



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**SEGUIMIENTO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO COMUNITARIO DE
ATENCIÓN PSICOLÓGICA "LOS VOLCANES". ANÁLISIS SOBRE
PERMANENCIA Y DESERCIÓN EN EL PERIODO 2008 - 2011**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

REBECA MUÑOZ SÁNCHEZ

DIRECTORA Y SUPERVISORA DEL INFORME:

MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA

INSTITUCIÓN RECEPTORA: CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA
"LOS VOLCANES"

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO AL

TRABAJO COMUNITARIO CLAVE: 2011 12/23. -3308



**FACULTAD
DE PSICOLOGÍA**

MÉXICO, D.F.

FEBRERO, 2013



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.



UNAM,060
2013

M.-

TPs.

A la vida,

Por las oportunidades dadas, por los tropiezos que me han enseñado a levantarme, por la gente que me ha puesto en el camino, por mis padres, hermanos y amigos, por cada día que me ha traído, a donde hoy estoy y por los días que vienen

«Finis coronat opus».

ÍNDICE

RESUMEN	3
DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL.....	4
1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA	4
1.1 <i>Objetivo general</i>	4
1.2 <i>Objetivos específicos</i>	4
CONTEXTO	5
1. CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA “LOS VOLCANES”	5
1.1 <i>Institución</i>	5
1.1.1 <i>Justificación profesional del Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”</i>	5
1.1.2 <i>Desarrollo de habilidades profesionales</i>	6
1.2 <i>Misión</i>	7
1.3 <i>Visión</i>	7
1.4 <i>Objetivos</i>	8
1.5 <i>Servicios que ofrece</i>	8
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.....	11
OBJETIVOS DEL INFORME PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL.....	13
SOPORTE TEÓRICO	14
1. LA PSICOTERAPIA.....	14
1.1 <i>Definición</i>	14
1.2 <i>Elementos de la psicoterapia</i>	15
1.3 <i>Sobre el psicólogo</i>	15
1.4 <i>Sobre el consultante</i>	17
1.5 <i>Alianza terapéutica</i>	19
1.6 <i>Enfoque terapéutico</i>	20
1.6.1 <i>Terapia breve</i>	21
1.6.2 <i>Psicoterapia gestáltica</i>	24
1.6.3 <i>Enfoque cognitivo</i>	26
2. DESERCIÓN A LA PSICOTERAPIA.....	27
2.1 <i>Definición</i>	27
2.2 <i>Factores de deserción</i>	28
2.3 <i>Factores relacionados con el consultante</i>	28
2.4 <i>Factores relacionados con el psicólogo</i>	30

2.5 Factores relacionados con la terapia	31
2.6 Factores situacionales	32
3. PSICOLOGÍA COMUNITARIA	32
3.1 Definición	33
3.2 Psicología y salud comunitaria	33
3.3 Trabajo clínico en psicología comunitaria	34
RESULTADOS	35
1. PROCEDIMIENTO.....	35
2. ANÁLISIS DE RESULTADOS	36
CONSIDERACIONES FINALES	44
BIBLIOGRAFÍA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
ANEXO	55

RESUMEN

Este Informe Profesional de Servicio Social busca identificar y analizar los motivos por los cuales los pacientes que ingresan al Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes" deciden continuar o no su tratamiento.

En este trabajo se incluye el análisis de las razones por las que los pacientes terminaron o abandonaron su tratamiento, si continuaron después de las cinco sesiones, y cuán adecuado fue el trabajo que se realizó con ellos con base en su motivo de consulta. Se realizó la revisión de los expedientes del periodo comprendido entre enero de 2008 y diciembre de 2011, y fueron seleccionados 139 por cumplir los criterios de inclusión para este trabajo. De estos 139, sólo 76 pacientes aceptaron participar en una entrevista telefónica. En esta evaluación se encontró que el tratamiento había resultado adecuado o muy adecuado para la mayor parte de estos pacientes, y se pudieron analizar diversos aspectos que afectan la continuidad del tratamiento por parte de los pacientes. Entre los aspectos a trabajar dentro del centro para mejorar el servicio se reconoció que los horarios y la finalización del servicio social por parte de algunos psicólogos son aspectos que afectan la continuación del tratamiento por parte de los pacientes.

Cabe mencionar que este trabajo pretendió establecer seguimiento a actividades de evaluación que le permiten al centro conocer los efectos y la forma en que se lleva a cabo la prestación de servicios y cómo los perciben los usuarios.

Datos generales del programa de servicio social

1. Objetivos del programa

1.1 Objetivo general

Contribuir a la formación profesional de los estudiantes a través de su participación en actividades diagnósticas, psicoterapéuticas, preventivas y de investigación, bajo la supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia, a partir de enfoques teórico-metodológicos diversos de la psicología, y permitir la aplicación de sus conocimientos en la solución de necesidades psicológicas en el ámbito comunitario.

