme con la sensación de que la sesión había sido un desastre. Sin embargo, viéndola al paso del tiempo, descubro que sí llevaba una secuencia a través de la cual intenté trabajar la problemática de la diabetes de Emma. Y trataba de que esa secuencia también la notara Emma, con la idea de aclararle un poco más el panorama y que no sintiera demasiada desvinculación entre sesión y sesión.

Por otro lado, el temor que tenía a modificar los ejercicios creo que era debido a que dentro de mi formación, se me había exigido en muchas de las materias, ser muy metódica y yo llevaba esto al punto en que pensaba que si un ejercicio estaba diseñado de esa manera, era por una razón, propósito que yo no podía alterar. Sin embargo, la demanda de la realidad fue más fuerte y al no encontrar “ejercicios para realizar con

adolescentes” comprendí que cuando la realidad rebasa a la teoría, es necesario hacer uso de lo que ya se tiene y crear cosas nuevas, que contribuyan a producir mejoras dentro de un campo de intervención.

## SESIÓN 4

### 4.2.4. Enfrentando la negación del paciente a trabajar

Como profesionales en formación mucho de lo que aprendemos es a partir de lecturas y explicaciones por parte de profesores, y mucho por el contacto con la realidad al realizar prácticas solicitadas dentro de la asignatura en cuestión (aunque no necesariamente nos damos cuenta de ello, si no hasta tiempo después) sin embargo, en el caso específico de la intervención en aspectos clínicos (como fue el caso) me encontré con que la realidad siempre o casi siempre supera lo teórico.

Al menos en mi caso, lo que yo veía en las lecturas de casos clínicos era que el paciente cooperaba, que se encontraba en plena disposición de hacer modificaciones en su vida, y contribuir a su bienestar en los diferentes aspectos de su vida. Sin embargo, esto no es cierto en todas las situaciones en que se hace intervención clínica donde la iniciativa no la toma el usuario sino que proviene de otros, y específicamente con los adolescentes se hace muy difícil, pues ellos en la mayoría de los casos ni siquiera se percatan de la gravedad de algunas situaciones, o si lo hacen, su falta de experiencia los hace colapsar y adoptar conductas negativas ante los ojos adultos, pero que para ellos funcionan como estrategias de supervivencia. Esto se acentúa especialmente dentro de la escuela, ya que es un ambiente en donde se encuentran solos, junto con otros jóvenes igual que ellos pero con un sin fin de problemáticas.

En esta sesión, la renuencia de Emma para trabajar fue contundente y recuerdo que una de las cosas que llegué a pensar en ese momento fue: “en los libros no me dicen qué tengo que hacer ante semejantes negativas”. Posteriormente comprendí que era una oportunidad perfecta para averiguar qué se puede hacer en estos casos, aunque primero se vaya descubriendo qué es lo que no se debe hacer.

La sesión 4 se realizó después de regresar de un período vacacional, por lo que lo primero era saber si Emma recordaba lo visto en las sesiones anteriores.

**Sagrario:** *¿sí te acuerdas de lo que vimos?*

**Emma:** *no*

**Sagrario:** *¿no te acuerdas del dibujito?*

**Emma:** *¡ah! sí, ya lo había olvidado*

**Sagrario:** *no, no está olvidado, pues no, porque olvidarlo sería como olvidarte de ti, esa eras ¿recuerdas?*

**Emma:** *ah, sí (Sesión 4)*

Posteriormente comencé con el ejercicio planeado: “carta a un niño de un país extraño”. En este ejercicio Emma tenía que completar frases, de tal manera que el escrito fuera tomando el formato de una carta en la cual ella platicaba a otro niño que no la conocía, cómo era ella, desde físicamente hasta lo que para ella era importante. Dentro del plan de mi ruta de trabajo, estaba el centrarme en si existían modificaciones es la manera de verse a si misma.

Sin embargo, la sesión se tornó particularmente difícil pues era la primera sesión en la que Emma se rehusaba a hacer algo que le era solicitado; escribió lo pedido, pero cuando se le dijo que lo leyera se negó.

**Emma:** *ya*

**Sagrario:** *¿me la puedes leer?*

**Emma:** *no*

**Sagrario:** *¿no quieres leerla?*

**Emma:** *no (Sesión 4)*

El recibir la negativa de la niña me puse muy nerviosa y creo que a mi co-terapeuta le pasó lo mismo. Después de insistir de diversas maneras, y recibir las mismas negativas, la secuencia que tenía en mente dejó de tener sentido y pensé que yo no podía continuar con este ejercicio. No obstante me dispuse a dar la explicación acerca de la relevancia de las cartas.



*Sagrario: Bueno, pues la ventaja de las cartas pues es como una forma de desahogarse cuando no queremos hablar con nadie pero como que a la vez tenemos muchas cosas que decir, pero no nos atrevemos a decírselas a nadie pues porque no le tenemos confianza o porque sentimos que nos van a criticar o simplemente no tenemos ganas de hablar y las cartas no pueden leerlas alguien más. (Sesión 4)*

Sin embargo, al leer la sesión creo que es evidente mi nerviosismo, ya que comencé a hablar y hablar, lo cual provocaba que la niña se distrajera, puesto que yo tendía a ser repetitiva en algunos aspectos. A consecuencia de esto, decidí dejar el tema y no insistir más, para no volver más tensa la situación.

Ese día influyeron básicamente dos aspectos; Emma no llevaba mucha disposición para realizar la sesión y, tal vez el más relevante, yo no estaba lista para recibir negativas tan rígidas. Por un momento pensé que si insistía lograría que la niña accediera y ahora creo que tal vez era momento de comenzar a abordar otras áreas, pues si bien yo no había sido incisiva con respecto al cuidado de la diabetes en sí, quizá cuatro sesiones dedicadas únicamente al área de autocuidado y emociones comenzaba a hacerse aburrido y molesto.

Al releer la sesión considero que tomé al menos dos decisiones correctas.

1.- No insistir de más y enfocarme a proporcionar información de por qué era importante y de utilidad la realización de las cartas como una forma de expresión.

2.- Improvisar sobre temas que proporcionaran apertura verbal de Emma.

Pero al intentar cambiar de tema, continué sobre lo mismo. Considero que me impliqué mucho sobre el aspecto de la salud de la niña y si bien mi idea inicial no era abordar el tema de la diabetes como tal, ahora veo que tanto la secuencia de las sesiones como los ejercicios aplicados estaban encaminados hacia el aspecto de la salud, y quizá esto era algo que no era muy del gusto de Emma, pues caíamos en la misma insistencia que su familia y profesores.

Decidí dar por terminada la sesión porque comencé a sentirme muy insegura y ya no sabía por dónde continuarla, además de que el tiempo era ya muy reducido.

Cuando el terapeuta se enfrenta con la negativa del adolescente a trabajar en línea con lo que le estamos proponiendo, es necesario que emerjan habilidades como la flexibilidad y la capacidad de improvisación, así como la tolerancia para no pensar que el terapeuta es deficiente, sino que tiene que identificar el cambio de rumbo de trabajo de acuerdo a los intereses del paciente. En la actualidad estas son cuestiones que ya puedo identificar al releer las notas; sin embargo, en el momento eran habilidades que apenas estaban en proceso de desarrollo, dentro de mi formación como psicóloga de adolescentes.

## SESIÓN 5

### 4.2.4. Abordaje familiar del problema de diabetes en Emma

La sesión cinco se realizó para conocer a la familia de Emma, hacer de su conocimiento que la niña asistía al servicio psicológico y plantear la problemática que nosotros veíamos. Todo lo anterior, con el propósito de encontrar una forma en la que ambas partes (familia-terapeutas) contribuyéramos para que la niña tuviera cambios positivos que beneficiaran en primer lugar a Emma, a través de su autocuidado, y así mismo que la relación con su familia se viera mejorada.

Las sesiones que eran dirigidas por la asesora, sólo eran redactadas anecdóticamente, con los aspectos más sobresalientes; no eran grabadas por fines prácticos en ese momento.

En esta sesión participaron, además de las terapeutas, la abuela, la madre y el padrastro de Emma, así como la asesora de las terapeutas quien dirigió la sesión.

Dentro de esta sesión, los familiares mencionaron estar muy interesados tanto en el comportamiento como en la salud de la niña. Hicieron mención de lo que para ellos

eran las principales problemáticas de Emma. Fue entonces cuando se corroboró la información proporcionada por la asesora del grupo, cuando solicito el servicio.

*“Las terapeutas le expusieron a la familia la problemática, se les explicó que fue una profesora de la niña la que pidió el servicio psicológico debido a que había observado que comía dulces en exceso, que había manifestaciones verbales de parte de la niña que quererse morir, además de que se mostraba grosera con sus profesores y compañeros.” (Sesión 5)*

Yo desconocía cómo se tenía que realizar una sesión con padres. Sin embargo, el pensar en que frente a ellos también era psicóloga me ponía nerviosa y me generaba cierta inseguridad. Es por esto que las sesiones que fueron dirigidas por mi asesora me fueron de mucha utilidad.

Era al observar cómo mi asesora dirigía la sesión cuando yo aprendía, con ejemplos en vivo y reales, las posibles vías por las cuales podría ser encaminada una sesión. Con ayuda de estas sesiones aprendí a distinguir que el primer paso era permitir que la familia se desahogara, crear un ambiente de confianza entre los familiares y las psicólogas y procurar que cada uno tenga un momento para expresarse.

Enseguida continuaba la parte de las terapeutas, donde se les informaba a los padres la versión o especie de diagnóstico acerca de los problemas que se habían observado en la niña. Posteriormente, el objetivo fue buscar formas de negociación para promover el acercamiento entre la madre y la niña, así como generar acuerdos para disminuir los conflictos en la familia de la abuela, dado el mal comportamiento de la niña en casa.

En esta sesión se llegó al acuerdo con la mamá de la niña en que primero se realizarían sesiones con la abuela con respecto al comportamiento de la niña y a posibles rutas a seguir para modificar dichas conductas. Se proporcionaron indicaciones a la abuela para que, en vez de reprender a la niña, hiciera intentos por acercarse a ella de otra manera que no fueran castigos sino más bien negociaciones.

Si bien la manera de conducir esta sesión podría parecer la manera idónea de realizar una sesión con los padres de hijos adolescentes, no es así, pues cada caso en sí mismo es muy diferente de otros, pese a sus posibles similitudes. No obstante me fue de utilidad observar la intervención de la asesora en el trabajo con padres de familia, para posteriormente hacerlo yo con otros casos, en los que no fuera posible que la asesora estuviera presente. En mi caso, tener la posibilidad de observar a un psicólogo en acción, dentro de un campo real y con problemáticas reales, me confirmó la idea de que no todo se ajusta necesariamente a la teoría.

Ahora me doy cuenta que yo pretendía y pensaba las sesiones con padres de manera muy estructurada; lo pensaba en términos de éxito si se llevaba a cabo toda una metodología y como un fallo si lo anterior no era posible. Por lo tanto, era posiblemente esto lo que contribuía a generarme más ansiedad.

Dentro de las principales estrategias que pude observar en mi asesora al dirigir esta sesión, así como después de reflexionarlo con ella están: conocer la versión narrada que los miembros de la familia daban del problema, identificar el tipo de relación que cada miembro tenía con la niña, sondear posibles vías de negociación entre los miembros de la familia para mejorar las relaciones con la niña, hacerles ver la situación de la niña (sus emociones, sus percepciones de la enfermedad) como una forma de buscar comprensión y cercanía.

## SESIÓN 6

En la sesión seis trate de promover la reflexión de Emma con respecto a su situación de vida, y como evitar caer en conflictos con su familia.

### 4.2.6. Intentos de promover la reflexión de la niña en torno a su situación de vida

En sí mismo el trabajo con jóvenes adolescentes es difícil, debido a que la interacción con ellos se ve influida por ideas preconcebidas de que son malos, desobedientes, desobligados, groseros, etc., y ellos, a su vez, perciben a los adultos como

autoritarios, intransigentes, poco tolerantes, exagerados, etc. De hecho, este es uno de los principales retos del psicólogo que intenta trabajar con población adolescente, pues ahora sé que todas estas ideas preconcebidas que se tienen tanto de los adolescentes como de los padres y personas a su cargo, no es todo con lo que un profesional se puede encontrar, ya que además se hace muy difícil lograr cambios en la situación problema, debido a que ninguna de las partes está dispuesta a tan si quiera considerar la idea de que las circunstancias pudieran modificarse y ser diferentes. Los padres quieren que simplemente sus hijos cambien, y sean como a ellos (los padres) les sería más fácil educarlos; y los hijos por su parte, desean que sus padres cambien y sean más comprensivos y permisivos con ellos.

Aparece también el problema de que los chicos pueden llegar a ver al psicólogo como un aliado de todos menos de ellos, lo cual crea un ambiente de desconfianza en el que el intercambio verbal se hace difícil.

Por otro lado, también aparece el hecho de que generalmente no se promueve mucho la reflexión en los adolescentes; me atrevería a decir que se subestima en la mayoría de los casos su capacidad de hacerlo, lo que dentro de un proceso terapéutico vuelve complicada la intervención. Ante esto, es necesario que el profesional busque y encuentre nuevas estrategias de promover la reflexión en los chicos, sin que lo vean como una imposición.

Al iniciar la sesión 6, intenté llevar a Emma más allá de un “sí”, “no”, “aja”, como respuestas ante las preguntas que yo le formulaba. Lo primero que me interesaba saber en esta sesión era si, su familia de Emma le había comentado algo sobre lo que se había conversado con ellos en la sesión anterior.

*Sagrario: ¿y como has estado? Cuéntame que has hecho*

*Emma: bien*

*Sagrario: ¿Cómo te fue?*

*Emma: bien*

*Sagrario: ¿bien?, ¿qué es bien? A ver ya vamos a dejamos de bien o mal, de respuestas cortas.*

*Sagrario: ¿no te dijeron nada, nada, nada?*

*Emma: no*

*Sagrario: ¿no te dijeron nada?*

*Emma: será porque no les pregunté*

*Emma: no, ni siquiera me hablaron (Sesión 6)*

Me interesaba rescatar las impresiones que la niña tenía de lo que había ocurrido en la sesión pasada, además de indagar si la familia había buscado algún acercamiento con la niña.

Se le preguntó a Emma si le hubiera gustado que su familia le contara por qué fue que se les solicitó su presencia, a lo que ella respondió que no le interesaba saberlo.

*Sagrario: no te interesa, bueno mira le hablamos a tu mamá porque es importante cuando trabajamos con ustedes que sus papás estén enterados que estamos trabajando con ustedes porque en ocasiones se llegan a dar cambios en ustedes que a lo mejor en su casa pues sacan de onda a sus papás, y se preguntan ‘¿Qué les pasa?’, aunque los cambios pueden ser buenos o malos, tú me habías comentado que no me dijiste que había cambiado tu carácter, pero no me dijiste si era para controlarte o para alterarte más, pero bueno a final de cuentas es un cambio que podría hacer que en tu casa se estuviera notando, principalmente tu abuelita que es con la que pasas más tiempo, y pues también un poco pues ellos cómo se sienten con respecto a ti, un poco de lo que hablamos ese día fue acerca de cómo llegar a acuerdos contigo..(Sesión 6)*

En este fragmento yo explico a Emma por qué fue que llamamos a su mamá y la importancia que esto tiene principalmente para ella y, desde luego, para el proceso terapéutico. La intención es hacerle ver que ella tiene un lugar especial para uno como terapeuta y que no se trataba de aliarse con la familia, sino de buscar una red de apoyo para la niña. Considero que esto lo debí de haber hecho antes, para que Emma no asumiera de ningún modo que lo que se pretendía era crear alianzas en contra de ella.

Para este momento de la intervención terapéutica, el conflicto familiar alimentaba en buena medida la problemática de salud de Emma. La madre se mostraba con cierta

frialidad hacia la niña y poco dispuesta a ser tolerante con lo que ella llamaba ‘berrinches’. La abuela, por su parte, comentó que veía como poco probable que su hija (la mamá de Emma) se dispusiera a tener un trato distinto con la niña, ya que era de “corazón duro”. El padrastro dijo estar dispuesto a mayor cercanía con la niña pero no dio mayor muestra de realizar actividades conjuntas o un acercamiento distinto. Para las terapeutas fue claro que la madre tenía una relación difícil con la niña, ya que no aceptaba su rebeldía ni estaba dispuesta a dejar de regañarla o castigarla por su negativa a llevar el tratamiento para la enfermedad. Motivo por el cual la mamá de Emma menciona que solo “intentaría” cambiar pero que no aseguraba nada.

Haciendo memoria, en esta sesión ya no me sentía tan nerviosa y de hecho ya sentía la confianza en Emma de hablar, aunque no lo hiciera mucho. Recuerdo que en las primeras sesiones tenía miedo de hablar mucho, quería que fueran los chicos, en este caso Emma, la que hablara más. Sin embargo, para la sexta sesión me daba cuenta que eso no era posible en todos los casos.

Dentro de esta sesión trabajé también el tema de manejo de conflictos, ya que debido a la manera de ver las cosas por parte de la mamá de Emma y de su familia, considero que era mejor enfocarme a la manera en como la chica podría sobrellevar las diferencias que tenía con su familia de tal forma que no se suscitarán problemas mayores.

#### 4.2.6.1. Manejo de conflictos

Los conflictos son algo por demás cotidiano en nuestras vidas, pero de la forma en como los manejamos y los enfrentamos depende que tan afectados salgamos tanto física como emocionalmente.

En el trabajo con los adolescentes, el manejo de conflictos es un aspecto que no se puede dejar fuera, en especial si hablamos de chicos cuyo carácter propicia el caer en confrontaciones o incluso propiciarlas, tanto con sus padres y familiares como con las personas que forman parte de su entorno cotidiano. Con Emma, era muy común que tanto la abuela como la niña misma reportaran conflictos cotidianos de muy diverso tipo, desde

los alimentos que consumía y que no debía, hasta cuestiones relativas a tareas escolares, vestimenta y ayuda en quehaceres domésticos.

*Sagrario:.....te voy a pedir que en esta hoja vas hacer una lista de todas, todas las cosas que no te gusta que hagan tus abuelos.(Sesión 6)*

El propósito de este ejercicio era hacer más evidentes las circunstancias, así como las reacciones que conllevaban a conflictos en casa. Posteriormente a los ejercicios, yo explicaba la relación entre el o los ejercicios y el tema de la sesión. Sin embargo, considero que en ocasiones rodeaba demasiado la situación al grado que esto podía ocasionar confusión o distracción en Emma.

Al revisar ahora las notas, creo que mis explicaciones llegaban a ser confusas, debido a que argumentaba de más. Esto lo hacía creo, en un intento porque no pareciera regaño sino más bien una plática (monologo en ocasiones), lo cual probablemente me llevaba a perder la atención de Emma en algún momento.

*Sagrario: por lo que escribiste ahí, por la manera en como platicamos con tu familia, no sé, de pronto sentimos como que hay muchas restricciones en tu casa, especialmente por parte de tu mamá, bueno fue la impresión que nos dio, que a lo mejor tú también lo sientes y por parte de todos, y particularmente por parte de tu mamá; ¿esto es cierto? ¿Tenemos razón en cómo percibimos esa relación en tu casa?*

*Emma: ajá*

*Sagrario: y bueno no quieres que te cuiden tanto, pues podríamos empezar por demostrarles que te puedes cuidar ¿cuáles serian las formas en que podrías demostrar que te puedes cuidar sola?*

*Emma: cuidándome*

*Sagrario: ¿en qué sentido?*

*Emma: en mi enfermedad, en la escuela*

*Sagrario: bueno, ¿cómo lo harías o qué estarías dispuesta hacer?*

*Emma: en la escuela, sacando buenas calificaciones, subiendo mi promedio. En lo otro tomándome mi medicina.*



*Sagrario: que es algo que te rehúsas hacer ¿no? Bueno a veces hacemos las cosas y no estamos conscientes de que realmente nos puede funcionar, simplemente lo hacemos por llevar la contraria, ¿es ese tu caso?*

*Emma: sí (Sesión 6)*

En este último párrafo yo intentaba promover la reflexión en Emma, de tal manera que ambas fuéramos vislumbrando las posibles alternativas y cómo llevarlas a cabo de modo tal que a ella no le parecieran un sacrificio.

*Sagrario: porque a mí de pronto se me ocurren dos opciones para que no tengas problemas, el primero es con respecto a lo que es el medicamento para un control de tu enfermedad; si te tomas tu medicina dejarían de estarte diciendo que la tomes, puedes decir “me lo tomo y ya no me están molestando”, muchas veces el meternos en conflictos, no nos damos cuenta pero es así como decir, “yo tengo una cuerda, le echo gasolina y le prendo fuego, ¿qué va a pasar?” Se va a incendiar, pero imagínate que esa cuerda te la aviento a ti y tú la agarras, sientes el calor de que se está quemando y probablemente tú te empieces a quemar también. Has de cuenta que cuando hay un conflicto es como si esa persona nos avienta la cuerda y meternos en el conflicto es agarrar esa cuerda, es un conflicto que se puede evitar si te haces para atrás y dejas caer la cuerda al piso. A veces los papás o los adultos no entienden que nos sentimos muy presionados, muy restringidos. En la plática que tuvimos con ellos, pues ya dijeron que iban a hacer su parte y pues ahora tú también tienes que hacer tu parte y es no entrarle a los conflictos, o sea, cómo evitarlos, eso también a la larga te va a traer muchos beneficios. Imagínate, te tomas tu pastilla enfrente de ellos pues ya no te van a decir nada, tu salud puede mejorar considerablemente....*

*Emma: aja, si (Sesión 6)*

Lo anterior es un ejemplo de la forma como recurrí al uso de metáforas, con el propósito de ejemplificar de manera distinta cómo se llega a participar de forma activa en un conflicto, aún sin percatarnos de ello. Además el usar esta metáfora me ayudó a ahorrar tiempo, es decir yo intenté abarcar al menos dos aspectos que consideraba

relevantes; el primero, la explicación del tema y el segundo, dar cuenta de lo que es la auto responsabilidad, al decir si hacia o no lo que sabía que le podía generar conflicto o bien se lo podía evitar y conllevar a obtener resultados en otras áreas.

En ocasiones como estás en las que yo hacia una reflexión muy amplia, y solo recibía como respuesta de Emma un “si, no, o aja” me quedaba con la incertidumbre de si efectivamente había tenido algún efecto en ella en ese momento, pues yo esperaba respuestas más amplias; y para aminorar esa sensación tomaba en cuenta que al menos la respuesta si era corta, fuera positiva.

***Sagrario:** ¿y te gustaría cambiar la relación con tu abuelita?*

***Emma:** sí*

***Sagrario:** vamos a hacer un trato, vas a tratar de poner en práctica lo que te dije, tomarte tu medicina y te voy a pedir que en una hoja vayas escribiendo todo lo que vayas pensando, lo que vas sintiendo, si te va funcionando o no ¿ok?*

***Emma:** ajá (Sesión 6)*

Nuevamente realicé un intento por negociar con Emma y llegar acuerdos, esta vez cambiando a una estrategia de acción que propiciara tanto la evitación de conflictos como el mejoramiento en el cuidado de su salud.

Emma no realizo la lista que le pedí, y me dijo que solo lo intento tres días pero que no funciono y deajo de hacerlo.

## SESIÓN 7

### 4.2.7. El aprendizaje observacional.

En la sesión 7, sólo se citó a la abuela de Emma pues se consideró que como era con quien vivía la niña y quien estaba a cargo de su educación y su cuidado, era la primera con la que se implementarían las nuevas formas de tratar a Emma. Además, la niña se llevaba mejor con su abuela que con su mamá y esto era un posibilidad de que

ambas cooperaran. En esta sesión, de nuevo la asesora llevó a cabo la coordinación de la sesión y traté de observar las acciones que realizaba para aprender a llevar el caso.

*“la asesora le sugirió a la abuelita de Emma nuevas formas mediante las cuales podría acercarse a la niña. Se le explicó que la niña se sentía muy sola y triste, que lo que pedía a gritos era atención, y que tenía sentimientos encontrados con respecto a su mamá y a la enfermedad misma.” (sesión 7)*

La abuela de Emma refirió que la niña era muy rebelde y que no había ninguna forma de tratarla, además que estaba molesta con la niña porque ya había perdido citas médicas. Debido a la negativa de la abuela para tratar a la niña, se le explicó cómo la niña había reportado sentirse.

En este punto, recuerdo que mientras observaba cómo mi asesora llevaba la sesión, me detenía a pensar cómo podría lograr que la abuela cambiara su punto de vista con respecto a Emma. No obstante, lo que mi asesora hizo acerca de plantear los sentimientos expuestos por la propia Emma, yo lo interpreté como una forma en la que realizó un intento para sensibilizar a la abuela y posibilitar un mejor y mayor involucramiento hacia el caso.

Debido a que la abuela de Emma se mostró muy reacia ante lo explicado, mi asesora mando llamar a Emma. Después de que Emma llegó a donde las terapeutas y su abuela se encontraban, mi asesora realizó la lista de aquellas cosas que a la abuela de Emma le gustaría que la chica hiciera, y aquellas que le gustaría dejará de hacer.

Posteriormente se trajo a la niña para hacer un intercambio entre ambas sobre cosas positivas y negativas que cada una veía en la otra. La intención de este ejercicio era trabajar con las excepciones (las cosas buenas), para restar un poco el peso a las cosas malas que tanto la abuela como la niña reiteradamente mencionaban.

Al releer la descripción de esta sesión, me di cuenta que en ese momento yo me enfocaba en cosas muy complicadas, como era intentar cambiar la forma de pensar de la abuela sobre la niña, lo cual si bien tal vez no era imposible, al menos requería de mucho

más tiempo. Y entonces encontré un posible sentido de la intervención y la forma de llevarla a cabo.

*“En una hoja se le escribió una lista de actividades para que le fuera más fácil reconocer logros de la niña, y se hizo un acuerdo con la abuela de que no le insistiría más acerca de tomar los medicamentos, ni que se peinara, ni que se acomodara el uniforme. Esta lista se hizo en base a una charla que se mantuvo con la niña y su abuela, en la que se les pidió que reconocieran cosas buenas una de la otra. En general, ninguna de las dos logró articular cosas positivas de la otra, a excepción de que la abuela dijo que Emma era muy cariñosa, motivo por el cual se realizó la lista de negociaciones.” (Sesión 7)*

En este punto hay dos aspectos que recuerdo llamaron mi atención; el primero fue que mi asesora decidiera juntar a la niña y su abuela, lo cual yo suponía terminaría en confrontación y, segundo, aprendí cómo se puede lograr que de alguna manera ambas partes lleguen a realizar alguna actividad juntas, casi sin percatarse de ello.

Si bien para ese momento tanto la abuela como Emma continuaron un tanto serias una con la otra, lo que es de mi interés resaltar en este momento es la manera como, según lo que observé, se logró nivelar y controlar la situación. Esto modificó la idea que yo tenía hasta entonces acerca de que no era posible juntar a padres y adolescentes, cuando se encuentran disgustados entre sí, y además, que el mismo tipo de ejercicios que son usados con adolescentes se pudieran aplicar a los adultos responsables de su cuidado.

Finalmente, se buscó realizar un contrato según el cual la niña realizaría un conjunto de actividades ella sola, sin que la abuela la estuviera presionando o regañando; la niña obtendría permisos o compensaciones por su comportamiento.

Observar como mi asesora lograba llegar a acuerdos sencillos y prácticos con algún miembro de la familia y la chica, contribuyo a mi aprendizaje de tal manera que descubrí que, ejercicios que pudieran parecer tan sencillos como hacer una lista, pueden representar un apoyo importante para una sesión y todo lo que de ahí se puede derivar,

hasta encontrar un sin fin de opciones y realizar negociaciones para finalmente llegar a acuerdos.

Dentro de esta sesión, puedo ver que aprender a partir del modelamiento de qué hace un terapeuta experto, se convierte en una opción válida para los terapeutas en formación, quienes tenemos miedo, sobre todo cuando se trata de problemáticas familiares o de conflictos en los que se hace necesario confrontar a los adolescentes con sus cuidadores.

## Sesión 8

En la sesión ocho al igual que la anterior se trabajaron dos temas, utilice la expresión pictórica para trabajar de manera simbólica la enfermedad y no abordarla tan directamente como las ocasiones anteriores, con la idea de que tal vez así Emma se mostrara menos renuente para hablar del tema. Y me enfoque a trabajar un poco, que tanta información tenía Emma acerca de la enfermedad que padecía, le explique un poco acerca de lo que era la enfermedad y la importancia de cuidar su salud.

### 4.2.8. La expresión pictórica

Paín y Jarreau (1994, citados en Flores, 2007) mencionan que el arte es una actividad en la que “el hombre se reconoce en ella, vuelve a encontrar ahí sus sentimientos y sus pensamientos, al mismo tiempo que hace suyo lo que lo rodea y que no es él”. Es decir, como menciona Flores (2007, p.19) “el arte visual se va a equiparar a la simple expresión pictórica, una actividad en la que se objetiva la representación visual en el terreno figurativo a partir de la transformación de la materia.”

Según Flores (2007), el hombre hace uso de la materia, el papel, el lápiz, el color, para representar su mundo y a él mismo, se objetiva en el dibujo; la expresión pictórica es la expresión de si mismo.

“La expresión pictórica es el ir hilando los pensamientos, tejiéndolos de una forma concreta y simbólica, objetivar lo subjetivo del pensamiento en el mismo dibujo.

Se establece un dialogo entre la persona y su expresión pictórica.” (Paín y Jarreau, 1994, p.62; citado en Flores, 2007).

Al respecto, considero que la expresión pictórica es sin duda una de las herramientas que a mí me fue de mucha utilidad, no sólo en el caso de Emma sino también en el resto de los casos que tuve dentro de la secundaria. Es necesario señalar que esto fue así porque en general los adolescentes con los que trabajamos no tenían muchas habilidades y/o disposición hacia reflexiones amplias para el manejo de sus problemas. No es de extrañar que así sea ya que en la escuela les solicitan más bien actividades como la memorización, la copia y la repetición, de ahí que las reflexiones sean poco empleadas. Entonces, como terapeuta de este tipo de poblaciones aprendí que podía ofrecerles reflexiones con la expectativa de que las emplearan para pensar sus problemas, pero también utilicé otros recursos como la expresión pictórica para llegar a tocar sus problemas.

El tener la libertad de plasmar en una hoja en blanco una figura que se convierta en la representación de algún problema, sea algo que en la realidad es tangible o no, considero proporciona a los pacientes cierta noción de –valga la redundancia- libertad para hacer con ese problema lo que se desee; se convierte en un apoyo para simular de manera visible la dimensión real de las problemáticas. Principalmente en el caso de los adolescentes, considero que es también una estrategia para lograr comunicación terapeuta-paciente, sobre todo en casos en los que, como Emma, se trata de chicos sin disponibilidad o habilidad para hablar mucho.

En lo personal, esta sesión (ocho) es mi favorita, pues desde ese momento consideré que fue la primera vez que absolutamente todo lo hice y dije sin miedo, sin temor a equivocarme o a decir cosas fuera de lugar.

*Sagrario: bueno, ahorita en lo que regresa Janeth, te voy a pedir que en esta hoja, dibujes tu enfermedad. Como tú quieras, como tú te la imagines, ok. (Sagrario le entrega unas hojas blancas y una caja de crayones y una de colores)*

*Emma: sí*

*Sagrario: pues hazla como tú quieras, no es necesario que quede perfecta, sólo como tú te la imagines. (Sesión 8)*

Esta sesión con Emma se realizó el mismo día que se citó a su abuela y se realizó la sesión con ambas, pero en la hora siguiente. Mi asesora fue la que sugirió que se realizara esta sesión, debido a que el tiempo que restaba del ciclo escolar apenas alcanzaría para tener unas cuantas sesiones, además de que se consideró que era momento de hablar directamente acerca de la diabetes que padecía la niña. Esto se decidió así, debido a que Emma no mostraba interés en seguir los lineamientos médicos.

Esta sesión fue particularmente improvisada, puesto que, uno, no era lo que yo tenía en mi ruta de trabajo a tratar y dos, ese día no se tenía previsto realizar sesión con Emma.

Sin embargo, considero que fue una excelente sesión y que las improvisaciones que realicé no venían de la nada sino que estaban en consonancia con la dinámica de abordaje de su enfermedad. Como dice Schön (1998), aun cuando el profesional en la práctica improvisa y da giros no planeados, su actuar no es de sentido común sino que se basa en el conjunto de habilidades y forma de pensar que ya son parte de su bagaje como profesional de una disciplina.

*Sagrario: a ver plátcame por qué le pusiste estos colores (el dibujo de Emma era el nombre de su enfermedad “Diabetes” escrito en minúsculas, con el contorno de las letras negro, rellenas de color rojo y lo que era el punto de la letra “i” era un corazón iluminado de color rosa. Del contorno de las letras salían raíces en forma de “S” de color rosa). Tenías más colores para elegir.*

*Emma: porque esos son mis colores favoritos (Sesión 8)*

Como se observa en el párrafo anterior, mi primer intento era saber si Emma tenía alguna razón especial para utilizar los colores que eligió; mi intención no era realizar un análisis subjetivo acerca de la relación del color con el dibujo, más bien era conocer si dichos colores le representaban algo a Emma al momento de realizar el dibujo, si tenían significado para ella. Sin embargo, Emma dijo que no era así.

*Sagrario: ...Bueno (muestra de nuevo la hoja a Emma) esta es tu enfermedad, así como tú te la imaginas, es tu “diabetes” así es como tú te la imaginas, ¿le quieres decir algo?*

*Emma: no*

*Sagrario: ¿no?, ¿segura? A ver mírala bien.*

*Emma: ¡NO! (eleva el volumen de voz)*

*Sagrario: que la odias, que se vaya, que no la quieres, que te cae gorda.*

*Emma: (asiente con la cabeza y sonrío)*

*Sagrario: ¿Qué más le dirías? o ¿qué te hace sentir? Coraje, tristeza.*

*Emma: sí*

*Sagrario: ¿te da coraje?*

*Emma: si*

*Sagrario: ¿te da tristeza? (Sesión 8)*

Lo que logré en este momento fue un paso importante ya que por lo general Emma no hablaba de su enfermedad, minimizaba y la dirigía sobre todo a la problemática que tenía con su mamá. Hay que recordar que en las sesiones iniciales ya decía: “si ella no se cuida, yo por qué sí”

Posteriormente decidí utilizar el dibujo de tal forma que Emma, en verdad creyera al menos por unos instantes que esa hoja con el dibujo plasmado era su enfermedad y que podía controlarla.

Recuerdo que en ese instante yo trataba de lograr que Emma sintiera a la enfermedad en sus manos y no que el padecimiento era más grande que ella.

*Sagrario: ¿Qué te gustaría hacer con ella?*

*Emma: romperla*

*Sagrario: ¿romperla? (Sagrario entrega la hoja a Emma) rómpela, destrúyela y has lo que quieras con ella.*

*Emma: (toma la hoja y comienza a romperla, mientras sonrío)*

*Sagrario: muy bien, romperla en todas las partes que tú quieras.*

*Emma: ya*

*Sagrario: y después de romperla ¿Qué harías?*



*Emma: tirarla*

*Sagrario: tirála (Sesión 8)*

De igual manera, aquí continuaba con la idea de lograr que Emma de algún modo contemplara la posibilidad de dominar a la diabetes y decidir como confrontarla. Además que me puse como apoyo hacia cualquier cosa que ella quisiera hacer con su enfermedad. Lo cual considero, funcionó en ese momento.

*Sagrario: ya viste que la destruiste. Es un ejercicio muy sencillo como podrás ver, pero es algo que nos permite ver que realmente somos fuertes; en el momento en el que la ibas rompiendo ¿Qué ibas sintiendo?*

*Emma: nada*

*Sagrario: ¿no sentías como si estuvieras sacando algo del coraje que te provoca saber que tienes diabetes?*

*Emma: si*

*Sagrario: y cuando te dije que la vieras y no la querías ver, que sentías.*

*Emma: coraje*

*Sagrario: ¿sentías como si ella te dominara?*

*Emma: si*

*Sagrario: ¿en que momento te sentiste dominada por la diabetes?*

*Emma: no sé*

*Sagrario: ¿todos los días, en todo momento, cuando estás en tu casa, o cuando estás con tus compañeros?*

*Emma: cuando estoy sola. (Sesión 8)*

Al momento de hacer la reflexión sobre el ejercicio, quise dar continuidad al flujo de emociones que, desde mi punto de vista, Emma ya había logrado plasmar en la hoja de papel.