1.2 Objetivos específicos

1. Participar en la formación de recursos profesionales y fomentar la aplicación de competencias teórico-metodológicas y técnicas en la atención clínica de problemas de salud mental comunitaria.
2. Proporcionar servicios de evaluación, orientación, psicoterapia, rehabilitación, seguimiento y canalización, en los planos individual, familiar y grupal, a usuarios de la colonia Los Volcanes y zonas aledañas.
3. Realizar actividades preventivas para contribuir al fomento de la salud, la reducción de la incidencia de problemas psicológicos y la promoción del desarrollo integral de la comunidad, y buscar su participación activa.
4. Desarrollar actividades de investigación cuya finalidad es detectar y comprender las necesidades de salud, emocionales y psicosociales, para poder incidir en su solución mediante adecuadas propuestas de intervención.

CONTEXTO

1. Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”

1.1 Institución

El Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” está ubicado en la calle Volcán Cofre de Perote, esquina con Volcán Fujiyama s/n, en la Colonia Los Volcanes, Tlalpan, México D. F. Se encuentra en una zona de alto nivel de marginalidad, bajo porcentaje de empleo, carencia de servicios y grandes necesidades de salubridad y salud mental. Fue creado como iniciativa del Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, ante la necesidad de atender el incremento de problemas emocionales, conductuales, de aprendizaje, violencia intrafamiliar y adicciones, en la población del sur de Tlalpan. El 26 de noviembre del año 2004, el CCAP “Los Volcanes” se inaugura al suscribirse un convenio entre la Facultad de Psicología de la UNAM y el Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, A. C., como consecuencia de los problemas que aquejan a la comunidad y la preocupación por el desarrollo de sus habitantes. En esta institución se otorgan servicios de atención psicoterapéutica a niños, adolescentes y adultos, y se desarrolla trabajo preventivo a través de conferencias, talleres y otras acciones comunitarias.

1.1.1 Justificación profesional del Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”

El Centro está ubicado en una zona con un alto grado de marginalidad, con nulo nivel de empleo en la zona (actividades de subempleo en un contexto semirural), carencias de servicios públicos (vialidad, agua, drenaje), con un elevado

porcentaje de asentamientos irregulares, viviendas en malas condiciones materiales y con escaso equipamiento urbano (áreas verdes y zonas de recreo). Aunado a esto, existen grandes necesidades de salud, especialmente de salud mental, ya que una gran parte de sus habitantes presenta problemas relacionados con la ansiedad, depresión, manifestaciones de violencia doméstica y social, trastornos emocionales en todos los grupos de edad, alcoholismo y drogadicción, y problemas emocionales, entre muchos otros.

La exposición anterior deja en claro la necesidad de crear un programa de servicio social, que tenga la calidad y el compromiso de atender esta demanda en salud mental. Con base en estas necesidades se creó el Programa de Servicio Social, para satisfacer los requerimientos de atención clínica y psicológica, en particular en la población que se encuentra dentro del área de influencia de este centro.

1.1.2 Desarrollo de habilidades profesionales

Dentro del CCAP, los prestadores de servicio social atienden a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, bajo una estrecha supervisión clínica, cuyas necesidades de salud mental pueden atenderse para su detección, evaluación e intervención, dentro de un primer nivel de atención clínica. En caso de requerir atención especializada, se derivan internamente, si el centro cuenta con el servicio, o se refieren a instituciones externas en caso necesario.

El estudiante, como prestador del servicio social, realiza varias actividades, entre ellas las siguientes: entrevista inicial, entrevista para evaluación clínica, psicodiagnóstico (pruebas psicométricas y proyectivas), orientación terapéutica individual, familiar y de pareja, psicoterapia breve y con objetivos focalizados, intervención en crisis, coterapia en tratamiento individual, familiar, de pareja o grupal, diseño y desarrollo de talleres, conferencias sobre temas de salud mental, contacto y asesoría a instituciones educativas o de salud, actividades de

prevención y desarrollo comunitario, participación en jornadas clínicas, sesiones clínicas y bibliográficas, y otras actividades más. Todas ellas serán desarrolladas en las instalaciones del CCAP y se realizarán en contacto directo con la comunidad o en otras instituciones.

Con las actividades ya mencionadas, el prestador de servicio social desarrollará las siguientes competencias: detección clínica oportuna, entrevista y evaluación clínica, psicodiagnóstico, orientación, psicoterapia, planeación de programas y talleres, prevención comunitaria, difusión y trabajo clínico, asesoría a instituciones, entre otras más.

1.2 Misión

Ofrecer servicios psicológicos de calidad, vinculados con la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de problemas de salud mental, al alcance de la población que acude al centro comunitario, mediante el desarrollo de actividades para la atención y solución de problemas, promoción de la salud e investigación clínica comunitaria.

1.3 Visión

Desarrollar un centro de atención psicológica con psicólogos que realizan una labor profesional de alto nivel, procurando elevar la calidad de vida de los habitantes de la comunidad en el sentido de contar con más recursos para prevenir, enfrentar y solucionar necesidades de salud mental comunitaria, en los planos individual, familiar y social.

1.4 Objetivos

Contribuir a la formación profesional de los estudiantes a través de su participación en actividades diagnósticas, psicoterapéuticas, preventivas y de investigación, bajo la supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia, desde diversos enfoques teórico-metodológicos de la psicología, de tal forma que sea posible aplicar sus conocimientos en la solución de necesidades psicológicas en el ámbito comunitario.

Como objetivos específicos figuran los siguientes (Valenzuela, 2006):

1. Participar en la formación de recursos profesionales y promover la aplicación de competencias teórico-metodológicas y técnicas en la atención clínica de problemas de salud mental comunitaria.
2. Proporcionar servicios de orientación, evaluación, psicoterapia, rehabilitación, seguimiento y canalización, a nivel individual, familiar y grupal, a usuarios de la colonia Los Volcanes y zonas circundantes.
3. Realizar actividades preventivas para contribuir al fomento de la salud, reducir la incidencia de problemas psicológicos y la promoción del desarrollo integral de la comunidad, con la finalidad de alentar su participación activa.
4. Desarrollar actividades de investigación para detectar y comprender las necesidades de salud, emocionales y psicosociales, con el fin de incidir en la solución a través de las propuestas de intervención adecuadas.

1.5 Servicios que ofrece

1) Servicios de atención clínica general

En este tipo de servicios participan practicantes del servicio social, residentes de maestría y voluntarios. A continuación se mencionan algunos de los servicios que proporcionan:

- Preconsulta
- Evaluación clínica

- Psicodiagnóstico
- Juego diagnóstico
- Orientación: individual, familiar, de pareja y a padres
- Intervención en crisis
- Psicoterapia focalizada y a tiempo limitado
- Referencia institucional

2) Servicios de atención clínica especializada

En este tipo de servicios participan profesionales y residentes de maestría. Estos servicios son los siguientes:

- Psicoterapia individual
- Psicoterapia familiar y de pareja
- Psicoterapia grupal
- Terapia de integración sensorial
- Psicoterapia de juego

3) Programa de Servicio Social

Este programa es fundamental dentro del CCAP, ya que el servicio de atención psicológica funciona sobre todo con prestadores de servicio social. Se hallan bajo la supervisión de docentes y psicoterapeutas de la Facultad de Psicología de la UNAM.

4) Programa de Prevención

En la actualidad se trabaja en un programa preventivo integral, dirigido a la educación, fomento y promoción de la salud mental comunitaria.

5) Programa de Investigación

Dentro del CCAP se apoya la realización de tesis e informes profesionales de servicio social.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

A continuación se enlistan las actividades efectuadas durante el servicio social:

- Atención psicológica a siete adolescentes y 15 adultos, los cuales recibieron atención a través de psicoterapia humanista, terapia breve e intervención en crisis.
- Observación participante en entrevistas iniciales y de evaluación, con la finalidad de conocer y aplicar las estrategias de entrevista necesarias.
- Revisión de los diferentes formatos y papelería utilizada en el trabajo clínico del centro.
- Trabajo con los pacientes desde el manejo de sus expedientes particulares y el manejo del archivo clínico para el guardado correcto y protección de su información personal.
- Aplicación de cuestionarios, entrevista inicial, entrevistas de evaluación clínica, aplicación, calificación, interpretación e integración de pruebas psicológicas psicométricas, proyectivas visomotoras, etc., que apoyan la toma de decisiones para el tratamiento, tales como el dibujo de la familia, dibujo bajo la lluvia, Machover y HTP, a fin de complementar el trabajo realizado en la entrevista y la terapia.
- Derivación a otros programas internos o referencia institucional, con el fin de complementar el tratamiento de los pacientes.
- Revisión bibliográfica, elaboración de programas para diferentes talleres o conferencias, por ejemplo la feria de servicio social en la Facultad de Psicología de la UNAM y folletos sobre violencia para el CCAP "Los Volcanes".
- Conducción de sesiones de orientación terapéutica individual y la aplicación y manejo de procedimientos y procesos psicoterapéuticos basados en el enfoque gestáltico.

- Participación en la supervisión individual o colectiva relativa a la conducción del trabajo mencionado.
- Participación en cursos sobre violencia y duelo dentro del CCAP "Los Volcanes".