*Sagrario: y el día de hoy sabes qué es la diabetes?*

*Emma: no, creo que no.*

*Sagrario: ¿Como qué más te han dicho?*

*Emma: nada, nada más lo del azúcar.*

*Sagrario: ¿sabes por qué dicen que no puedes comer ciertas cosas, en especial dulces?*

*Emma: no, quién sabe*

*Sagrario: ¿has visto aquí en la escuela cómo funciona el organismo humano?*

*Emma: no (Sesión 8)*

Esta parte de la sesión me permitió darme cuenta que dejé de lado un aspecto muy importante, que era saber si la niña comprendía o tenía al menos una leve idea acerca de lo que es la diabetes. Y ahora reflexiono que, con mucha probabilidad, esto fue un punto crucial para que Emma continuara rechazando los medicamentos y cuidados, a pesar de los acuerdos a los que se llegaba con ella.

#### 4.2.8.1. Manejo de conocimiento sobre la enfermedad

Posteriormente decidí explicarle qué era la diabetes; en ese momento usé el conocimiento que yo tenía de la enfermedad y buscaba las palabras más fáciles al tiempo de hablar, pues no quería extenderme demasiado, solo quería proporcionar información básica con respecto a la enfermedad y así explicar el por qué de tantas prohibiciones y la necesidad de medicamentos.

Después de revisar esta sesión varias veces, me di cuenta que había dejado de lado una de las funciones que ahora considero muy importante dentro del quehacer del psicólogo: proporcionar información acerca de la problemática; en ese momento yo no lo vi tan necesario, pues di por hecho que le había sido explicado todo lo necesario acerca de su enfermedad por el médico o su familia.

*Sagrario: ...Es como por ejemplo, cuando nos da gripa, hay personas que pueden estar bajo una tormenta y llegan a su casa, se bañan y al día siguiente como si nada; y hay otras personas que con solo mojarse con unas cuantas gotas les da una gripa terrible, pero eso es a consecuencia de que sus defensas estén bajas, debido a una mala alimentación y cuidado personal. Todos los organismos reaccionan de diferente manera, y en el caso de la diabetes pues hay que tener*

*ciertos cuidados, que en ocasiones parecen muy estrictos o muy diferentes, pero en general, todas las personas tendríamos que cuidar nuestra alimentación para prevenir cualquier enfermedad. (Sesión 8)*

Esta vez hice uso de analogías que fueran más comunes y recurrentes, con la idea de ejemplificar que se trataba de una enfermedad que nadie está exento de padecerla.

***Sagrario:** el hecho de que a ti se te pida que comas algo en menores cantidades es algo que todos deberíamos hacer, y bueno en tu caso, supongo que es muy difícil para ti tener que aguantarte el antojo, pero puedes verlo de esta forma; “me hace daño”, pero te hace daño igual que a una persona sana, solo que él o ella ni siquiera lo sabe o no le interesa, solo que a él o a ella ni siquiera lo sabe o no le interesa, pero tu tienes la oportunidad de cuidarte y no consumirás lo que te hace daño sólo porque estás enojada o triste. (Sesión 8)*

En lo anterior, hice una relación directa entre toda la explicación que proporcioné anteriormente y la vida de Emma. Hice uso de lo teórico para ejemplificar un acontecimiento real que involucraba directamente a Emma.

***Sagrario:** y bueno también lo que te decía la sesión pasada, es una manera de evitar conflictos ¿no?, no me quita nada ir al médico o lavar los trastes y me favorece que ya no me van a estar molestando.*

*Emma: aja, sí. (Sesión 8)*

Continúo con la estrategia de vincular el contenido entre una sesión y otra, para que Emma encuentre esa misma relación, además de que a mí me servía ir hilando los contenidos para mejorar mis aportaciones dentro de la sesión.

***Sagrario:** sí, mira dibújala como tú quieras, con colores, sin colores, un rayón como tú quieras, es tu mamá y puedes dibujarla como tú quieras. Cualquier cosa que represente a tu mamá, un corazón o lo que sea.*

***Emma:** (toma las hojas y los colores; después de un tiempo, indica a Sagrario que ya terminó) (el dibujo de su mamá fue un corazón con una*

*línea en zig-zag en medio, sin otro color más que el negro del contorno de las líneas del dibujo)*

**Sagrario:** *esta es tu mamá, sin colores, gris; ¿Qué te hace sentir ver a tu mamá?*

**Emma:** *nada (Sesión 8)*

Debido a que el ejercicio de dibujar había resultado eficaz con respecto al tema de la diabetes, decidí hacer lo mismo para lograr que la niña descargara un poco lo que sentía hacia su mamá.

**Sagrario:** *¿Qué le quieres decir a tu mamá?*

**Emma:** *no sé*

**Sagrario:** *todo lo que quieras decirle. A lo mejor hay días en los que te sientes muy enojada con ella, pero otros en los que sólo tienes ganas de abrazarla y eso se vale, no tenemos que sentirnos igual en todo momento, el problema es cuando no expresamos lo que sentimos y nos lo vamos quedando. Si hoy estamos enojados, no significa que todos los días tenemos que estar enojados, ni tampoco que todos los días tenemos que estar tristes o contentos. (Sesión 8)*

Aquí hice un intento para que Emma tuviera confianza para expresar sus emociones hacia su mamá, sin temor a ser reprendida, castigada o regañada, hasta incluso rechazada.

**Sagrario:** *¿has llegado a pensar que tu mamá quiere más a su esposo y a su hija que a ti?*

**Emma:** *sí*

**Sagrario:** *¿te sientes hecha a un lado, como fácil de reemplazar?*

**Emma:** *sí (asiente con la cabeza)*

**Sagrario:** *¿crees que si tú estas o no da lo mismo?*

**Emma:** *sí, ella quiere más a su marido y a mi hermana.*

**Sagrario:** *¿en algún momento has querido irte de la casa?*

**Emma:** *sí, nadie se da cuenta (Sesión 8)*

Debido que Emma no se mostró tan segura o tan dispuesta a expresarse ante el dibujo de su mamá como lo había hecho con el dibujo de la diabetes, comencé a plantear posibles pensamientos o sentimientos que la niña podría tener en ese momento. Pero esto no lo decía sólo porque se me ocurría, más bien hacía uso de la información que en ese momento recordaba y que eran palabras de la propia Emma. Vuelvo a hacer mención que muchos adolescentes no pueden poner en palabras lo que están sintiendo, de ahí que el terapeuta sea quien le puede ofrecer la explicación de sus emociones. Pero hay que tener mucho cuidado pues podemos inducir sentimientos que los adolescentes no tienen, o bien malinterpretarlos, lo cual conduce a que se enfaden y se sientan no comprendidos.

Como lo señalé, cuando le empecé a decir posibles sentimientos, por ejemplo si sentía que era alguien fácil de reemplazar, a esas alturas yo ya tenía un panorama más amplio de la problemática de su familia, de cómo su mamá había aceptado con facilidad que la niña no viviera con ella y su nueva familia o de cómo era poco frecuente que la buscara para tener actividades juntas. De ahí que podía proponerle sentimientos que ella podía identificar que correspondían con su situación. Este ejercicio se prestaba, entonces, para una educación emocional ya que la niña no sólo tenía dificultades para expresar lo que sentía sino también para ponerle nombres a sus sentimientos.

*Sagrario: ¿Qué quisieras tú?*

*Emma: estar con mi papá*

*Sagrario: ¿Qué le dirías a tu papá?*

*Emma: (comienza a llorar)*

*Sagrario: ¿Qué le preguntarías?*

*Emma: (continúa llorando)*

*Sagrario: ¿le preguntarías “por qué te fuiste, por qué me dejaste”?*

*Emma: sí (llora aun más) (Sagrario toma de la mano a Emma)*

*Sagrario: ¿sientes que tu papá te abandonó?*

*Emma: sí (llora)*

*Sagrario: ¿le dirías algo o sólo lo abrazarías? ¿Te gustaría irte con él?*

*Emma: sí (Sesión 8)*

En este punto Emma se mostraba titubeante, ya que no se notaba tan a la defensiva, lo que vi como una gran posibilidad de continuar con la estrategia de

preguntas, de modo que las respuestas posibilitaran que la niña expresara sus emociones y sentimientos.

En lo personal, el hecho de que Emma llorara ante a las terapeutas fue un aspecto importantísimo, pues considero que fue el momento en el que se logró plenamente un ambiente de confianza entre Emma y las terapeutas. Posterior al desencadenamiento del llanto, propicié el contacto físico, lo que fue un punto más a favor, puesto que desde mi perspectiva, encontré la manera en que Emma descargara sus emociones.

Además de que esto me dio pie a contemplar la idea de que la intervención en las sesiones con respecto al área emocional no era errónea; si bien me hacían falta estrategias, considero que iba por buen camino.

*Sagrario: ¿Te sientes mejor?, ¿verdad que es lindo llorar?*

*Emma: (Suelta a Sagrario y asiente con la cabeza)*

*Sagrario espera a que la niña se calme durante unos minutos.*

*Sagrario: ¿Cómo te sientes?*

*Emma: contenta*

*Sagrario: bien, qué bueno, esto que acabas de hacer es un logro que tienes que reconocerte; te permitiste llorar y expresar tus sentimientos a través del llanto; posiblemente no te gusta llorar enfrente de la gente, pero en algún momento que quieras hacerlo puedes hacerlo a solas, en ocasiones es difícil, pero sería muy bueno que lo intentes. A lo mejor en este momento tu papi no puedo escuchar lo que tienes que decirle, o sentir ese abrazo que tú le diste, pero por ahora lo importante es que tú lo saques y que trates de que sea sin gritos o enojos hacia los demás, ¿ok?  
(Sesión 8)*

Al finalizar la descarga emocional de Emma, formulé verbalmente lo que acababa de suceder para que Emma pudiera reconocerlo y verlo como algo legítimo, intentado con esto posibilitar que se volviera a repetir o al menos que Emma viera que no pasaba nada malo si lo hacía.

## SESIÓN 9

### 4.2.9. Buscando el cambio en uno de los miembros de la familia

Esta sesión también fue conducida por la asesora. Se consideró necesario continuar con la estrategia de aprendizaje observacional, dada la actitud poco dispuesta de la madre de Emma para acceder a las sugerencias. Los objetivos de esta sesión eran intentar, de nuevo, sensibilizar a la madre sobre la condición de la diabetes en una adolescente, trabajar la relación conflictiva que tenía con la niña para propiciar un acercamiento de distinto tipo y abrir posibles canales de comunicación entre ambas. De nuevo, la idea no era convencer a Emma de que cuidara su diabetes, sino de fomentar una relación familiar distinta para que, como efecto de este cambio, la niña se sintiera dispuesta a hacer algo por su salud.

La sesión 9 se realizó con la madre de Emma. En esta sesión, la madre hizo las mismas acusaciones de la niña que había hecho la abuela, acerca de su mal comportamiento y rebeldía para tomar los medicamentos.

Al igual que a la abuela, se le explicó a la madre de Emma algunas cosas que se habían trabajado en las sesiones con la niña, así como el deseo de Emma de irse con su papá. Ante esto, la respuesta de la madre fue que no era posible que la niña se acordara de él, puesto que cuando se separaron ella estaba muy chica.

Se intentó hacer sugerencias parecidas a las que se le dijeron a la abuela, haciendo especial énfasis en que pasara tiempo con ella, que salieran juntas, que se acercara a ella junto con la otra niña, que salieran al parque, que organizara su horario para convivir con las dos niñas, evitar regaños. Esto se realizó antes de un periodo vacacional, durante el que se esperaba se pusieran en práctica dichas estrategias.

Con la mamá se dejó de lado la parte de los castigos, porque era la abuela quien estaba a cargo de la educación de la niña. Pero se le recomendó que llevara a la niña a vivir con ella, que era su responsabilidad y no la de los abuelos.

En esta sesión, la mamá mencionó que no entendía por qué era tan difícil para Emma entender que estaba enferma, si a ella misma le habían diagnosticado la enfermedad a los 20 años y no había tenido ningún problema.

Además de esto, la madre de Emma se quejaba de que la niña peleaba mucho con su hermana. Y comentó que cuando Emma le pidió que buscara a su papá, la señora le dijo que él no la quería ver y que ella (la señora) no podía hacer nada.

Debido a lo ocurrido en la sesión anterior, se decidió realizar una sesión con Emma y su mamá en la que se pretendía que ambas se expresaran una a la otra los aspectos tanto negativos como positivos de su relación y lograran llegar a acuerdos. Emma sí estaba dispuesta, porque se sentía protegida por sus terapeutas. Sin embargo, esto no fue posible puesto que la señora se mostró poco cooperativa y muy poco interesada para lograr los objetivos de la sesión.

*“Cuando la niña entró al salón quiso darle un beso a su mamá, sin embargo la señora no le hizo caso, desde ese momento la niña se mostró insegura; se le pidió que expresara a su mamá lo que quería decirle, y la niña le dijo a su mamá que no le gustaba que regañara tanto a su hermanita y que le gustaría que le pusiera más atención.” (Sesión 9)*

La señora se mostró muy enojada, usó la sesión para regañar a la niña y hacerle de nuevo las mismas peticiones que desde el principio. La niña se puso a llorar desconsolada y se decidió sacarla de la sesión. La asesora buscó incidir en la capacidad de tolerancia de la madre para con la niña, pero sin éxito, por lo que se dio por concluida la sesión.

Por tal motivo, se suspendieron las sesiones familiares y se decidió centrar toda la atención en Emma y lo que se pudiera trabajar en el tiempo restante del ciclo escolar que de alguna forma la fortaleciera. Hay que mencionar que la abuela se negó a continuar con las sesiones, dado que consideraba que era responsabilidad de la madre y no de ella que las cosas cambiaran. En ese sentido, enfocamos la lógica de trabajo en la niña dado que consideramos que los adultos en su familia depositaban toda la responsabilidad en ella y no estaban dispuestos a hacer cambios en sus formas de actuar. Nuestra lógica de trabajo era que si fortalecíamos a la niña, podíamos sembrar elementos que le permitieran, más



adelante, ser generadora de cambio en su hogar o, al menos, resistir los efectos de la conflictiva en la que se encontraba.

## Sesión 10

### 4.2.10. Efectos de confrontar a los adolescentes con sus cuidadores

Esta sesión fue muy tensa en su inicio pues fue la primera vez que Emma manifestó a las terapeutas que no quería seguir en el servicio porque no le gustaba faltar a clases y pidió que al menos se le sacara de las clases que no le gustaban.

En esta ocasión recuerdo que me sentía muy desconcertada, pues ante lo que mencionó Emma no supe cómo reaccionar. En ese momento no lo pensé y, por lo tanto, no consideré que tal vez la actitud de Emma era debida al fallo obtenido en la sesión con su mamá.

*“La terapeuta le pidió que hiciera una lista de todas las cosas que le gustaba hacer.*

*La terapeuta le pregunta si cuando está muy enojada le gusta hacer alguna de esas cosas, a lo que Emma contesta que no. La terapeuta le pregunta si ha hecho algunas de esas cosas para relajarse y olvidarse de los problemas; Emma responde que sí y que sí le han funcionado. Entonces la terapeuta le pide que le hable de alguna situación en la que ha tenido discusiones, a lo cual Emma responde que no ha tenido discusiones.”*

*(Sesión 10)*

Debido a la actitud desinteresada de Emma, decidí enfocarme en aquellas cosas que a Emma le gustaba hacer; esto lo hice como una forma de acercarme a Emma y dejar de lado a la familia, enfocándome sólo en la primera.

*“En cuanto a su mamá, Emma comenta que ya casi no la ve y está con su hermana y su mamá es de carácter insoportable. La terapeuta le dice que es importante que trate de entender que así es ella (su mamá) y no la*

*vamos a poder cambiar, intentamos hacer algo platicando con ella (su mamá) pero que necesitaríamos trabajar más tiempo con ella (su mamá) y eso no se puede. Y que a lo mejor, la mejor manera que encuentra para comunicarse con Emma es a regaños, pero que ella (su mamá) no puede pasarse la vida enojándose y amargada. Lo que podemos hacer es darnos auto-instrucciones. La terapeuta intenta hacer un ejercicio en el cual pueda cambiar las frases que piensa por otras positivas; sin embargo una vez más Emma responde con negativa ante el ejercicio. La terapeuta le habla acerca de la importancia de aplicar esto no sólo con su mamá sino con sus compañeros, ya que al estar enojados decimos cosas que lastiman a los demás.” (Sesión 10)*

El punto central aquí fue explicarle a Emma las posibles opciones por las cuales actuaba así su mamá y se intentó realizar un ejercicio; sin embargo Emma no quiso hacerlo. Esta fue la primera sesión que se dio por terminada a consecuencia de la negativa de la niña.

Sin duda había ejercicios que aplicar, pero consideré y sigo pensando que estuvo bien concluir, que no se le podía forzar, puesto que la niña ya tenía suficientes sentimientos acerca de que la *obligaban* a cuidarse y hacer cosas que no eran de su agrado. En esta sesión estaba claro que la niña había resentido el hecho de que la mamá no se dispuso a trabajar con ella y con las terapeutas. Muy probablemente había perdido el interés que llegó a manifestar acerca de que la terapia le ayudaría con su situación familiar, más que con lo de su diabetes.

## SESIÓN 11

### 4.2.11. Búsqueda de un nuevo acercamiento

Esta fue la penúltima sesión que se realizó con Emma. Nuevamente se aplicó un ejercicio de frases incompletas, pero ahora la finalidad de éste fue abordar el tema de lo que significaba para ella llorar, e indagar acerca de por qué, a excepción de la sesión ocho, no se había permitido llorar o mostrar algún tipo de expresión de tristeza, pese a

que en ocasiones esto era evidente. A continuación muestro un fragmento del ejercicio, las palabras en negritas son las respuestas que Emma daba frente a cada oración.

*Las personas que lloran son...**chillonas***

*Los niños que lloran son...**latosos***

*Las niñas que lloran son...**molestas***

*Una persona que llora con frecuencia es...**triste***

*“Sagrario le explica que este ejercicio es para que veamos cuál es la concepción que tenemos de llorar. A veces lloramos y cuando alguien nos ve llorar todo mundo se te acerca y pregunta qué nos pasa y trata de consolarnos.*

*Sagrario le hace algunas preguntas acerca de cuando ella llora; Emma comenta que cuando está triste empieza a llorar, ante su mamá llora cuando no puede aguantarse y cuando se aguanta siente feo. Con su abuelita llora más porque ha convivido más con ella. Lloro cuando tiene ganas de llorar y en ocasiones se aleja tal vez porque se siente vulnerable.” (Sesión 11)*

Mi intención fue hablar un poco acerca de la importancia y lo útil que era llorar para los seres humanos, con el fin de lograr transmitir a Emma la idea de que no era malo y que podíamos hacerlo cuando sintiéramos la necesidad de hacerlo. Todo esto debido a que el servicio estaba a punto de finalizar y quería dejar en Emma algunos puntos que yo consideraba importantes y que además creí que más adelante podrían serle de utilidad, sobre todo para su desarrollo emocional.