OBJETIVOS DEL INFORME PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL

Pueden mencionarse los siguientes objetivos:

1. Con base en la experiencia obtenida a lo largo del servicio social, encontrar los motivos por los cuales los pacientes del Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes" dejan de asistir a su tratamiento, entre ellos costos, ubicación, horarios o insatisfacción con el tratamiento.
2. Identificar las razones que ofrecen los pacientes en relación con la experiencia de los servicios brindados y el grado de satisfacción con éstos.
3. En cuanto a los resultados obtenidos, formular propuestas que pueden mantener y mejorar el trabajo realizado hasta ahora en el Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes".

SOPORTE TEÓRICO

1. La psicoterapia

1.1 Definición

Existen diversas definiciones de psicoterapia. Strupp (en Arratia, 2007) la define como “un proceso interpersonal para brindar modificaciones en sentimientos, cogniciones, actitudes y conductas, las cuales presentan algún problema a las personas que buscan ayuda de un profesional entrenado”. Esta definición pone en claro tres características centrales del proceso terapéutico: la relación entre el paciente y el psicólogo, el contexto de la psicoterapia y la noción del experto entrenado para llevar a cabo la terapia. Por otro lado, Laplanche y Pontalis (en Bernardi, Defey, Garabarino, Tutté, y Villalba, 2004) la definen como “todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales empleando métodos psicológicos y, de manera más precisa, la relación psicólogo paciente”. Feixas (1993) muestra también diversas definiciones del concepto de psicoterapia. Sin profundizar demasiado, de manera general describe una definición “común” entre todas las mencionadas, la cual implica “un tratamiento ejercido por un profesional autorizado que utiliza medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos, en el contexto de una relación profesional”. Señala que algunas definiciones resaltan la relación que existe entre el paciente y el terapeuta como un elemento fundamental para la psicoterapia.

Por su parte, Wolberg (en Bernardi et al., 2004) afirma que “la psicoterapia es el tratamiento, por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objeto de a) eliminar, modificar o retardar

síntomas existentes, b) mediatizar patrones de conducta perturbados, y c) promover el crecimiento positivo de la personalidad y el desarrollo". En esta definición, Wolberg considera los problemas con una naturaleza emocional, así como los síntomas, el cambio conductual y el desarrollo personal como factores importantes.

1.2 Elementos de la psicoterapia

Dentro del proceso terapéutico se observa una gran cantidad de variables que tienen peso dentro de éste. Santibañez y colaboradores (Santibañez, Román, Chenevard, Espinoza, Irribarra y Müller, 2008) especifican algunas variables inespecíficas del proceso terapéutico; estas variables son aquéllas independientes del enfoque y las técnicas utilizadas durante la terapia, por ejemplo factores del consultante o paciente (como son personalidad, expectativas, disposición), factores del psicólogo (personalidad, actitud ante el problema, habilidades), factores relacionados con la alianza terapéutica y, por último, los factores externos o inesperados durante el proceso (por ejemplo que el consultante o psicólogo deban mudarse o viajar, factores económicos, etc.). En este trabajo se concede un especial énfasis a este tipo de variables, dado que son las que parecen determinar si el paciente continúa o no dentro de la terapia.

1.3 Sobre el psicólogo

El papel del terapeuta es ya muy antiguo, a pesar de que no se consideraba institucionalizado sino hasta mediados del siglo XX. Esto implica que la orientación la han dado médicos, pedagogos, asistentes sociales y religiosos, antes de que se instaurara la psicoterapia como una profesión formal (Feixas, 1993). Hoy en día, la formación del psicólogo es muy amplia y requiere el aprendizaje de técnicas y procedimientos de evaluación psicológica, psicopatología, interacción social, procesos cognitivos y emocionales, etc. Aunado a esto, cada modelo psicoterapéutico tiene sus estrategias particulares de tratamiento (Feixas, 1993).

La manera en que el proceso terapéutico avance está determinada por el psicólogo y el consultante. Es inútil decir que uno solo de ellos tiene el peso total del proceso en sí, ya que implica tanto las habilidades y estrategias utilizadas por el psicólogo como la capacidad de cambio y el proceso de autoconocimiento del consultante. Además, la actitud que tenga el psicólogo durante el trabajo terapéutico es importante. Esta actitud analítica se entiende como la disposición que tiene el analista para trabajar con el paciente y realizar en la mejor forma posible la tarea a la que se ha comprometido y que consiste en explorar los procesos mentales del paciente y hacer que los comprenda (Etchegoyen, 2009). El psicólogo debe ser capaz de manejar ciertas características para que el proceso psicoterapéutico se lleve a cabo de manera satisfactoria. Éstas son (Santibañez et al., 2008) las siguientes:

- Actitud: el psicólogo debe tener una actitud que favorezca el clima de cambio dentro del proceso. Se propone una actitud de respeto, aceptación, comprensión, calidez y ayuda, siempre con un esfuerzo adicional por evitar la crítica, juicios y reacciones emocionales (contra-transferencia) ante lo que ocurra durante el proceso.
- Habilidades: evidentemente, el psicólogo debe contar con las aptitudes necesarias para llevar a cabo la práctica clínica. Además de esto, el psicólogo debe tener un interés genuino por el bienestar del consultante, un buen nivel de autoconocimiento, estar comprometido éticamente, y contar con las actitudes antes mencionadas.
- Personalidad: el psicólogo debe tener una personalidad madura y un autocontrol firme, ya que estas características afectan el curso del proceso psicoterapéutico. De no tener la madurez y el autocontrol suficientes, el proceso puede ser más dañino que benéfico.
- Experiencia: se considera que un psicólogo con más experiencia será capaz de mantener una buena relación terapéutica. Esto se debe a que un psicólogo experimentado es capaz de tolerar mejor los cambios emocionales que ocurrirán en el consultante. Sin embargo, se ha

encontrado que tanto psicólogos experimentados como inexpertos son capaces de llevar una terapia de manera satisfactoria.

Además de esto, Feixas (1993) menciona algunas motivaciones que suele tener un psicoterapeuta profesional. Entre ellas encontramos el interés por la gente, la capacidad de escuchar, la capacidad de conversar, la capacidad de discernir emociones, la capacidad de introspección, la capacidad de autonegación, la tolerancia a la ambigüedad, la capacidad de cariño, la tolerancia a la intimidad, sentirse confortables con el poder, y la capacidad de reír. También menciona motivaciones disfuncionales, tales como la aflicción emocional, el manejo vicario (tratamiento o comprensión de su realidad), la soledad y aislamiento, el deseo de poder, la necesidad de amor, y la rebelión vicaria (expresar necesidades de rebelarse y atacar a la autoridad).

1.4 Sobre el consultante

El paciente es a menudo una persona que tiene un problema psicológico grave, que ha tratado de resolverlo antes por sus propios medios, pero sin éxito. Por lo mismo, es posible suponer que, al ir a la terapia, lleva expectativas poco realistas: la idea de que el terapeuta le dará la solución precisa a su problema. Es importante tener en cuenta que la terapia no está hecha para cambiar al paciente, sino para enseñarlo a cambiarse a sí mismo (Feixas, 1993). En Krause et al. (2006) se identifican 19 condiciones genéricas del consultante, consideradas relevantes para que el cambio ocurra. Éstas son las siguientes:

1. Aceptar la existencia de un problema.
2. Aceptar los propios límites y reconocer la necesidad de ayuda.
3. Aceptar al psicólogo como un profesional competente.
4. Expresión de esperanza o expectativa de superar los problemas.

5. Cuestionar las formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales. Puede implicar el reconocimiento de problemas no antes vistos, autocrítica o redefinición de las expectativas y metas terapéuticas.
6. Expresar la necesidad de cambio.
7. Reconocer la propia participación en los "problemas".
8. Descubrir nuevos aspectos de sí mismo.
9. Manifestación de un comportamiento o emoción nueva.
10. Aparición de sentimientos de competencia.
11. Establecer nuevas conexiones entre aspectos propios, aspectos propios con el entorno, y aspectos propios con elementos biográficos.
12. Reconceptualizar los propios problemas o síntomas.
13. Transformar valoraciones y emociones en relación a uno mismo y a otros.
14. Formar constructos subjetivos respecto a sí mismo al interconectar aspectos personales y del entorno, incluidos problemas y síntomas.
15. Enraizar dichos constructos en la propia biografía.
16. Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico.
17. Reconocer la ayuda recibida.
18. Disminuir la asimetría entre paciente y psicólogo.
19. Construir una terapia subjetiva, fundada biográficamente, sobre sí mismo y la relación con el entorno.

Estos factores afectan el proceso terapéutico en grado considerable. Además, existen otros factores del consultante que pueden definir el éxito terapéutico. Santibáñez et al. (2008) especifican que el sexo, el diagnóstico, la expectativa y la disposición personal hacia la terapia son factores determinantes para el éxito y la continuación del tratamiento. Otro elemento que debe considerarse es la ansiedad que puede provocar al paciente acudir a la terapia, dado que no se tienen muchas referencias culturales con respecto a lo que es la psicoterapia (Feixas, 1993). Asimismo, describe que, en muchas ocasiones, quien recibe la terapia no es precisamente quien la pide. Por lo mismo, conviene definir al demandante (quien busca la terapia) y al paciente identificado (quien la recibe). En el caso de que el

demandante y el paciente identificado no sean la misma persona, el trabajo de tratamiento se vuelve más complejo, ya que la relación no incluye sólo al psicólogo y al paciente, sino que debe considerarse también al demandante como un elemento importante en el tratamiento (Feixas, 1993).