Para complementar esto, hice uso de una última metáfora:

*“...cuando contenemos nuestras emociones es como si nos contamináramos, algo parecido al agua de una pecera en la que deberíamos ir filtrando el agua, muchas veces las enfermedades no son provocadas tanto por las cosas fisiológicas sino por contener las emociones, por no filtrar el agua de nuestra pecera. Algunas personas se enferman por ejemplo de gripe cuando están estresadas, esto se llama somatizar y es una manera en la que el cuerpo va filtrando lo que*

*sentimos. Una forma sana de filtrar nuestra pecera puede ser con ejercicio, correr, escribir, hablar con uno mismo, o llorar.” (Sesión 11)*

Intenté proporcionar opciones de utilidad y que no implicaran gastos o una gran inversión de tiempo, de modo que Emma las pudiera contemplar como herramientas de desahogo.

## SESIÓN 12

### 4.2.12. Despedida

Esta fue la última sesión, la cual fue muy breve y sólo se llevó a cabo la despedida de las terapeutas y de Emma.

Es importante que después de un proceso terapéutico, se otorgue tiempo a despedirse del paciente, ya que es una buena oportunidad para invitar al paciente a continuar con el servicio psicológico, o bien a contemplarlo dentro de sus posibles opciones a lo largo de la vida, si llegase a encontrarse en alguna dificultad que requiera del servicio.

Al terminó la intervención terapéutica, y ante cuestionamientos de las terapeutas, Emma mencionó que sí le había sido útil asistir al servicio, sobre todo para ya no pelear con su abuelita, ya que la quiere mucho y no le agrada disgustarse con ella. Concluyó dando las gracias y saliendo del salón.

A modo de conclusión general y con respecto a la secuencia de las sesiones considero que aunque al principio no sabía muy bien como intervenir, ya que quería abarcar todos los temas pues todo me parecía importante; con el transcurso de las sesiones considero que logre organizar los tópicos que me interesaban y que consideraba eran prioridad en ese momento, y con base en ellos fui realizando las rutas de trabajo, que si bien no siempre me fue posible seguirlas tal cual, siempre me fueron de gran ayuda y me servían como apoyo, en las situaciones en las que tenía que recurrir a la improvisación.

Con respecto a los logros obtenidos en el caso el que para mi fue el más grande y que tanto profesional como personalmente fue la descarga emocional que logre que Emma hiciera en una de las sesión, ya que desde mi punto de vista era necesario que Emma entrara en contacto con sus emociones y las expresara.

Por otro lado y haciendo una revisión en retrospectiva me atrevo a decir que la mayoría de las sesiones fueron muy buenas, dado que yo las veía como un reto para mi y eso me llevaba a buscar nuevas formas de realizar mi trabajo como terapeuta, aun dentro de la limitada información que tenía con respecto algunos temas que trabaje con Emma.

Definitivamente realizar la revisión de las sesiones y todo el trabajo de intervención clínica que hice con Emma, contribuye a la formación de mi identidad profesional como terapeuta de manera positiva, ya que aunque en ese momento no me percate de que lo que hacía era conducirme realmente como un profesional de la psicología, ahora puedo ver con agrado que si fue así; desde el hecho de buscar información respecto a determinada problemática, indagar posibles soluciones, ponerlas en practica, y hacer todo esto siempre tomando el cuenta el bienestar de Emma, y al mismo tiempo cumplir con la demanda inicial de la orientadora de la escuela secundaria.

## Capítulo 5.

### Análisis General: elementos que dan cuenta de mi formación profesional.

Todo lo que ocurre, desde lo más grande a lo más pequeño, ocurre necesariamente  
-Schopenhauer, Arthur.

El objetivo del presente capítulo es reflexionar acerca de algunos aspectos que dan cuenta de lo que representa formarse como profesional de la psicología. Para ello, analizaré a posteriori, los recuerdos que tengo en distintos momentos de los elementos que fui desarrollando en el campo de intervención que he venido considerando a lo largo de la tesis y que van desde qué pensaba sobre la noción de servicio social, qué competencias específicas fui desarrollando (realizar entrevistas, diseño de rutas de trabajo, aplicación de técnicas particulares, etc.), hasta la identidad que como psicóloga fui construyendo todo ese tiempo.

Los fragmentos que aparecen dentro del presente análisis forman parte de mis respuestas en la entrevista que mi asesora me realizó dentro del marco del seminario de tesis, con la finalidad de recuperar la mayor información posible al respecto de mi vivencia como profesional de la psicología en formación, además de que resultaba ser una forma práctica para realizar el presente trabajo. Esto fue necesario debido a que en el momento de realizar las sesiones no se realizaron anotaciones al respecto de la mi formación profesional, solo contaba con las transcripciones de las sesiones.

Cabe señalar que al haberse realizado la entrevista tiempo después de realizada mi labor como terapeuta dentro de la escuela secundaria, conlleva algunas limitaciones en cuanto a la de información que pudo haber quedado fuera.

Los aspectos que forman parte del mencionado análisis, parten principalmente desde la noción de lo que es el servicio social y su relevancia para la formación del psicólogo en Iztacala. Cabe mencionar que hablare de dichos aspectos en tres distintos momentos que son tanto al inicio del semestre de la materia de Psicología Social Aplicada, como a mediados y finales de año; esto con el fin de hacer mas sencillo el análisis y la comprensión del mismo

## 5.1. Noción del servicio Social

Aún cuando es un asunto relevante para la formación del psicólogo, el servicio social es un asunto del que poco se habla. Como estudiantes en formación no conocemos su función y finalidad dentro de las áreas de formación profesional. Tampoco lo entendemos en su relación directa con la aplicación en escenarios reales de las competencias profesionales con las cuales cuentan los alumnos, lo cual les posibilita poder cumplir de manera eficiente algunas de las demandas sociales. En el caso de la presente tesis, como ya lo he mencionado, me interesa resaltar la importancia del servicio social llevado a cabo con adolescentes de una secundaria pública.

El servicio social forma parte de un diseño curricular, diseño que en el caso de Iztacala consta de teoría, aplicación e investigación, de tal manera que el objetivo principal es conjugar estos tres aspectos para que el psicólogo al término de la carrera salga teniendo las herramientas necesarias para realizar cualquiera de esas actividades.

Dentro de esta formación el servicio social es un requisito para cubrir el total de los créditos dentro de la carrera de psicología. Así, en la FES Iztacala la realización del servicio social se lleva a cabo dentro de las mismas materias en el área de las aplicadas. Y es aquí donde encontramos una facilidad que proporciona el plan curricular, se convierte en un aspecto que pareciera muchos olvidamos, como es el hecho de que el fin del servicio social es que el alumno ponga en práctica aquellas habilidades y competencias con las que cuenta para cumplir con las demandas de la sociedad en la que vive y se desarrolla como persona y como profesionista.

Al respecto, Díaz Barriga (2006, p. 98) menciona que la expresión más clara y congruente de lo que puede ser una experiencia de aprendizaje situado y experiencial, promovido a través de prácticas auténticas en escenarios reales, la encontramos en el enfoque de aprendizaje basado en el servicio en contextos comunitarios, también denominado “aprender sirviendo” (service learning). En mi caso, la idea que tenía del servicio social antes de entrar a la materia de social aplicada, derivó de escuchar comentarios en algunos lugares en donde estudiantes de alguna institución se encontraban realizando el servicio social el cual, como después me enteré. era un

requisito para que se diera por concluida su formación profesional. No me fue explicado bien a bien de qué se trataba, sin embargo, al observar, escuchar conversaciones o incluso preguntar directamente a las personas a mi alrededor, me formé una idea acerca de lo que era el servicio social:

**Sagrario:** *“...yo lo veía como un trabajo y sabía que no siempre te pagaban, pero que era un trabajo y no ibas a experimentar y a decir si puedo me quedo y si no, pues me voy así como de no entro a una clase, era un trabajo una responsabilidad, muy fuerte...”*

Esta idea fue con la que entré a realizar el servicio social en Iztacala, sin embargo, no sentí que realmente estuviera cumpliendo con tal servicio hasta que entré a dar terapia individual a la secundaria. Así, al menos en mi experiencia, no me fue explicada la noción del servicio social por los profesores, lo cual considero es muy importante que se lleve a cabo porque sirve para concienciar a los alumnos acerca del compromiso y la responsabilidad que implica tal labor, más allá de una petición encarecida de que se tiene que dar una buena impresión con la presencia y con el trabajo por la reputación de la institución y de los profesionales colegas. Pero no sólo es para mantener el prestigio sino también una labor de cumplimiento de demandas sociales en las que, además, va en juego el aprendizaje en escenarios reales de los alumnos.

La idea que yo tenía acerca de lo que era el servicio social no se modificó mucho a lo largo del semestre, pero puedo decir que además de verlo como si se tratase de un empleo también comencé a disfrutar lo que hacía:

**Sagrario:** *“...no quería vivirlo como luego decían unos compañeros, “hay que flojera ir”, más bien opté por verlo como algo serio y sobre todo que era lo que me gustaba y a lo que me quería dedicar. Además, el verlo como solo una materia o la posibilidad para obtener una calificación aprobatoria, me provocaba verlo en ocasiones hasta como algo que no requería mucha dedicación y yo no quise que eso fuera así, y que eso interfiriera en los resultados a obtener dentro del proceso terapéutico...”*



Por otro lado, a pesar de que algunos profesores de otras asignaturas hacían énfasis en que como alumnos no nos enfocáramos solo en la obtención de una calificación satisfactoria, y que tomáramos en cuenta la parte que involucraba proporcionar un servicio a la comunidad. Pero esto era difícil porque, por ejemplo, cuando realizábamos intervención en la CUSI nosotros como estudiantes seguíamos dentro de lo que para mi sería visto como un *resguardo*, como un refugio, un lugar en el cual nos sentíamos protegidos, apoyados y quizá muy consentidos por los profesores y por el hecho de sentirnos todavía alumnos.

El servicio social dentro de la carrera de psicología se empieza a realizar a partir de 5to semestre, empezando en la CUSI. Después viene el primer encuentro con una población externa lo cual implica comenzar a relacionarse ya con una etiqueta de psicólogos dentro de alguna institución (en la mayoría de los casos de educación o salud). Para ese momento aún nos presentamos como estudiantes de Psicología de la FES Iztacala, y llegamos a explicar que se trata de una práctica, lo cual en mi caso me resultó mucho más fácil que llegar a intervenir en una secundaria con “niños” más grandes y sus padres.

Debido a lo anterior pienso que al inicio se me dificultó representarme como psicóloga dentro de la secundaria porque no sentí una demanda real o total en ninguno de los contextos anteriores en los cuales realicé mi servicio social. Es por esto que al saber que el servicio social se realizaba simultáneamente con las materias y que valía por dos lo vi como una ventaja; pero la falta de información y sobre todo la falta de crear conciencia por parte de los profesores hacía los alumnos de la carrera de psicología de que otorguen la importancia que tiene, deriva en que al estar dentro de una materia se piensa más en obtener una calificación aprobatoria, y nos preocupamos de las consecuencias a nivel académico, e imaginamos que pero en el contexto en el cual se lleva a cabo el servicio social no habrá dichas repercusiones. Entonces, creo que no llegamos con la idea de que vamos a intervenir en demandas sociales, sino que es algo que tenemos que hacer para obtener una calificación, y pasamos el cumplimiento social a segundo plano.

Por otro lado, tenemos la importancia educativa para el psicólogo en formación obtenida durante el servicio social. El aprendizaje en el servicio social transcurre dentro

del continuo que va del aprendizaje *in situ*, a la experiencia de servicio a la comunidad, pero ocurre mientras el alumno toma los cursos curriculares vinculados al proyecto de servicio en la comunidad, de manera que la experiencia de aprender sirviendo y el proyecto que se deriva de ésta forman parte del currículo escolar (Díaz Barriga, 2006, p.98-99).

Por lo tanto, es necesaria la vinculación del aspecto educativo con la práctica en contextos reales ya que, como lo dice Díaz Barriga (2006), el servicio social resulta significativo en tanto el alumno se enfrenta a necesidades y retos de la vida real. Pero dicho enfrentamiento no puede ser realizado sin contar con ciertos conocimientos previos, haciendo necesario una vinculación entre la teoría y la práctica. Esto en ocasiones parece muy difícil, debido a que dentro de la carrera existe una gran variedad de corrientes teóricas que posibilitan que el alumnado tenga un panorama más amplio acerca de distintas posturas pero, al mismo tiempo se genera cierta desarticulación entre materias, por ejemplo, entre una asignatura y las tutorías impartidas por un profesor diferente.

Un aspecto que me parece importante destacar es el relacionado con las expectativas con las cuales el alumno entra a las asignaturas, hablando específicamente de la asignatura de social aplicada, que es dentro de la cual se realiza el servicio social.

## 5.2. Expectativas hacía la materia.

Entre estudiantes una de las estrategias más comúnmente utilizada es pedir referencias acerca de los profesores a otros compañeros que hayan tenido clase con tal o cual profesor, o bien, pueden ser pedidas a otros profesores que laboren en la misma área académica. La finalidad de ellos es lograr cierta seguridad de que se está tomando una buena decisión al elegir a cierto maestro, y como una posibilidad más de que la materia, tanto en contenidos como en desempeño del profesor, cubra con las expectativas de los alumnos. En este sondeo consideramos desde que se trate de un profesor responsable, tanto con sus horarios como con los contenidos de la materia, hasta que se trate de profesores que estén abiertos al diálogo con los alumnos durante los seminarios.

Lo anterior en muchas ocasiones puede posibilitar un mejor desempeño tanto grupal como de cada alumno o, en su defecto, puede evitar ciertos enfrentamientos entre alumno-profesor, a causa de diferencia de opinión.

Sin duda las referencias otorgadas son total y absolutamente subjetivas, pero en ocasiones esto otorga al alumno cierta seguridad o al menos una disminución de estrés ante la llegada del profesor y su forma de ser.

En el caso de las asignaturas en las cuales los alumnos de psicología tienen que elegir entre más de un profesor, la incertidumbre aumenta debido a que si no se cuentan con referencias, o las que hay no son muy buenas, de la demanda hacía lo que se piensa como el “mejor” profesor o “la mejor” práctica es mayor, lo cual puede generar tensiones y discusiones entre el grupo. Por otro lado, la elección también esta basada en las prioridades que tiene cada alumno, esto se hace posible una vez que cada profesor expone su manera de trabajar y la población con la cual realiza dicha labor.

Surge entonces un tercer motivo por el cual uno como alumno piensa elegir una u otra cara de la moneda: ¿ir hacía donde parece más complicado pero corresponde en contenidos a los intereses propios?, ¿ir hacía donde las referencias son buenas sin importar lo que se aprenda?, ¿decidir por una corazonada de lo que se vislumbra como lo más interesante? O tal vez hasta por ¿cuál programa de intervención me posibilita continuar trabajando con mi compañero preferido?, etc. o alguna de todas las combinaciones posibles de opciones, lo cual llevará al alumno a tomar una decisión o en un caso desafortunada a resignarse porque no alcanzó lugar en la sección que él quería. En mi caso recuerdo que:

**Sagrario:** *“...Antes de entrar a la materia de social aplicada, solo sabia que tendría que elegir entre la secundaria o el centro de salud...una amiga me sugirió que era mejor la sección en la que se tenía que asistir a una secundaria, pues en su experiencia y comparando con la otra sección, aquí se recibía mayor asesoria de parte de la profesora...Al platicar con otra compañera quien asistía al centro de salud, me comentó acerca del marco teórico y la forma con la que trabajaba su profesora, cosa que no resultó de mi agrado y, por lo tanto, no me*

*interesó...Una vez que las profesoras estuvieron frente a grupo y expusieron su forma de trabajo terminó por convencerme la idea de ir a la secundaria debido a que los adolescentes me parecían una población muy interesante y de la cual yo no sabía mucho...”*

En lo personal mi elección de un campo de formación fue inicialmente a través de las recomendaciones de compañeros, así como de la necesidad de supervisión constante, lo cual me representaba seguridad y, por supuesto, un interés personal.

**Sagrario:** *“...El marco teórico utilizado por la otra profesora no me convenció. Al saber que en la otra sección trabajaría con adolescentes ya no lo pensé más, además de que en el área clínica no me llamaba mucho la atención trabajar con niños (pues en otras prácticas ya lo había hecho)...Un interés personal fue el cómo yo viví mi adolescencia. Siempre tuve la inquietud de trabajar con esa población y tenía la idea de que ahí existían muchas cosas interesantes que en ocasiones como adultos dejamos de lado...Entré con muchas expectativas de aprender acerca de los adolescentes y cómo trabajar a nivel clínico con ellos, además de que conté con la suerte de que esta sección no fue la más peleada, porque a la mayoría le pareció como que era hacer lo mismo que en prácticas anteriores, como era el estar dentro de otra escuela...”*

Otro aspecto que influye grandemente son las experiencias personales de los alumnos de la carrera para que tomen decisiones acerca de lo que quieren y van hacer dentro del ámbito profesional como psicólogos. En ocasiones esto se antepone a la decisión puramente académica y se piensa sólo en términos de lo que se va aprender y bajo qué lineamientos teóricos.

En mi caso llevaba una formación principalmente conductual y desconocía mucho acerca de otros marcos teóricos, lo cual me generaba cierta desconfianza hacia mi misma con respecto a mis conocimientos para poder intervenir ante una problemática determinada. Entrar a la materia para intervenir con adolescentes lo veía como una posibilidad de conocer cómo se trabaja con herramientas que otorgan otros puntos de vista que pueden resultar iguales o en algunos casos hasta más útiles.

Por ultimo, es importante mencionar que a lo largo del año de la práctica, se fueron cumpliendo mis expectativas, pues adquirí muchas herramientas para poder trabajar con adolescentes y modifiqué muchas de mis ideas preconcebidas acerca de la dicha población lo cual conllevó a que disfrutara más el trabajo con ellos.

### 5.3. Representación sobre quiénes son los adolescentes.

Con respecto a la población adolescente existen un sin número de ideas preconcebidas y de sentido común, así por ejemplo, se tiene la convicción de que son rebeldes (sin razón aparente, pues no tendrían por qué tener problemas si su única responsabilidad es estudiar) fastidiosos, como si al llegar a esta etapa se hicieran el firme propósito de molestar a sus padres hasta rebasar los límites de éstos.