1.5 Alianza terapéutica

La alianza terapéutica es el vínculo establecido entre el paciente y el terapeuta. Según sea la calidad de este vínculo, se determina la vivencia que tiene el paciente con respecto al terapeuta, lo cual influye directamente con el proceso terapéutico en sí mismo. Además de este vínculo, se considera también importante que los objetivos entre el terapeuta y el paciente sean los mismos, y que se tenga un acuerdo claro en las tareas que se realizarán durante el tratamiento (Feixas, 1993). Toda alianza terapéutica comienza como una situación entre un analista y un individuo que es analizado. Una vez que esta situación se define como relación en la que se lleva a cabo una determinada tarea, esta situación se convierte en un proceso. La alianza terapéutica no puede entenderse como la observación totalmente objetiva de una persona (psicólogo) a otra (consultante); se convierte en una relación en la cual el psicólogo interviene como parte de una situación que él mismo contribuyó a crear (Etchegoyen, 2009). En esta relación, el terapeuta se interesa genuinamente por el paciente, pero no forma parte de sus relaciones interpersonales cotidianas (Feixas, 1993). En el psicoanálisis se menciona que la situación analítica se basa en la alianza terapéutica, en la cual se lleva a cabo el proceso analítico, que corresponde a la modalidad energética inconsciente, plasmada en la neurosis de transferencia (Zetzel, 1988; en Etchegoyen, 2009). Es por eso mismo que éste es un elemento importantísimo en la terapia. Bordin (1976; en Botella y Corbella, 2011) define la alianza terapéutica como “el encaje y colaboración entre el cliente y el psicólogo”. Asimismo, identificó tres componentes que la configuran: 1) acuerdo en las tareas, 2) vínculo positivo, y 3) acuerdo en los objetivos; y aclaró que una alianza positiva

no es curativa por sí misma (Bordin, 1980; en Botella y Corbella, 2011). Sin embargo, se ha encontrado que la alianza es un buen predictor de los resultados psicoterapéuticos (Botella y Corbella, 2011).

También se ha encontrado que, según sea el momento de la terapia en que se establezca o concrete la alianza terapéutica, la terapia tendrá éxito o no. Cuanto más pronto tenga lugar esta alianza en el proceso terapéutico, más probable es que el proceso llegue a su término. De lo contrario, es muy posible que el paciente abandone la terapia (Botella y Corbella, 2011). Beck (2005) señala que el papel de las emociones en la alianza terapéutica es muy importante, ya que el éxito de la alianza depende en gran medida de la capacidad del paciente para experimentar y expresar sentimientos. Según Bowlby (1998), sólo puede esperarse un cambio en el paciente cuando toma conciencia de sus emociones, cómo son y cómo influyen en su manera de comportarse. Por otra parte, la percepción que tienen el psicólogo y el consultante con respecto a la alianza es distinta. Con base en esto, el término de la terapia depende más de la percepción que tenga el consultante que de la percepción del psicólogo (Botella y Corbella, 2011). Arratia (2007) define dos guías importantes con respecto a la percepción del consultante a la alianza y el término del proceso terapéutico. Estas guías son: 1) la visión del paciente ante la alianza, y 2) la motivación al cambio que tiene el paciente.

Bachelor y Horvath (1999; en Arratia, 2007) realizaron una investigación en la cual demostraron que el psicólogo puede generar una relación terapéutica exitosa si convierte las metas del paciente en el foco del tratamiento.

1.6 Enfoque terapéutico

Se ha encontrado que, además de factores relacionados con el consultante o el psicólogo, el enfoque puede ser determinante en un proceso terapéutico. Factores comunes entre los distintos enfoques y factores específicos de cada uno afectan el proceso de la terapia (Opazo, 2001). Algunos enfoques de interés particular para este trabajo se abarcan en los siguientes apartados.

1.6.1 Terapia breve

La terapia breve es aquella que se enfoca en tratar un problema en 10 sesiones o menos, aunque algunos autores consideran que su duración es de una a seis sesiones (Bellak, 1990). Según Szprachman (2003), este límite se considera útil, ya que tiene una influencia positiva tanto para el paciente como para el terapeuta. Este tipo de tratamiento dirige su atención a un problema específico, con la finalidad de atacar al circuito que sostiene el problema (Szprachman, 2003). La brevedad del tratamiento exige el máximo orden posible en cuanto a precisión del pensamiento y economía en la intervención. Se deben cumplir los fines de la terapia en el corto lapso de tratamiento (Bellak, 1990).