Se ve a los adolescentes como seres maquiavélicos que tienen todo planeado para no cumplir con los lineamientos establecidos por las autoridades (padres, familia y profesores). Estas ideas parecen estar ampliamente arraigadas y difundidas, y dejan a un lado factores como la situación familiar particular de los alumnos que acuden a una secundaria y su repercusión en su desempeño académico y en su comportamiento; el carácter propio de cada joven, la manera muy particular en la que cada uno sobrelleva cambios tanto a nivel físico como biológico y emocional, etc. No es objetivo de este apartado desacreditar a los padres o profesores que se encargan de la educación o supervisión de los adolescentes, más bien es un intento de reflexionar acerca de algunas problemáticas a las cuales se enfrentan, así como posibles ideas sobre cómo ver a los jóvenes e intentar nuevas formas de intervenir en su mundo y en sus problemáticas.

Antes de asistir a la secundaria a realizar la labor como psicóloga en el área clínica, tenía varias ideas acerca de las adolescentes, formadas a partir de experiencias personales, tanto de mi misma como de compañeros y amigos. Si bien con el paso del tiempo (y sin percatarme de ello en el momento) fui apropiándome de algunas concepciones como el hecho de que son problemáticos, rebeldes, groseros, difíciles, etc.; también les otorgaba el derecho a la réplica y seguía mi la idea de que no podía ser visto como un hecho aislado las maneras de vivir de cada uno de ellos, y que se trataba más bien de un evento multi-causal. No por ello dejaba de resultar aterradora la idea de

un primer encuentro con ellos, porque si bien existía bastante disponibilidad de mi parte para trabajar con, el temor consistía en no saber cómo lograr un acercamiento exitoso (a consideración mía) y que también resultara aceptable para mi asesora.

Existía en mí un profundo interés por indagar y comprender las diferentes maneras de ser de los adolescentes y también reflexioné acerca de mis vivencias en el pasado:

**Sagrario:** *“...nunca fui de dieces, pero igual si de nueves, y eso es algo que hace que los maestros se hagan una idea de ti como alumno. Académicamente eres bueno y, por lo tanto, no representas un problema para la institución, y es poco probable que tengas dificultades en tu hogar. Se asume que todo dentro de tu entorno está estable y tranquilo...cuando tuve un problema, esa imagen me ayudó con respecto a la situación académica...sin embargo, en la preceptoria juvenil todo fue diferente, no se me dio el beneficio de la duda, se me etiquetó como “problemática” y tal idea después se vio alterada al revisar mi trayectoria escolar, lo cual rompía con las concepciones que tenían en ese lugar....las ideas que tenían en la escuela sobre mi y las que se hicieron en la preceptoria fueron totalmente distintas...”*

Una vez ya estando dentro del campo de trabajo, me sentía a gusto al trabajar con los chicos, pero el trabajo con padres me seguía generando nerviosismo. Creo que al principio tomé la postura de estar de parte de los chicos, responsabilizando a los padres de absolutamente todo lo que acontecía a sus hijos. Pero esta postura no se mantuvo por mucho tiempo pues creo que era una manera de defenderme ante los posibles ataques de los padres hacía mí, los cuales no eran reales, sino solo una manifestación de mi temor al tratar directamente con ellos.

Encontré que así como existen distintas formas de ser persona entre los adolescentes y sus comportamientos, también es de esta manera con sus padres. Además, la opinión que tuviera el padre con respecto a la psicóloga que se encontraba a cargo de su hijo, me representaba mucho peso:

**Sagrario:** *“...me asustaba mucho pensar en que tenía que interactuar aparte de con los chicos y sus profesores, con las padres de familia. Era algo muy fuerte, me sentía más al nivel de los chicos y sentía que podía ser mas empática con ellos, que con los padres...tener contacto con las papás y los maestros implicaba mostrarme como una profesionista, adulto y responsable, lo cual aún no formaba totalmente parte de mi identidad...sentía que no tenía ni la menor idea de cómo comportarme ante tal situación...”*

De igual manera, al empezar la intervención estaba la idea constante de que sería difícil el trabajo con los adolescentes:

**Sagrario:** *“...Yo pensaba que eran difíciles, una vez más aparecía el temor de no tener el peso que tenía un profesor. Me sentía como un perfecta extraña, que dice que es psicóloga, y que se quería entrometer en su mundo...cuando en muchos de los casos no tienen ni idea de lo que es y lo que hace un psicólogo...”*

No obstante, estas ideas fueron cambiando a lo largo del tiempo, al comprobar que no era algo que no supiera hacer, que contaba con las herramientas elementales para poder trabajar con ellos.

**Sagrario:** *“...Después me di cuenta de que era cierto, yo no era la maestra, pero que eso no implicaba que no me harían caso y comencé a ver esta situación como una ventaja, pues existía la posibilidad de que al no verme como una autoridad como un profesor o un familiar, se mostraran más accesibles, además de que comencé a ver que una de las ideas más generalizadas era ver al psicólogo como una persona a la que le cuentas lo que quieras y que te escucha (cabe mencionar que esto no fue dicho por ningún alumno, más bien yo llegue a esa conclusión) lo que faltaba era aclarar que de lo que ellos comentarán, nada sería revelado a sus padres...”*

A lo largo del trabajo con los adolescentes aprendí que para ellos es muy importante sentir confianza y seguridad con quien hablan. Ellos se encuentran en una etapa en la que están creando su identidad como personas (así como nosotros los estábamos haciendo en el ámbito profesional, trabajando con ellos) y de alguna manera el psicólogo les otorgaba ese derecho. Esto no es tan fácil ya que hay que tomar muy en cuenta que los padres también esperan que el psicólogo los comprenda y se ponga de su lado. Para algunos esto implica conocer qué es lo que el psicólogo conoce de su hijo, por lo tanto, uno de los aspectos que me pareció sobresaliente es descubrir que muchos de las problemáticas de los adolescentes son debidas a sentimientos de soledad, abandono, tristeza, coraje, y traición; hubo ocasiones en las que algún niño(a) mencionó cosas como que ya no le gustaba decirle a sus padres tal o cual asunto porque lo regañaban o se lo reclamaba.

Al final de la práctica pude darme cuenta de que mis ideas acerca de los adolescentes se había modificado y también las ideas que tenía sobre los padres de familia y las autoridades de una institución. Me di cuenta lo difícil que es estar frente a grupos de 30 o más estudiantes adolescentes y de lo complejo que es para los padres estar a cargo de dos o mas hijos que se encuentran en diferentes etapas de vida y además combinar esto con la labor de proveedor, educador, padres de familia, etc.

Estos son aspectos que la mayoría de los adolescentes no conocen, y es aquí donde aparece la importancia de que se cuente con servicio psicológico en las escuelas, pues representar una alternativa para los jóvenes de ser orientados para enfrentarse ante tantas cosas que desconocen o que creen que conocen pero este conocimiento es erróneo o incompleto.

#### 5.4. Competencias profesionales.

En lo que respecta a la formación del psicólogo y al servicio social como una posibilidad de poner en práctica los conocimientos teóricos revisados en los seminarios de las distintas asignaturas, aparece la aplicación en contextos reales de todas aquellas habilidades y competencias adquiridas a lo largo de la formación académica. En mi caso mencionaré las competencias que fui desarrollando a lo largo de la intervención y que



detecté al revisar las notas de cada sesión y la información obtenida en la entrevista con mi asesora.

#### 5.4.1. Entrevistas

Es una de las primeras habilidades que hay que desarrollar pues es la base para obtener información acerca del caso. Antes de entrar de lleno a la secundaria se me instruyó acerca de cómo iniciar y finalizar una entrevista, y cómo dirigirla hacía los aspectos de interés, o que tuvieran que ver con la demanda inicial del paciente. Realizamos ensayos entre el grupo de compañeros y por parejas. Todo esto me permitió tener una idea acerca de cómo podrían ser las entrevistas con los adolescentes y sus padres, así como con los profesores.

Pero en la realidad tuve que ir haciendo mis propios ajustes, ya que, para empezar, los adolescentes regularmente no buscan cooperar con el terapeuta y hacerle más llevadero su trabajo, como ocurre en los ensayos con los compañeros en la universidad. Los adolescentes no hablan sobre lo que los llevó a ellos, o a sus padres, o profesores, a solicitar el apoyo psicológico. El problema se complica cuando los alumnos desconocen el por qué se les sacó de su salón de clases, se interrumpe alguna de sus clases para ir con el psicólogo. Es ahí donde me di cuenta de que hacer una entrevista con los adolescentes no era tan sencillo como un ensayo de entrevista o como realizarla a un adulto, y comencé a pensar que mi temor estaba por demás fundamentado:

**Sagrario:** *“...tenía mucho miedo, me daba temor hasta ir por él a su salón y hablar con el profesor...y después el temor era que se me fueran a terminar las preguntas de la entrevista, que me quedara callada y no supiera cómo dirigir la sesión, o a preguntar cosas irrelevantes para el asunto de interés...”*

Y efectivamente eso pasó. La inseguridad que sentía con respecto a lo que me encontraba haciendo me ocasionaba en las primeras entrevistas un bloqueo tal que me quedaba con la sensación de no haber obtenido la información suficiente para empezar

a llevar el caso. Sin embargo, esto no duró mucho, pues conforme pasó el tiempo y las semanas, la manera de entrevistar me fue resultando más sencilla. Ya no me apegaba tanto a la guía escrita y comencé a intentar enfocarme en el caso particular, y verlo como único, de tal manera que no me resultaba funcional seguir al pie de la letra una guía de entrevista generalizada. Además, es importante que mencione que el proceso de entrevista se hacía más difícil cuando el o la chica no tenía la disponibilidad para asistir al servicio, por cualquier razón.

Ya en los últimos casos que atendí mi manera de entrevistar era completamente fluida y me percaté de que esto posibilitaba que hasta el adolescente más renuente terminara por decir algo al respecto de lo que se le preguntaba. Yo trataba de llevar la entrevista más como una charla en la cual los tres (terapeuta, co-terapeuta y adolescente) nos sintiéramos a gusto y dejar a un lado la etapa en la que parecía un careo o una confesión, limitada a preguntas concretas y esperar respuestas del mismo tipo:

**Sagrario:** *“...Ya para octavo semestre me sentía como pez en el agua, ya no me basaba solo al formato de entrevista, no tenía memorizadas las preguntas pero sentía que sabía qué tenía que preguntar, y si ya me había comentado la asesora o algún profesor cuál era la problemática en cuestión pues ya enfocaba mis preguntas a eso. Y si correspondía con lo que el niño respondía o comentaba, pues había preguntas que ya no valía la pena hacer...podría verlo como que tal vez ahí ya comenzaba a verme como psicóloga, aunque verbalmente no lo aceptaba...”*

#### 5.4.2. Improvisación

Esta fue una de las competencias que no reconocí del todo a lo largo de la realización del servicio social, ya que en ese momento lo veía como algo que estaba “mal” pues tenía la idea de que lo que dijera improvisadamente, ya fuera porque por los nervios olvidaba la secuencia que me había planteado, o porque dentro de la conversación con el chico había perdido el hilo de la sesión, pero terminaba improvisando tanto ejercicios, como retroalimentaciones:

**Sagrario:** *“...tenía la idea de que lo que hacía o decía de manera improvisada, era algo que cualquiera podía haber dicho o hecho; que hasta la señora de la tienda lo hubiera hecho mejor, o que le estaba diciendo algo que ya sabía, y hasta mejor que yo..”*

Lejos de verlo en su momento como una cualidad lo veía como un defecto por demás grave. Sostenía la idea de que como profesional de la psicología, no era posible que ocurriera tal cosa, pues a lo largo de mi formación se me bombardeó con la noción de que todo tenía que ser una secuencia metodológicamente estricta, o al menos esa era la manera en como yo lo veía en ese momento. Al revisar un texto de Schön (1998) dentro del seminario entendí, “que la improvisación es una habilidad que los profesionales en general despliegan ante la complejidad de la realidad y las prácticas humanas” (p.192). Y yo agregaría, que lo que hace diferente la improvisación de un profesional de alguien que no lo es, es el origen de su conocimiento previo en situaciones similares al menos a nivel teórico.

#### 5.4.3. Realización de rutas de trabajo

La realización de entrevistas y la improvisación solo son el primer paso, un primer encuentro con lo que implica ser terapeuta de adolescentes. Una vez que ya se tiene una idea acerca de la problemática del adolescente sigue la decisión de cómo se va a trabajar al respecto de tal demanda. Un aspecto que no estaba muy a favor del servicio de psicología era el tiempo con el cual contábamos, tanto para cada sesión como entre sesiones, debido a que en muchas ocasiones el número de alumnos que teníamos que atender rebasaba el número de horarios disponibles; además, era poco frecuente que pudiéramos atender a un alumno en una misma semana, porque perdían clases y esto era más complicado cuando se trataba de alumnos con bajo rendimiento académico.

Dentro de las herramientas que se me proporcionaron para iniciar el trabajo con los chicos adolescentes fue la realización de las rutas de trabajo, las cuales en un inicio no me quedaron del todo claras y mi confusión aumentó cuando me percaté de que todos mis compañeros las hacíamos de manera distinta. Si bien la ruta de trabajo era un apoyo para la secuencia de las sesiones, descubrí que no siempre se necesitaba llevarla a

cabo cabalmente, es más, que en la mayoría de las veces la sesión no salía como se tenía planeada y me encontré con que las rutas de trabajo eran un apoyo, no un mandato.

**Sagrario:** *“...La primer semana si hice todo como, según yo, me habían dicho, pero luego me topé con que mi ruta de trabajo no era del todo funcional pues en las sesiones siempre salían cosas inesperadas, las cuales no aparecían en mi esquema, y en ocasiones ni siquiera cumplía con los requisitos de determinado problema, por lo tanto, no era posible implementar una herramienta tal había sido leída...”*

El que las cosas no salieran como estaban planeadas, me hizo comenzar a buscar apoyo en materiales diferentes a los consultados dentro de los seminarios con la asesora de la materia, pues en ocasiones los ejercicios no me parecían los más adecuados o lo suficientemente completos para ser utilizados en alguna problemática en particular. Además, también busqué dicho apoyo porque en ocasiones no entendía con claridad en qué momento o bajo qué condiciones podía ser utilizado tal o cual ejercicio.

Las rutas de trabajo las utilicé más estrictamente al principio, y con el paso del tiempo las realizaba sólo como apoyo de los posibles temas que podía abordar con el paciente, pero no como una guía metodológica que tenía que cumplir al pie de la letra, pues pensar de esta manera me hacía pensar que cometía un error si algo se me llegaba a olvidar. Además de que una vez fue necesario utilizar la improvisación cuando las sesiones no concordaban con lo que estaba escrito en mi esquema o plan a seguir.

#### 5.4.4. Aplicación de técnicas

Con respecto a este punto el principal problema al que me enfrenté y que se mantuvo constante a lo largo del tiempo en el que se brindó el servicio social en la secundaria, fue preguntarme constantemente ¿bajo qué postura teórica voy a trabajar? Y al intentar implementar técnicas de intervención no sabía a cuáles de todas las herramientas conocidas, unas a nivel teórico otras ya aplicadas, con anterioridad podía recurrir.

Por otro lado, al aplicar un ejercicio de determinada postura teórica y luego usar otro de diferente corriente, me hacía sentir como que me estaba comportando de manera ecléctica, lo cual me conducía a pensar que cometía un error al mezclar las técnicas de intervención.

Pero una vez más la idea acerca de cómo hacer las cosas en un inicio fue cambiando, pues ya para finalizar el séptimo semestre, me sentía más segura de lo que hacía:

**Sagrario:** *“...pensé que no se trataba de una receta de cocina, que se tenía que llevar al pie de la letra, y que si existían un sin número de técnicas en el universo de posturas teóricas, pues debía ser utilizadas para lo que fueron hechas. Si bien trataba de cuidar la manera en que las aplicaba, ya no me resistía a combinar, pues me di cuenta de que había algunas pertenecientes a un marco teórico particular que no me era suficiente o no me servía para aplicar en un determinado caso; además de que la implementación de las técnicas de intervención tenía mucho que ver con el tipo de problemática del adolescente...”*

Al aplicar las técnicas me di cuenta que, por similares que puedan parecer los casos, no es factible aplicar las mismas estrategias o al menos no de la misma forma. Hay adolescentes a los que les puede funcionar muy bien un ejercicio de relajación, una visualización o expresar mediante dibujos lo que les cueste transmitir con palabras, y puede haber otros a los que nada de eso les funcione y necesiten ejercicios donde tengan la oportunidad de expresarse libremente redactando cartas, o respondiendo a preguntas concretas y expresar sus puntos de vista. También hay a los que solo les agrade estar dentro de una charla en la cual se les proporcione información acerca de temas de su interés o que se les retroalimente verbalmente sus acciones y se les especifiquen sus posibles fallas.

Me parece importante mencionar que al empezar a realizar el servicio social, no tenía una idea clara de que yo contaba con la habilidad de poner en práctica todas esas herramientas y menos que discriminara adecuadamente qué le podría ser funcional a un

niño y que no. Sin duda son habilidades y competencias que fui desarrollando a lo largo de los semestres, de la práctica constante y la experiencia.

Por otro lado, tanto para diseñar rutas de trabajo como seleccionar o idear nuevas formas de intervención:

**Sagrario:** “...recurrí a buscar materiales adicionales, los cuales me proporcionarían mayor información sobre algún tema del que aún no hablábamos en los seminarios, y que era prioridad en esos momentos, como fue el caso Emma. A pesar de que se abordaban en los seminarios temas como la fomentación del autocuidado en los adolescentes, conductas de riesgo, psicosomatización, y algunos otros, no se revisó, por ejemplo, el proceso psicológico de la diabetes juvenil, lo cual me llevaba a una necesidad de conocer del tema y saber de qué manera intervenir y reflexionar que las técnicas utilizadas inicialmente no eran del todo exitosas”.

#### 5.4.5. Discriminar los matices entre dos problemas similares y negociar la dirección de la intervención psicológica

Este es uno de los aspectos que me resultaron más difíciles de manejar, y del cual fui totalmente consciente en ese momento, pues era común que lo que para el profesor o los padres de familia representaba un problema no lo era para los alumnos y, por consiguiente, resultaba que la demanda del chico era otra (en algunos casos más de tipo emocional, que puramente comportamental), en contraposición con las demandas de la institución o de la familia, que se remitían más a casos de rendimiento académico y mal comportamiento dentro y fuera de la escuela secundaria.

No se trataba de dejar de lado las demandas de padres, profesores y alumnos, sino hacer de su conocimiento que muchas veces la raíz del problema en cuestión es otro y no el que ellos ven como inmediato. Otro inconveniente era que no se contaba con el tiempo necesario para ahondar en todos los casos, pues hubo algunos que requerían mayor número de sesiones, mayor dedicación de tiempo y hasta la aplicación

de técnicas que en ese momento no se conocían. Suena fácil pensar en decirles a las personas que su demanda no es como la raíz principal de su problemática, pero no lo es tanto, pues algunas personas llegan o mandan a sus hijos al servicio con la idea de que esa problemática será resuelta, como si se tratase de asuntos aislados. Aquí fue cuando tuve que aplicar formas de negociación, hablando con los padres acerca de lo que se haría, los resultados que se iban obteniendo, motivándolos a pensar en lo positivo que sus hijos tenían, etc.

En ocasiones fue mas difícil la negociación con los padres que con los chicos, pues los primeros buscaban resultados inmediatos, que su hijo de la noche a la mañana sacara buenas notas, no se saltara las clases, etc., y aquí el psicólogo cumple la función de proporcionar información a los padres de familia acerca de lo complejo que son los cambios emocionales en la adolescencias y que estos se ven afectados también por la dinámica familiar y escolar.

## 5.5. Relevancia de las tutorías

Las tutorías forman parte del diseño curricular del cual se habló arriba. Su función es servir como complemento de los seminarios realizados dentro de cada asignatura. En mi caso, yo no veía clara la relación de las tutorías con las asignaturas, a menos de que estas fueran impartidas por el mismo profesor de la materia lo cual al menos en los primero semestres no es muy común.

Como dice Díaz Barriga (2006), el servicio social resulta significativo en tanto el alumno se enfrenta a necesidades y retos de la vida real. Pero dicho enfrentamiento no puede ser realizado sin contar con ciertos conocimientos previos, haciendo necesario una vinculación entre la teoría y la práctica. Lo cual en ocasiones parece muy difícil, debido a que si bien dentro de la carrera se posibilita que el alumnado tenga un panorama más amplio acerca del gran número de posturas teóricas, esto ocasiona cierta desarticulación entre una asignatura y las tutorías impartidas por un profesor diferente.

Si bien implica una carga de trabajo para el docente tener un grupo o más y además proporcionar tutorías a los alumnos, podría existir cierta comunicación entre el

profesor encargado de un grupo y los tutores mas allá de fines prácticos como pasar la calificación obtenida por el alumno. Las tutorías forman parte del currículo de psicología como un apoyo hacia la materia y sus contenidos, pero en mi experiencia esto no resultó del todo cierto, ya que en los semestres de 1° a 5°, no encontré una vinculación directa o al menos no en todas las asignaturas, con la materia.

La importancia de las tutorías cobra mayor interés al hablar de las asignaturas en los cuales va integrado el servicio social, debido a que es una de las fuentes principales de apoyo además de las fuertes bibliográficas y vivenciales.

Así, recordemos que un aspecto que forma parte de la elección de un campo de formación profesional, es la necesidad de sentir apoyo:

**Sagrario:** *“...existe una necesidad de que te digan qué o cómo hacerlo adecuadamente. En mi caso se mantenía como constante el no querer cometer errores...yo asumía que como psicólogo no tenías que tener errores causados por nervios u otros aspectos, y de ahí mi necesidad de sentirme dirigida...además de que hubo muchos momentos en los que ya no sabía que hacer con un caso, cómo re-direccionarlo y enfocarme de nuevo a lo que era relevante y que requería mayor atención...”*

En lo personal considero que las tutorías que recibí fueron totalmente funcionales, y me fueron generando cierta seguridad en lo que hacía, pues llegó el momento en que:

**Sagrario:** *“...lo que me decías en las tutorías, siempre o casi siempre lo retomaba, pero no inmediatamente. El contar con asesoría me animó a decidir lo que en ese momento yo consideraba era mas importante revisar, y de la tutoría recuperaba el cómo podría hacerlo, y eran cosas que podía aplicar inmediatamente o pasado un tiempo, pero la retroalimentación era una constante...”*



## 5.6. Relación teoría-práctica

Este punto fue otra constante, pero no solamente al realizar el servicio social, sino a lo largo de la formación profesional recibida:

**Sagrario:** *“...yo había llevado mucho la corriente conductual y la cognitivo-conductual, conocía muy poco de otras posturas teóricas, de las cuales unas eran totalmente opuestas de unas de otras, sin embargo, no profundizaba tanto como en las dos primeras. Esto me asustaba porque yo sentía como si hubiera cambiado de carrera o de escuela y me hablaban de cosas que no entendía muy bien, pues mi pensamiento era conductual y otras posturas como que hacían corto circuito en mi cabeza...”*

En diversas ocasiones no se ve clara la relación directa entre teoría y práctica. Principalmente por la falta de homogeneidad entre los contenidos de una asignatura y otra, tomando como base obviamente los distintos marcos teóricos. Esto generó en mi confusión entre lo que se encontraba en uno y otro marco teórico, acerca de cómo proceder en un campo de intervención real.

La heterogeneidad existente posibilita a su vez ampliar el panorama y al menos saber que no hay un marco teórico único, y que se tienen opciones en caso de que se tenga hambre de investigar más acerca de cómo abordar el sin número de problemáticas existentes:

**Sagrario:** *“...después, vi como que si había más, encontré otras posturas teóricas que me permitían abordar mejor o mas ampliamente algunas problemáticas o demandas de las personas, e incluso llegué a pensar que mucho de lo que se dice en una y otra es lo mismo pero con diferente nombre, debido a la diferente manera de abordarlo, pero en esencia conlleva el mismo fin y a veces hasta procedimientos similares...”*

Por otro lado, se tiene que considerar que la información teórica no proviene necesariamente de lo que se nos proporciona en el aula, sino que uno como alumno busca desde diferentes fuentes para alimentar ese conocimiento adquirido en un salón de clases. Dicho conocimiento inicialmente puede ser muy teórico acerca de un problema o una técnica para trabajar con alguien, y hace falta pensar en cómo aplicar ese conocimiento:

**Sagrario:** *“...en ocasiones hay un ejercicio que no sabía cómo aplicar o que no sabía en cual área me podía ser útil.”*

Como profesional de la psicología descubres que por muy apegados que seamos a la manera de ver de alguna postura teórica, no siempre nos alcanza para dar soluciones prácticas a determinada problemática. Un profesional en formación que busca responder a las necesidades de una población concreta, se expone a una vinculación directa entre la problemática social para la formación del profesional de la psicología y la forma en cómo va aplicar sus conocimiento teóricos, para dar respuesta a dicha demanda. En el caso de la secundaria, como profesional de la psicología en formación nos enfrentamos a una gran diversidad de problemáticas, que van desde indisciplina, violencia intrafamiliar, o problemas de salud crónicos en los adolescentes. Lo cual nos crea una necesidad de ir en busca de las estrategias más adecuadas al momento y proporcionen una respuesta casi inmediata, con el fin de ahorrar tiempo (lo cual es muy reducido en este caso) pero haciendo todo en beneficio mutuo, es decir dar respuesta a la demanda social y aprender de lo que se esta haciendo y cómo se esta haciendo.

## 5.7. Trabajo en equipo

Este rubro es uno de los ejes de los cuales considero se sostiene buena parte de las intervenciones terapéuticas. Yo tomaría en cuenta el trabajo en equipo de la siguiente manera:

### 5.7.1. Trabajo grupal

En mi caso este aspecto me resultó importante debido a que trabajar dentro del grupo me proporcionó retroalimentaciones con respecto a los temas que se estaban abordando en cada secundaria y acerca de las estrategias que mis compañeros ponían en práctica. Me permitió pensar si algunos casos yo lo estaba haciendo de manera similar, o intercambiar puntos de vista acerca de determinada problemática lo cual aumentaba nuestro acervo de técnicas y posibles formas de abordar los casos. Este ejercicio resultaba enriquecedor en ocasiones más que los ejemplos teóricos de los libros, pues dichos ejemplos en ocasiones parecen muy alejados de la realidad mexicana, lo cual con las experiencias de los compañeros no pasaba pues estábamos hablando de contexto similares. No es lo mismo hablar y abordar el proceso de duelo en una persona adulta o un niño, que en un adolescente mexicano.

### 5.7.2. Trabajo en equipo dentro del aula

Aquí me refiero principalmente a los ejercicios realizados para simular entrevistas o cómo llevar a cabo alguna técnica de intervención. Todo esto contribuye al aprendizaje de los alumnos y que aprenda a trabajar en conjunto aún a pesar de que no se trate de nuestro mejor amigo, intercambiando puntos de vista desde las diferentes posturas teóricas que puede manejar cada compañero.

### 5.7.3. Trabajo en equipo en la secundaria

El contar con una co-terapeuta es un punto esencial desde mi punto de vista, aunque he de confesar que al principio no era de mi agrado pensar en estar en una sesión con otra persona que no fuera el paciente, pues no tenía idea de la función real del co-terapeuta. El conocimiento que obtuve fue desde aprender a trabajar con responsabilidad compartida, hasta comprender lo solitario que es la labor del psicólogo clínico y que esto evidentemente no da pie a que exista una retroalimentación hacia lo que hace y cómo lo hace. Cuando hay un co-terapeuta ya existe el punto de vista de una segunda persona. En ocasiones me pasó que mi compañera recordaba cosas del caso que yo dirigía, que había olvidado; esto quizá debido a que al momento de dirigir la sesión

me enfocaba en lo que estaba haciendo y como no tomaba nota en ese momento de aspectos que me parecían importantes, al tiempo los olvidaba. Al leer las notas o consultar el caso con mi compañera, ella me daba su punto de vista acerca de cómo había visto que dirigía las sesión hasta el momento y me ofrecía alternativas de por dónde seguir cuando yo ya no sabía qué hacer.

El trabajar con un co-terapeuta enriquece la labor que se realiza en la secundaria puesto que el co-terapeuta conoce el caso tan bien como el terapeuta y en ocasiones hasta mejor, pues está más atento a pequeños detalles con el fin de enriquecer las notas (que en este caso eran requeridas). Otro punto importante es que cuando me tocó estar como co-terapeuta aprovechaba para observar cómo la terapeuta llevaba a la práctica los ejercicios. En ocasiones yo no sabía qué hacer con ellos y el observarla me generaba ideas acerca de cómo trabajar, lo cual se convertía en una forma de aprender acerca de casos que aunque yo no dirigía si estaba involucrada en ellos por formar parte de las sesiones.

## 5.8. Formación de mi identidad como psicóloga (noción de sí mismo, principales sentimientos al manejar los casos).

Un punto de vital importancia en el ejercicio de la psicología es la formación de la identidad como psicólogo que se supone deberíamos ir formando desde los primeros semestres, pero es común no pongamos atención a este proceso sino hasta que hemos concluido los créditos de la carrera.

Cuando entre a la carrera no tenía una idea muy clara de que era exactamente un psicólogo, sin embargo, con base en una experiencia previa con una psicóloga que trabajaba con adolescentes en una preceptoria, me quedó la duda ¿si efectivamente se trabajaba de esa manera con los adolescentes? Es decir, personalmente no me agrado la manera de trabajar de esa persona, ya que desde mi punto de vista mezclaba mucho los prejuicios que tenia con respecto a esa población, con el servicio que les brindaba. Al entrar a séptimo semestre y comenzar a asistir la secundaria me encontré pregunté: ¿Qué era ser psicólogo? ¿Cómo era ser un buen psicólogo? En los primeros meses esto me generó mucho nerviosismo y temor al fracaso:

**Sagrario:** *“...me sentía muy nerviosa, sentía que no podía articular palabra, y otra vez era de (con la co-terapeuta) ¿quien va por el adolescente, tu o yo? Lo peor era que yo no podía decir no, porque estaba Janeth y era de ‘si podemos, no pasa nada’...yo iba y según bien segura. Tan solo tocar la puerta y decirle al maestro ‘me permite a fulanito de tal’ y presentarme como psicóloga... y pronto yo no sabía cómo iban a reaccionar los maestros. Pensaba que podía encontrar desde el que me dijera ‘no te lo presto y no va a perder clase’, o el de ‘si llévatelo’. Tenía muchas ideas en mi cabeza acerca de los tipos de maestros, y bueno ya que me lo prestaban yo decía ¿qué hago?, empezamos a platicar cuando salga del salón o hasta que llegemos al otro salón. Teóricamente sabía, había leído, me habían dicho, pero en la práctica mi cerebro creo que estaba en blanco. No tenía ni la menor idea, de hecho en las primeras entrevistas sucedía que a los cinco minutos pensaba ¿Qué le pregunto? Yo ya acabe. Y después me pasa que al transcribir o leerlas yo decía ‘me faltó esto, y esto’, y sacaba mi lista de preguntas que decía ¿qué me pasó? y me bloqueaba de la peor manera.”*

Pasar de ser simplemente alumno de la carrera de psicología, a ser pasante y asumir las responsabilidades de ello, resulta muy difícil y puede desencadenar una crisis que podría durar mucho tiempo. Una carga que se llega a sentir es que el hecho de ser psicólogo hace que las personas piensen que lo sabemos todo, que podemos controlar emociones o que tenemos una vida equilibrada. Resulta complejo para los estudiantes de psicología comenzar a vernos como adultos con autoridad y que en muchas ocasiones somos vistos como una especie de guías. Considero que en ese proceso por un lado estamos como estudiantes, dentro de una institución en la cual se nos están proporcionando las herramientas necesarias para ejercer como profesionales de la psicología, en donde si bien tenemos la opción de negociar formas de trabajo, no por ello dejamos de adaptarnos a las reglas o lineamientos establecidos. Por el otro lado, al estar en la secundaria como terapeuta de adolescentes había que ajustarse también a algunas reglas del funcionamiento de tal institución, y lo teníamos que hacer no como alumnos sino como parte del personal de la secundaria que brindaba el servicio atención clínica psicológica.

Desde el primer encuentro con el director de la secundaria mis compañeros y yo sentimos que depositaba muchas expectativas hacia nosotros, aunque no tuvimos ningún inconveniente en realizar (de no ser por la limitante del tiempo) sus demandas, puesto que como psicólogos estábamos totalmente capacitados para realizar tales gestiones. La presión que provocan las expectativas de los demás influye en la idea que uno como futuro profesional de la psicología se empieza a formar. Provoca un gran temor ante el error, a no saber qué decir y esto pueda ser visto por el resto de las personas como falta de interés, o responsabilidad, como una forma de mostrarse incompetente.

Estos temores se alimentan del hecho de que los alumnos de la carrera de psicología no tenemos muchas experiencias de intervención fuera de la propia universidad. Uno de los aspectos que contribuye a la formación de la identidad como psicólogo es la experiencia, la práctica; la manera en cómo se llevan a la realidad los conocimientos empíricos, teóricos y metodológicos, de tal manera que se pongan en práctica las habilidades y competencias con las cuales se cuentan:

**Sagrario:** *“Platicábamos entre compañeros y expresábamos que en ocasiones no sabíamos qué estábamos haciendo. Otras nos sentíamos muy seguras...era una mezcla muy rara entre decir ‘somos psicólogos’ y luego pensar ‘bueno, mejor no, no la creemos’...”*

**Sagrario:** *“...sabíamos que de acuerdo a todo el tiempo que llevábamos en la carrera teníamos muchas herramientas para poder hacer un trabajo profesional de calidad, pero nos quedábamos más con la idea de ‘somos estudiantes’ y en ocasiones dudamos de si realmente sabíamos hacer las cosas. Aquí era cuando algunos compañeros recurrían a los reproches de que, según ellos, no se nos decía cómo intervenir, lo cuál no era necesariamente cierto, pero servía como una manera de canalizar la inseguridad (o eso creo).”*

Entre compañeros había una gran interrogante acerca de que si ya podíamos considerarnos psicólogos y qué implicaba serlo. Las inseguridades eran compartidas y nos dábamos cuenta de que no éramos un caso único y que cada uno lo vivía de manera diferente, pero que muchas de las dudas y miedos eran similares.

Como jóvenes estudiantes en formación, nos encontramos en una etapa de cambios, de terminar precisamente esa etapa de adolescente o adulto joven y entrar al mundo adulto, donde las demandas son más fuertes lo cual llega hacer más complicado el proceso. Este proceso conlleva cambios que parecieran sencillos, como la forma de vestir (pantalones de mezclilla, playera y tenis) conocidos en Iztacala como el ‘uniforme de los psicólogos por excelencia’, y tener que sustituirlos, al menos en los días de práctica, por zapatos (ya no hablemos de tacón) solo ¡zapatos!, pantalón de vestir (o en su defecto mezclilla limpia, que no esté rota, y sin extravagancias), lo cual implica verse diferente, caminar diferente, hablar y comportarse diferente. Al respecto pareciera como si a la mayoría de las personas esto no les costara trabajo o no les implicara ningún tipo de crisis, pero no fue mi caso.

En este proceso fuimos aprendiendo a comportarnos, a saber que ante directivos de una institución no podíamos hablar como en las jardinerías de nuestra facultad, pero ¿Cómo hablarle a un adolescente?, ¿cómo dirigirse sin parecer tan autoritaria, ni maestra, ni su mamá, pero tampoco su amiga de salón de clases? ¿Cómo se lograba ese que pareciera ser el punto medio, en donde el joven confía en ti, te permite entrar en su mundo y que hagas algo con él?

Pero una vez más llegan los cambios que genera la experiencia, después de algunos intentos fallidos y uno que otro acierto:

**Sagrario:** “...decidí relajarme, y comenzaba a superar mis llamados ‘fracasos’, los cuales hacían referencia a los niños que se me habían ido, comenzar a ver que no era yo la que no sabía hacer bien su labor y que eso era la consecuencia...ayudó que no fui la única a la que le pasaron este tipo de cosas...”.

La idea que tenía de mi misma como psicóloga empezó a cambiar y ya estando en el contexto de la intervención solo vi dos opciones: hacer como que no sabía intervenir por temor a equivocarme, o hacer lo que yo creía que podía hacer y hacerlo lo mejor posible. Los temores de perderme en el nivel de los jóvenes ya no existían y comenzaba a verme como una persona que podía llevar a la práctica de manera adecuada los conocimientos adquiridos.

Si bien mi identidad como psicóloga aún se tambalea entre la pregunta de ¿Qué sé hacer y qué no?, considero que he tenido avances porque reconozco que si cuento con muchas herramientas y que solo es cuestión de perder el miedo o, en su defecto, de disfrazarlo un poco para poner en práctica todas esas habilidades y demostrarme que si soy competente profesionalmente.