Este tipo de terapia se realiza a partir de ciertos principios, por ejemplo la orientación enfocada en el problema, la interacción, las dificultades no resueltas, las transiciones de la vida, la evaluación de la magnitud del problema, los factores que acentúan la dificultad original, la persistencia del problema, la consecución de un cambio efectivo y la conducción del tratamiento a través de pequeñas metas (Szprachman, 2003). Se enfoca en trabajar la conducta individual y el contexto social del individuo, con la finalidad de trabajar de manera precisa sobre el problema.

La psicoterapia breve también se enfoca en el trabajo afectivo del paciente (Fiorini, 2002; Greenberg, 2010). El psicólogo no puede esperar a que el *insight* se produzca, sino que debe producirlo en el paciente (Bellak, 1990). Los sentimientos del paciente se convierten en el foco de la terapia y el objetivo principal es la identificación, expresión, regulación y transformación de ellos (Fiorini, 2002; Greenberg, 2010). Los procedimientos fundamentales de la psicoterapia breve se derivan de la comprensión del comportamiento humano obtenidos del psicoanálisis. La comprensión de los síntomas, los padecimientos y la intervención dentro de la terapia breve se basan en algunos conceptos fundamentales. Éstos son (Bellak, 1990) los siguientes:

- **Determinismo y sobredeterminismo:** este concepto se refiere a que cada efecto, proceso cognitivo, o comportamiento humano es resultado de una causa o conjunto de causas y, a su vez, es el origen de otros efectos. Son conexiones causales que operan inconscientemente. El sobredeterminismo supone que una acción es efecto de varias fuerzas que surgen genética y ambientalmente.
- **Continuidad de la personalidad y la inconciencia:** este concepto permite determinar causas pasadas de efectos actuales al vincular la personalidad con la inconciencia. Esto implica que después de la niñez, las respuestas al ambiente ocurren en un límite determinado de variaciones, que son hasta cierto punto predecibles si se tienen en cuenta las estructuras establecidas en una edad temprana.
- **Homeostasis:** este concepto se refiere al equilibrio que busca el organismo para mediar sus impulsos o dejarlos ser. En la actualidad, se define como el equilibrio entre el ello, el yo y el superyo, lo cual genera así un bienestar entre los impulsos y el comportamiento social.

Además de estos conceptos, dentro de la terapia psicodinámica existen tres procedimientos básicos, aplicables a la terapia breve: a) la *comunicación*, que tiene lugar entre el paciente y el terapeuta, se genera a través de la verbalización de ideas, la asociación libre o las expresiones faciales y corporales del paciente e, incluso ante cualquier dificultad de comunicación, pueden usarse medidas auxiliares por parte del terapeuta; b) el *insight*, por parte del terapeuta, presupone el reconocimiento de patrones de conducta, pensamientos, sentimientos y experiencias que tengan relación con los síntomas del paciente; c) por último, la *elaboración*, que se refiere a la comprensión de los síntomas a partir de la descripción hecha por el terapeuta, es decir, la unión del síntoma con sus posibles causas (Bellak, 1990). Se podría decir entonces que el procedimiento básico de la terapia breve tiene seis aspectos:

1. La identificación del problema.

2. La reconstrucción de la historia (búsqueda de datos relevantes para el diagnóstico).
3. La determinación de relaciones causales.
4. La elección de la intervención.
5. La elaboración del problema (aprendizaje de una nueva conducta).
6. El término del tratamiento (Small, 1981).

Como formas de trabajo dentro de la terapia breve, la autoeficacia y la motivación son elementos que ayudan al paciente a alcanzar sus objetivos y su bienestar. La autoeficacia se refiere a las creencias que tiene el paciente acerca de su capacidad para controlar los episodios que afectan su vida y para hacer uso de la motivación, los pensamientos y los actos para tener control sobre las demandas de su medio, de tal modo que lo orientan no hacia sus habilidades por sí mismas, sino a lo que puede hacer con las habilidades que posee (Bandura, 1990). La motivación, como explica Barberá (2002), puede trabajarse desde la teoría del control de la acción, en la cual los impulsos, deseos y expectativas determinan el grado de compromiso con la acción y por lo tanto definen la intención, lo que a su vez genera una motivación real que lleva a una conducta específica.