## 5.9. Experiencias como estudiante de Psicología.

Para finalizar el análisis que hasta ahora he venido haciendo analizaré algunos aspectos de la complejidad de vida en la que nos vemos inmersos, el ser estudiantes de psicología y, al mismo tiempo, continuar con tu vida “normal” como hijo, amigo, pareja, etc.

Una de las razones por las cuales se complica la formación de la identidad como profesional de la psicología es porque, casi sin darnos cuenta, van cayendo sobre nosotros (alumnos universitarios) más responsabilidades con el paso de los semestres, que si bien, son inevitables y muy necesarias, no dejan de representar mucha responsabilidad y eso en ocasiones asusta, en particular a los alumnos que no trabajan y por lo tanto dedican todo su tiempo a estudiar.

En los primeros semestres todo sigue siendo de alguna manera parecido a la forma en que hemos llevado nuestra educación, pues tenemos un horario fijo de clases y solo tenemos que buscar la manera de acomodar nuestros horarios para hacer tareas, cumplir con deberes en casa, y dejar tiempo libre para realizar las actividades que más nos agraden (clases de baile, amigos, novios, etc.)

No obstante, esto se va a modificando poco a poco conforme pasan los semestres. Cuando se llega al quinto semestre e inicia lo que será el cumplimiento de las horas requeridas para liberar el servicio social, llegan nuevas responsabilidades.

En lo particular lo viví como un cambio paulatino pero que cada vez implicaba mayor responsabilidad y, por lo tanto, había que dedicarle más tiempo para preparar las sesiones y el material necesario, presentándose así, la disyuntiva de ¿a qué darle



prioridad, a la materia del servicio social o al resto de las asignaturas? Reprobar las otras asignaturas representaba dos riesgos: presentar examen extraordinario o bien recurrir a la materia en el peor de los casos. Mientras que reprobar la materia en la cual va involucrado el servicio social además de las dos anteriores implicaba también la suspensión del servicio social a su anulación total, ocasionando con esto tener que buscar una institución por fuera en la que se nos permitiera realizarlo y cubrir las horas requeridas en el plan curricular, lo cual implica mayor inversión de tiempo y mayor desgaste.

Lo anterior se acentúa en el último año de formación profesional, pues como alumnos nos enfrentamos a que si no se toman las decisiones adecuadas con respecto a la distribución del tiempo para cada asignatura corre peligro “la fiesta de graduación”, es decir, que si se reprueba alguna materia, se retrasara la obtención del total del %100 de créditos. En mi reflexión sobre estos asuntos señalo que:

**Sagrario:** *“...al principio era como otra materia, leía el material que tocaba para la siguiente clase, si algo no quedaba claro investigaba. Sin embargo, cuando empezamos a asistir a la secundaria sentía mucha presión, sentía mucha responsabilidad de cumplir de manera adecuada con el trabajo para los chicos de la secundaria. Aunque solo asistíamos dos días a la semana, era un trabajo diario pues había que transcribir notas, organizar rutas de trabajo para cada sesión, ejercicios. Yo me considero una persona organizada pero había ocasiones en las que se me juntaban las notas de una semana con otra y tenía que entregar trabajos con calidad de urgente en otras asignaturas...”*

En ocasiones como alumnos nos vemos en la necesidad de elegir a cuál asignatura se le da más peso en determinada semana; pues depende en gran medida del tiempo que otorgue un profesor para la entrega de determinado trabajo:

**Sagrario:** *“...la verdad siempre me gustó que en esta materia tenía como un poco más de tiempo para entregar las cosas y aunque la mayoría de las veces intenté ser constante hubo muchas ocasiones en las que no lo logré, y era ahí donde surgía el atraso en la entrega de tarea...”*

El que se tengan profesores más flexibles que otros en cuanto a la exigencia de la entrega de tareas no siempre habla de un profesor “barco” que no le interesa su clase, más bien creo que somos los alumnos quienes según convenga lo vemos así. En muchas ocasiones no nos percatamos que lo hacen – si bien, si porque esa es su forma de dar su cátedra- también como una manera de apoyo hacia los alumnos, pues ellos tanto como nosotros saben que hay presión en otras materias.

Otro aspecto que considero influyó en mí para que en ocasiones me quedara con la sensación de que no había hecho las cosas muy bien, era mi forma de trabajar:

**Sagrario:** “...había también múltiples ocasiones en las que todo lo hacía a mano, como en borrador, y pues así no lo podía entregar (rutas de trabajo) y tardaba mucho en pasarlas en limpio, y esto era una razón más por la cual se me juntaba todo.”

Esto requería mucho tiempo, tiempo que era necesario economizar para cumplir con todas las materias en los tiempos demandados.

No obstante, el trabajo en equipo (cuando se sabe llevar a cabo) se convierte en una de las principales herramientas de apoyo para los alumnos, pues se podían repartir los deberes y el trabajo era un poco más ligero, por lo tanto el tiempo invertido se reducía y esto posibilita grandemente que se cumpla en todas las asignaturas. Lo anterior se puede volver un proceso complicado cuando no se trabaja de manera adecuada en el equipo.

Pero realizar todo lo anterior no es tarea fácil, es más complicado de lo que se escribe:

**Sagrario:** “...pensaba que de todo lo que tenía que hacer era más urgente, en donde podía existir la posibilidad de que me dieran más tiempo de entrega, y dejaba de hacer algo importante por lo que era urgente...”

**Sagrario:** *“Hacía negociaciones con mis compañeros de equipo, de no hacer nada en una ocasión y en la siguiente semana reponerme continuando con lo que faltaba, fueron muy pocas las ocasiones en las que hice esto, creo que fue mas al iniciar la practica en la secundaria, con el tiempo fui adaptándome y reacomodando mis horarios.”*

Hay que hacer uso de diferentes estrategias para cumplir con todo de la mejor manera, negociaciones tanto con compañeros como con profesores, orden de prioridades, adelanto de trabajo durante periodos vacacionales, o días de asueto, etc.

En otro plano paralelo a esto, están también las dificultades emocionales que puedan o no tener el alumno, y cómo esto influye en su desempeño académico. A mi me pasó que por momentos dejaba de lado esos conflictos emocionales, lo cual me trajo serios problemas en el último año. En un afán de querer mantener lo emocional al margen de mi labor como estudiante o de no involucrarlo de más, se me salía cada vez más de las manos y esto complicaba tanto mi desempeño, como la idea que yo tenía acerca del éxito del mismo.

**Sagrario:** *“...se me hizo muy pesado al principio, emocionalmente no estaba nada bien, y llegué a considerar la idea de dejar el semestre por temor a no poder cumplir. Prefería dejarlo desde un inicio que a la mitad y ya teniendo pacientes y equipos de trabajo; la confrontación emocional no era tanto por la práctica, pero yo sentía que requería de mucha de mi atención para investigar sobre algún tema, buscar ejercicios y material para trabajar y realizar y modificar las rutas de trabajo; y mi estado emocional como que no me lo posibilitaba mucho esa labor.”*

**Sagrario:** *“En ocasiones no me sentía con ganas de hacer nada, solo quería dormir y llorar y eso me traía problemas más fuertes porque me atrasaba con lo que tenía que hacer día a día y terminaba por no dormir una semana completa haciendo todo lo pendiente, lo cual al final de la semana o del mes me ocasionaba sentirme con cansancio excesivo. De hecho, ya en octavo semestre llegué a pensar que no era que fuera tan extremadamente pesado el trabajo a desempeñar sino que era mucho mi estado de ánimo lo que no me ayudaba. Y bueno empecé a combinar mis*

*actividades académicas con asistencia a servicio psicológico, lo cual requería nuevamente hacer un espacio para poder realizar todas las actividades requeridas.”*

Como se puede ver en mi caso, la situación emocional tuvo gran peso a lo largo de mi formación profesional, sin embargo, desarrollaba estrategias que si bien no eran del todo recomendables en cuanto a salud se refiere, si lo eran en el momento y posibilitaba continuar y cumplir con todo lo que tenía pendiente.

Desde mi punto de vista, el trabajo en equipo posibilitaba la interacción entre compañeros, se daban interacciones en las que la realización de un trabajo implicaba permanecer horas en la biblioteca, laboratorio de computo, en los pastos de la FES o en la casa de algún compañero, ya en los casos de los que tuvieran la posibilidad pues hacerlo vía Internet (chat); lo cual se convertía en horas de amenas charlas y diversión, con humor psicológico que iba desde definir las variables a analizar, pasando por cómo empezar a redactar un marco teórico, una nota de sesión, hasta decir ¿Qué pusiste en tus conclusiones?. De lo anterior se derivan chistes locales que se convierten en una forma de divertirse y pasar tiempo con los compañeros, en el cumplimiento de la realización de un trabajo (pedido en ocasiones con un mes de anticipación) que se entrega al día siguiente y no se tienen muchos avances.

Para los amigos siempre hay tiempo, “esos viernes eran sagrados”, aunque implicaba no dormir el fin de semana; considero que en mi caso mi sentido de responsabilidad era bueno, sólo que lo aplicaba de manera que visto como adulto responsable tal vez no era la mejor manera.

Para concluir, me permito decir que si bien a lo largo de la carrera de psicología y específicamente de la realización del servicio social nos vemos inmersos como alumnos en un mar inmenso de teorías, de conceptos, de presiones, etc., es todo esto lo que nos posibilita ir adquiriendo y desarrollando esas habilidades y competencias que como profesional de la psicología estamos obligados, tanto moral, ética y personalmente a utilizar y poner en práctica para contribuir a una mejora social, atendiendo las demandas sociales que estén en nuestro alcance. Además, considero que parte de nuestra identidad como psicólogos es vernos como profesionistas íntegros y

titulados, no conformarnos con vernos a nosotros mismos como pasantes –y no porque sea denigrante- simplemente porque es parte del poder llamarnos a nosotros mismos psicólogos y lograr que los otros nos perciban como tal.

Y, finalmente, es de mi interés resaltar que la formación que se da en la FES Iztacala es muy buena y considero que en ocasiones no la valoramos lo suficiente, nos enfocamos más a lo que posiblemente hace falta que a lo que tenemos y a cómo podemos ocuparlo en nuestro favor:

**Sagrario:** *“Creo que nos ofrece mucho y que en ocasiones como alumnos no aprovechamos todo eso que se nos brinda, si bien pueden faltar algunas cosas, que nos hagan darnos cuenta que la realidad afuera de las rejas amarillas es muy diferente, creo que si nos proporcionan de las herramientas si no suficientes, si útiles para salir como profesionistas capaces de realizar muchas mas cosas de las que creemos.”*

**Sagrario:** *“Algo que siempre he pensado es que nos hace falta que nos estimulen más ese aspecto de confianza en nosotros mismos como profesionistas, que aprendamos a creernos psicólogos, pero sin de pronto caer en la soberbia y creer que lo conocemos todo o que un marco teórico tiene todo y que nadie que no sea de esa corriente puede enseñarnos algo nuevo.”*

**Sagrario:** *“Yo me siento contenta con la formación que recibí, en mi caso creo que es mas la inseguridad en mi misma, que la falta de conocimiento. Al menos para empezar a recorrer este camino como profesional de la psicología y no como estudiante de la misma.”*

## CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue analizar aquellos elementos que dan cuenta de mi formación como psicóloga en un campo aplicado. Al respecto, puntualizaré algunas de las aportaciones más importantes que se pueden encontrar a lo largo de la tesis, mismas que divido en dos áreas:

### A) Formación como psicólogo.

La formación como profesional de la psicología se inicia en la carrera con materias de corte teórico y otras de corte aplicado que corresponden a la parte metodológica y de intervención pero que se llevan a cabo dentro de la propia universidad o en la realización de investigaciones y levantamiento de datos. Esta parte formativa incide en que los alumnos vayamos aprendiendo habilidades (entrevista, formular proyectos de investigación, analizar datos, etc.) que apuntan a desempeños profesionales posteriores.

A lo largo de la formación profesional como psicólogos nos sumergimos dentro de un campo por demás extenso de teorías y posturas teóricas que nos proporcionan conocimientos sobre las estrategias teórico-metodológicas que se esperaría podamos usar cuando lleguemos a escenarios sociales (fuera de la institución universitaria).

Una de las primeras aportaciones que identifico en mi tesis es el análisis de cómo bajo contextos específicos los profesionales en formación nos vemos en la necesidad de llevar a la práctica aquellas técnicas y maneras de intervenir en determinada problemática y esto va posibilitando la creación de diferentes estilos para aplicar dichas técnicas. Tal y como lo señalé en distintos momentos, con frecuencia es difícil percatarnos de todo el proceso de aprendizaje que estamos realizando, es decir, de la formación de competencias y el desarrollo de las habilidades con las cuales contamos al finalizar la formación profesional, este es un asunto casi imperceptible. El miedo, la inseguridad, la dependencia de nuestro maestro asesor o de nuestros compañeros acompaña esta fase inicial.

Así por ejemplo, comenzamos a darnos cuenta de nuestra inseguridad en el momento en que nos vemos obligados a plantear posibles rutas de trabajo para intervenir con los adolescentes que nos asignaron. En esos espacios de desempeño no está nuestro maestro a lado para decirnos qué hacer y tenemos que tomar decisiones en las cuales llegamos a dar cuenta de nuestros valores y las cuestiones éticas que conlleva ser un profesional de la psicología. Tal y como lo menciona Shön (1998) al hablar sobre la reflexión en la acción, el profesional toma decisiones, decide rutas de acción, improvisa, reflexiona qué hacer en el curso de sus acciones y esto enriquece en diversos aspectos a la formación profesional.

Reflexionar en la práctica supuso para mi centrar la atención en aquellos momentos en los que usaba la teoría para resolver demandas sociales; pensar de qué manera y bajo qué criterios (personales, teóricos, metodológicos o sociales) se realizaban y llevaban a cabo las diferentes técnicas o estrategias de intervención y, realizar una indagación personal acerca de dónde provenían dichos conocimientos y comenzar a reconocer aquellos que tenían que ver directamente con lo revisado en las aulas, o en los contextos de prácticas profesionales y separarlos de aquellos que formaban parte del sentido común, o de experiencias personales.

Puedo mencionar que en mi formación profesional como psicóloga comencé a formar bases más sólidas cuando me enfrenté a problemáticas y circunstancias reales y al paso del tiempo fui perfeccionando, a mi parecer progresivamente, aquellas competencias y habilidades con las cuales contaba y adquiriendo aquellas otras que no tenía y que eran necesarias.

Cabe resaltar el hecho de que como profesionales en formación contamos con apoyo otorgado por los asesores, y las tutorías son el medio para que el alumno aclare sus dudas de una forma más directa y específica, lo cual no siempre se logra dentro del aula de seminarios. Si bien dentro de las aulas se dota al alumno de aquellos elementos teóricos que le den cuenta del sin número de opciones que tiene para ejercer su disciplina, es real que la relación entre lo teórico y lo aplicado difícilmente se concreta en ese espacio. Podemos tener ideas acerca de cómo funcionaría dicha relación, pero es en el momento en el que nos enfrentamos a problemas que presentan las personas en

contextos particulares que empezamos a movilizar los conocimientos que adquirimos en las aulas.

Por otro lado, al encontrarnos dentro de un salón de clases y referirnos a nosotros mismo como estudiantes de psicología es el inicio de la formación de nuestra identidad como psicólogos. Nos distinguimos de otro tipo de estudiantes y pensamos en la disciplina como el eje de nuestra identidad profesional. Sin embargo, al percatarnos de que pasado un tiempo las demás personas (familiares, amistades, conocidos) se refieren a nosotros como pasantes o egresados de la carrera, pareciera que surge un desbalance, y en cada una de éstas etapas nos enfrentamos a la pregunta ¿en verdad somos psicólogos? Esta duda nos hace cuestionar qué tantos conocimientos y habilidades tenemos para desempeñarnos como tal. En este momento de conclusión de mi tesis puedo afirmar que fue a lo largo de la aplicación de todo lo aprendido, de los aciertos y las fallas que comentemos en el proceso, como se va formando nuestra identidad. En los primeros meses después de egresar de la carrera, para algunos puede ser aún un proceso de reconocimiento de nuestra situación como profesionales y, posteriormente, de asimilación, de vernos a nosotros mismos como psicólogos y continuar consolidando la identidad que tenemos en esa parcela de nuestro actuar como personas que transitamos entre distintos contextos de práctica.

Considero que una de las principales aportaciones que tiene el trabajo realizado es que ayudó a comprender la importancia que tiene que un psicólogo conozca diferentes tipos de temas, ya que esto le puede ayudar a distinguir con mayor facilidad cuales son los aspectos más relevantes de determinada situación o problema, así como las posibles formas de trabajo. Tal y como ocurrió con el caso de diabetes que analicé a lo largo de la tesis, enfermedad respecto de la cual yo solo conocía algunos aspectos. En cada sesión mi idea era tratar de acercarme a Emma como su terapeuta e intentar comprender cómo veía ella su situación. Considero que para ese momento me faltaba información relevante acerca del caso, es decir, aspectos que pueden ir desde los más sencillos como saber que no es lo mismo el proceso de aceptación de la diabetes en un adulto que un niño o adolescente, tanto a nivel personal como social y psicológico, hasta factores como que sin el apoyo familiar la intervención psicológica puede llegar a ser más complicada y difícil de manejar.



A lo largo de la intervención fui poniendo en práctica diversas competencias, por ejemplo, aplicar conocimientos teóricos adquiridos, discriminar entre cual de ellos son más o menos adecuados para algún caso en específico, la búsqueda de material extra que sirviera como apoyo teórico y decidir si era de utilidad, o buscar la modificación de algún ejercicio o técnica. Sin embargo, en ese momento yo no reflexioné qué estaba pasando con mi desempeño, fue hasta la realización del presente trabajo, y con el apoyo de las tutorías, que comencé a darme cuenta de lo que había aprendido, de las capacidades o habilidades que ya identificaba en mí, de las lagunas que todavía tenía, etc. He de mencionar que las notas que tomé (tanto de memoria como la transcripción de las sesiones con Emma) me fueron de enorme utilidad al reflexionar sobre mi proceso de formación junto con mi asesora.

Al pensar sobre lo que el currículo de la FES Iztacala nos ofrece a los alumnos en formación considero que hay ventajas y desventajas. Respecto de las primeras, la tesis que desarrollé es un ejemplo de todas aquéllas habilidades que logré con lo que se nos ofrece durante la carrera: capacidad de entrevista, análisis de contextos, análisis de casos, diseño de rutas de trabajo, teorización sobre condiciones de vida de las personas, etc. Otra ventaja que encuentro en el plan de estudios es que hay materias cuyos aportes teóricos están ligados entre sí y eso ofrece riqueza a los alumnos. Sin embargo, cuando transitamos al terreno aplicado empiezan ciertas dificultades. Los alumnos no podemos concretar de todo las articulaciones que teóricamente los maestros proponen. Ahí es cuando nos damos cuenta de que las materias teóricas no tienen un vínculo claro con los procedimientos aplicados o no podemos entender cómo algo que se leyó para discutir en las aulas puede concretarse en ejercicios con los pacientes que vemos.

Un aspecto que puede parecer desventaja y ventaja al mismo tiempo, es que cada profesor considera que su postura es la adecuada y los alumnos tenemos que transitar entre materias formando nuestro propio criterio, presionados por tener que responder a lo que en cada materia se nos solicita.

Un aspecto positivo del plan de estudios es que la realización del servicio social se encuentra integrado con la seriación de materias. Considero que esto es algo muy adecuado ya que los profesores nos acompañan monitoreando las actividades que realizamos, nos hace ver con mayor seriedad el cumplimiento del servicio social y

desarrollamos habilidades profesionales que complementan la formación teórica que tenemos.

En nuestro caso considero que el hecho de que la tutora estuviera ampliamente involucrada dentro de los contextos de práctica donde realizábamos el servicio social así como su constante supervisión, tanto individual como grupal, contribuye benéficamente al menos en dos puntos importantes: 1) que como alumnos nos sentimos más seguros tanto de que los aciertos que teníamos nos los tomaba en cuenta para procesos de evaluación y nos alentaba a continuar en el ejercicio de dichas habilidades; 2) tanto los maestros como los alumnos teníamos la seguridad de conocer cuál era el trabajo que estábamos realizando, era un terreno compartido en el cual las fallas o errores de procedimiento se convertían en oportunidades de aprendizaje. Recuerdo, por ejemplo, que la asesora estuvo con nostras modelándonos cómo trabajar con la madre y la abuela de Emma y como equipo de trabajo reflexionamos sobre lo difícil que fue lograr que la madre tuviera mayor aceptación y tolerancia hacia el comportamiento de la niña, o cómo la abuela se encontraba entre la espada y la pared ya que quería ayudar mucho a la niña pero, al mismo tiempo, tenía que ver por su esposo enfermo y se enojaba mucho con la mamá de la niña por lo desapegado y el mal trato que le prodigaba en diversas situaciones. Esa labor que realizamos mi compañera de trabajo y yo con la asesora nos permitió aprender cómo reflexionar en la práctica acerca de la dificultad que el caso ameritaba.

Para finalizar este apartado relativo a la formación profesional, considero que sería importante que como alumnos se nos enseñe que hay diversas posibilidades teóricas desde las cuales podemos analizar un caso clínico, y que no estamos obligados desde primer semestre a tomar una postura. La apertura a diversas opciones puede favorecer que vayamos eligiendo el terreno de reflexión y de intervención con el cual nos sintamos cómodos. Es decir, al ser profesionistas en formación, tenemos la oportunidad de probar aquello con lo que más nos identificamos y saber si nos es funcional para lo que pretendemos trabajar. El acompañamiento reflexivo de nuestros tutores es un soporte importante para lograr que nuestro desempeño no sea de sentido común sino analítico acerca de cuál es nuestro proceder.

## B) Trabajo con adolescentes

Con respecto al trabajo clínico con adolescentes hay que considerar que para el caso de la presente tesis dicha labor se llevó dentro de una institución educativa, como lo fue la escuela secundaria, lo cual de alguna manera hizo menos complicado el proceso de intervención. El hecho de que el psicólogo tuviera que adaptarse al ambiente del adolescente fue benéfico. Corríamos el riesgo de que en un principio nos vieran como intrusos pero al estar dentro de la escuela intentábamos aprovechar la idea que algunos chicos tenían, de vernos como si fuéramos parte del grupo de docentes. Además, se les otorgaba la libertad de decidir si recibían o no el servicio psicológico, y muchos optaban por quedarse en el mismo ya sea por temor a alguna reprimenda por parte de maestros o padres de familia, o porque les permitía relajarse un rato y salirse de alguna clase que nos les gustaba, y hasta verlo como la oportunidad perfecta para expresarse.

Creo que una de las razones por las cuales muchos psicólogos rechazan trabajar con adolescentes se debe a que la mayoría de las veces su labor se realiza a nivel privado, ya sea en consultorios o clínicas, lo cual puede promover la idea en el chico de que está enfermo o que él es el problema. En cambio dentro del ámbito escolar creo que esta idea se minimiza un poco.

Además, un factor importante fue la edad con la que contamos los psicólogos en formación. Si bien no se nos percibe como adolescentes, de la misma edad que ellos, tampoco se nos ve como adultos, como los maestros que tienen en las aulas o como sus padres. Esto es una ventaja para nosotros puesto que así, como algunos adultos tienen la idea de que “adolescente igual a problema”, así algunos jóvenes ven al adulto como “incomprensión, aburrimiento o regaños”. En nuestro caso, estábamos en una zona intermedia, lo suficientemente jóvenes para entender muchos de sus problemas, el lenguaje que usaban, gustos diversos, etc., pero, al mismo tiempo, de mayor edad que ellos y con una formación profesional en curso que nos permitía proponerles estrategias para resolver los problemas a los que se enfrentaban.

Cabe resaltar que nosotros como alumnos de la carrera nos identificábamos con los adolescentes de la escuela secundaria en terrenos como hábitos de estudio o

relaciones problemáticas con nuestros padres que si bien no buscábamos resolver en la interacción con los chicos y chicas, sí nos hacía cuestionar en diversos momentos que no estábamos tan alejados de sus experiencias de vida.

En lo personal siempre había sido de mi interés trabajar con adolescentes y sigo considerando que son una población un tanto complicada para el trabajo clínico, pero no porque el problema sean ellos, sino más bien porque la toma de decisiones acerca de sus vidas es aún limitada por su edad y su falta de experiencia. Al inicio de la práctica muchos considerábamos difícil a esta población y al paso del tiempo nos fuimos dando cuenta de que esa percepción se fundamentaba en nuestra falta de habilidades para intervenir.

En mi caso, cuando dominé habilidades como la entrevista, la construcción analítica del caso, el diseño de rutas de trabajo y la aplicación de diversos ejercicios, me di cuenta de que era una población con grandes posibilidades de trabajo. Que en realidad no son tan complicados como los percibíamos inicialmente, pero que hay que aprender cómo trabajar con ellos. Puede que para los padres y sus maestros si sean difíciles, pero para nosotros como psicólogos por lo general desarrollamos empatía y colaboración durante el trabajo en las sesiones. No es que no sea complejo trabajar con población adolescente, pero creo que la dificultad también radica en la disposición y predisposición del profesional que vaya a trabajar con los jóvenes adolescentes.

La realización de un análisis acerca de mi hacer como psicóloga en formación utilizando uno de los casos que lleve, me sirvió para identificar los cambios que fui teniendo desde primer semestre hasta el octavo, hacerme consciente de las habilidades y competencias con las que contaba y las que fui adquiriendo. Al finalizar el presente trabajo reconsidero los niveles de competencia que se señalan respecto de la formación profesional y recuerdo que inicialmente me ubiqué en “principiante”, pero ahora me visualizo como “profesional competente”. Si bien requiero todavía formarme tanto en aspectos teóricos como prácticos, lo cual espero llevar a cabo por medio de diplomados, lecturas y la propia experiencia, considero que soy capaz, de enfrentar con mayor éxito que antes, problemáticas, crisis e imprevistos, dentro del campo de trabajo.

A mi parecer, el psicólogo requiere de apoyo, sin importar el área laboral en la cual se encuentre inmerso, las necesidades o las áreas en la cuales es necesario este apoyo, van cambiando de acuerdo al área, experiencia y situación específica.

Aspectos como relacionar la teoría con la práctica, la autonomía de la que hacemos uso para guiar nuestros procesos de intervención, la cualidad de poder improvisar para dar un giro a la sesión al percatarnos de que no está saliendo como esperábamos, la necesidad de recibir asesoramiento por parte de un experto, como lo fue en este caso la tutora y el enfrentarnos al desconocimiento de muchos temas de los cuales forman parte un sin número de problemáticas que se pueden presentar dentro de nuestro campo de trabajo, son dilemas a los cuales como profesionistas en formación nos enfrentamos y desplegamos los recursos que teníamos más próximos. En una mirada retrospectiva advierto que pude haber hecho más de lo que en el momento de la intervención realicé, como cambiar algunas actividades que consideré eran las más adecuadas, por ejemplo, manejar de manera distinta la negativa de Emma a participar en algunas sesiones, o su negación a realizar algún ejercicio; abarcar otros aspectos, más allá del estado emocional de la niña con respecto a la diabetes y tal vez empapararme más de aquello que a la niña le resultara interesante y así buscar otra ruta que me permitiera llegar a cubrir aspectos de las demandas de los profesores y su familia, sin olvidar los intereses de la propia niña.

Por último, me gustaría hacer una sugerencia acerca de lo que, desde mi punto de vista, debería formar parte en el curriculum de la carrera de psicología en la FESI. Para comenzar a crear conciencia acerca de lo que representa la realización del servicio social, tanto a nivel académico como personal y social, en los alumnos, sería recomendable agregar una asignatura en la cual se aborden los aspectos éticos y su importancia para ejercer la disciplina en la que estamos siendo formados, ya que es un punto en el cual no muchos profesores hacen énfasis actualmente.

Considero que el presente trabajo puede contribuir al menos en tres líneas:

- 1) Como una herramienta que puede ser utilizada tanto por profesores como por alumnos para dar cuenta de algunas necesidades e inquietudes de los compañeros, que si bien no se pueden generalizar, si puede servir como punto

de partida para futuros temas de investigación. En los cuales se haga una comparación entre las experiencias de un grupo de profesionales de la psicología en formación.

- 2) Considero que los compañeros de la carrera pueden sentirse identificados en alguno de los puntos revisados, y con ello invitar a la reflexión acerca de cómo se perciben a sí mismos y cómo se conducen en su hacer como psicólogos.
  
- 3) Y por último aporta una línea de temas de investigación que según mi experiencia al realizar la búsqueda bibliográfica, no está muy explotada y considero sería de relevancia la realización de mayor número de artículos de investigación al respecto de lo que implica formarse como psicólogos en la FES Iztacala, así como textos que hablen acerca de las problemáticas de salud recientes en los jóvenes adolescentes.

## REFERENCIAS

- Aguirre, T. M. y Díaz-Barriga, A. F. (s/f). Principios y dilemas éticos reportados por estudiantes de psicología en el ejercicio de prácticas profesionales. Consultado en el mes de diciembre 2008 en <http://www.comie.org.mx>
- Alcántara, C. A. (2005). La construcción de un padecimiento diabético desde un punto de vista psicosomático. Tesis. FESI, UNAM. México.
- Álvarez, M. F. (2008). Perfeccionamiento docente e identidad profesional. Escuela de Educación. Universidad Alberto Hurtado. Consultado en el mes de febrero del 2008, en: <http://www.colegiodeprofesores.cl/docencia/pdf/24web/ProfesionDocente-24/FranciscoAlvarezMartin-24.pdf>
- Álvarez, G. M. (2003). Propuesta de un programa de intervención psicológica para mejorar la calidad de vida en el paciente diabético. Tesis. FESI, México, p. 19-33.
- Arslanian, H. T. (2007). El desafío de la adolescencia: cambios hormonales y sensibilidad a la insulina. Diabetes Voice. Vol. 52, Número Especial.
- Barra, E. A.; Cancino, V. F.; Lagos, M. G.; Leal, G. D. y Martín, V. J. (2005). Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. Universidad Veracruzana. Consultado en el mes de octubre del 2007, en: <http://redalyc.uaemex.mx>
- Bolívar, A. (2005). El lugar de la ética profesional en la formación universitaria. Revista Mexicana de la Investigación Educativa. Vol. 10, No. 29, p. 93-123.
- Caballo, V.E. (1991). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Comp. Siglo XXI, p. 161-164.
- Capra, F. (1998). El punto crucial. Argentina, Editorial Estaciones.

- Castro, S. A. (2004). Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y ciencia afines*, Vol. 21, No. 002. Buenos Aires, Argentina, p.117-152.
- Del Villar, L. (2002). Propuestas para mejorar la calidad de vida pacientes con diabetes mellitus. Tesis. FESI, México, p. 17-20, 31-38.
- Díaz-Barriga, F. (2006). Enseñanza situada. Vínculo entre la escuela y la vida. México, McGraw Hill, p. 97-123.
- Díaz-Barriga, F. (2006). Cognición situada y estrategias para el aprendizaje significativo. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*. Consultado en el mes de octubre del 2007 en: <http://redie.ens.uabc.mx/vol5no2/contenido-arceo.html>.
- Díaz-Barriga, F.; Hernández, G.; Rigo, M. A.; Saad, E. y Delgado, G. (2006). Retos actuales en la formación y práctica profesional del psicólogo educativo. *Revista de la Educación Superior*. Vol. XXXV (1), No. 137, p. 11-24.
- Díaz, J. A. (2006). Tratamiento Psicológico en el niño/adolescente diabético. Consultado en el mes de enero del 2008 en: <http://www.psiquiatría.com>
- Dios, C.; Avedillo, C.; Palao, A.; Ortiz, A. y Agud, J. L. (2003). Factores familiares y sociales asociados al bienestar emocional en adolescentes diabéticos. *Eur, J. Psychiat.* Vol. 17. No. 3, p. 171-182.
- Domínguez, S. V. E. P. y Flores, C. M. (2006). Implantación de perfiles de puesto por competencias laborales para los prestadores de servicio social y prácticas profesionales. Consultado en el mes de octubre del 2007 en <http://www.biblioteca.uson.mx>
- Freedman, A. M.; Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (1975). Compendio de psiquiatría. Salvat. España. p. 508-511, 513-515 y 521-523.
- Fernández, P. J. (2001). Elementos que consolidan al concepto profesión. Notas para su reflexión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*. Vol. 3 No. 1, p.23-39.



Flores, V. C. (2007). Manejo de temores con dibujos. México: Panorama

González, M. V. (2002). ¿Qué significa ser un profesional competente? Reflexiones desde una perspectiva psicológica. Revista Cubana de Educación Superior, Vol. XXII. No. 1, p. 45-53.

Gutiérrez, M. O. (2005). Educación y Entrenamiento Basado en el concepto de competencia: Implicaciones para la Acreditación de los Programas de Psicología. Revista Mexicana de Psicología, Vol.22, No. Monográfico especial, p.253-270

Hirsch, A. A. (2003). Elementos significativos de la ética profesional. México, UNAM. p. 8-15.

Ibarra, R. G. (2005). Ética y formación profesional integral. México, UNAM, p. 14-25.

Instituto Mexicano de la Juventud. (2005). Servicio Social. Consultado en el mes de diciembre del 2007 en: [www.imjuventud.gob.mx/pdf/M%20Mexico\\_Joven/2005/enero\\_febrero\\_05.pdf](http://www.imjuventud.gob.mx/pdf/M%20Mexico_Joven/2005/enero_febrero_05.pdf)

Jerome, T. y Shen. (1983). Manual de Medicina de la Adolescencia. Manual Moderno. México, p. 276-286.

Juárez, V. (2007). Desarrollo de la autoestima en los adolescentes. <http://www.boj.pntic.mec.es>

Kepowics, M. B. (2003). Valores en los estudiantes universitarios: un tema con muchas variaciones. México, Universidad de Guanajuato, p. 48-56.

Lozano, A. I. (2002). Los significados de los alumnos hacia la escuela secundaria en México. Revista Iberoamericana de Educación. Consultado en el mes de febrero del 2008 en: <http://www.rieoei.org/deloslectores>

Madrid, C. J. (1998). El libro de la diabetes: Cap. 1. Concepto de diabetes. Madrid, Ediciones Arán, p. 17-30.

- Marin, M. D. (2008). Identidad y representaciones sociales acerca de su profesión de alumnos universitarios. Universidad Autónoma de Baja California. México. Consultado en el año 2008 en: <http://www.ase.es/CONGRESO2007/segundasesionsegundaparte>
- Oakley, W. G.; Pyke, D. A. y Taylor, K. W. (1980). Diabetes Mellitus. Clínica y tratamiento. Barcelona. Ediciones Doyma, p. 27-43 y 184-192.
- Organización Mundial de la Salud (1994). Prevención de la diabetes mellitus. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Ginebra, p. 1-31.
- Ortiz, P. M. (2006). Estrés, estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos tipo 1. Red de Revistas Científicas de America Latina y del Caribe, España y Portugal. Vol. 24. No, 002, p.139-147. Consultado en <http://redalyc.uaemex.mx>
- Pérez, U. M. (2006). Servicio a la comunidad y servicio social a la comunidad y servicio social. Cap. 2. Consultado en el mes de febrero del 2008, en [www.cucsur.udg.mx/websersoc/Servicio\\_Social\\_CUCSUR/que\\_es\\_el\\_servicio.html](http://www.cucsur.udg.mx/websersoc/Servicio_Social_CUCSUR/que_es_el_servicio.html)
- Posada, A. R. (s/f). Formación Superior Basada en competencias. Interdisciplinariedad y trabajo autónomo del estudiante. Revista Iberoamericana de Educación. Colombia. Facultad de Educación, Universidad del Atlántico. Consultado en el mes de noviembre del 2007, en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/648Posada.PDF>
- Rial, R. J. (2006). Diabetes mellitus tipo 2 en la infancia y adolescencia. Unidad de endocrinología pediátrica. Departamento de Pediatría. BSCCan Ped. Vol. 30, No.3
- Roche Diagnostics. (2006). Las bombas de insulina, terapia de elección para niños y adolescentes diabéticos. Nota de prensa. [www.acceso.com](http://www.acceso.com)
- Sandoval, F. C. (2002). La trama de la Secundaria. Institución, relación y saberes. Plaza y Valdez, México, p.212 – 313.

Selekman, M. (1996). Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas. Barcelona: Gedisa.

Shön, A. D. (1998). La crisis del conocimiento, profesional y la búsqueda de una epistemología de la práctica. p. 183-212.

Trejo, D. (2001). Psicología de la Salud en México. Estilo de vida y hábitos de salud. Tesis. FESI. México, p. 18-22, 29-37 y 38-45.

Vidal, M. et al. (1998). La educación terapéutica en la diabetes tipo 1 (en el debut durante el primer año). Consultado en el mes de enero del 2008, en: <http://www.acdiabetis.org/acd/cas/pdf/cap3.pdf>

Zúbiran, S. y Chávez, A. (1998). Frecuencia de la diabetes en México. Estudio de los factores etiopatogénicos. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zúbiran. México.