La terapia breve se usa con frecuencia en la intervención en crisis. Ante este tipo de problemas, la terapia se limita a seis sesiones de tratamiento. De manera breve, la primera sesión (que dura alrededor de 45 minutos) se utiliza para explicar al paciente en qué consiste el tratamiento y el número de sesiones que durará éste; se demuestra la comprensión y la simpatía hacia la situación del paciente y se le compromete a ser parte del esfuerzo compartido que llevará a la solución del problema. Las siguientes sesiones inician con el reconocimiento de la mejoría del paciente durante el tratamiento y duran 30 minutos. En la segunda sesión se llenan vacíos en la historia del paciente, con el fin de planear la intervención en las sesiones siguientes. Durante la tercera sesión se trabaja con

las relaciones causales que producen el malestar, y a partir de esto se crean nuevas estrategias para manejar las situaciones difíciles de una manera más sana para el paciente. A partir de esta sesión se continúa el trabajo de estrategias en las sesiones siguientes y se trabaja sobre cualquier fracaso que tenga el paciente durante el tratamiento. Al terminar la terapia, el énfasis debe recaer en que el paciente se mantenga en contacto con el terapeuta para el caso de que surja una nueva necesidad de tratamiento (Small, 1981). Además, la terapia breve se ha utilizado con éxito para problemas como la ansiedad, la depresión, los ataques de pánico, los estados psicóticos, la somatización y el estrés postraumático, además de aplicarse en el tratamiento de niños y adolescentes (Small, 1981).

1.6.2 Psicoterapia gestáltica

La psicoterapia gestáltica, la de tipo humanista y propuesta por Perls, se enfoca en la concepción del individuo como totalidad, con inclusión de sus necesidades y su medio como organismo; y en el énfasis en el aquí y el ahora, sin perder de vista que el pasado y el futuro son generadores de conductas, pensamientos y sentimientos que afectan en el presente. Según Perls, el ser humano tiene la tendencia natural a completar su existencia. Según Ginger (1993), la Gestalt se presenta "como una manera de concebir las relaciones del ser vivo con el mundo". La Gestalt tiene diversas fuentes, entre las cuales figuran el psicoanálisis, el psicodrama (tiene importancia el juego de roles) y el existencialismo y el budismo zen (de donde surge lo vivencial, el "aquí y ahora") (Feixas, 1993).

El núcleo de la psicología Gestalt gira en torno de la afirmación de que "la percepción humana no es la suma de los datos sensoriales, sino que pasa por un proceso de reestructuración que configura, a partir de esa información, una forma, una 'gestalt', que se destruye cuando se intenta analizar, y esta experiencia es el problema central de la psicología" (Perls, 2002). En el ámbito terapéutico, la Gestalt considera diversos puntos y capacidades humanas para el tratamiento de los problemas. Se considera que el ser humano tiene la capacidad de organizar el

campo percibido a partir de diversos principios simplificadores, lo cual funciona como un excelente recurso adaptativo (Perls, 2002). En el trabajo como tal se utilizan tres tipos particulares de técnicas: las técnicas supresivas, que pretenden evitar o suprimir los intentos de huida que tiene la persona hacia su experiencia actual, su aquí y ahora; las técnicas expresivas, con las cuales se busca la exteriorización de lo interno que aún no es percibido; y las técnicas integrativas, en las cuales se hace énfasis en la incorporación de la experiencia en la vida de la persona (Perls, 1973). Por otro lado, la Gestalt integra tres principios fundamentales: a) la valoración de la actualidad (aquí y ahora), b) la valoración de la conciencia y aceptación de la experiencia, y c) la valoración de la responsabilidad o integridad. Como finalidad, se promueve el *awareness* (darse cuenta) de las emociones y el sentir del momento, a través de lo cual se hace conciencia de lo que ocurre y se integra al ser con su experiencia. Cuando esta conciencia o esta integración no se concretan, sobreviene el desequilibrio psicológico, actividades del *self* que bloquean la toma de conciencia. Estos bloqueos pueden presentarse en la forma de protección (atribución a otros de elementos rechazados en uno mismo), retroflexión (negación), desensibilización (indiferencia sensorial), o introyección (adopción de características de otros sin integrarlos con el *self*) (Feixas, 1993).

Una de las labores del psicólogo gestáltico es ayudar al paciente a generar la conciencia total sobre uno mismo y su medio, el flujo de sus emociones y el sentir en el aquí y ahora (Martorell, 1996).

La terapia Gestalt tiene varios campos de trabajo muy diversos. Entre ellos se encuentra la terapia individual, la terapia de parejas, la terapia familiar, la terapia grupal y la terapia administrada dentro de escuelas e instituciones (Ginger y Ginger, 1993).

1.6.3 Enfoque cognitivo

Beck (2000) propone, a través del modelo cognitivo, que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Por lo mismo, una evaluación realista del pensamiento y su modificación puede producir una mejoría en el estado de ánimo y la conducta, la cual resulta de la modificación permanente de las creencias disfuncionales subyacentes.

Este enfoque se basa principalmente en las cogniciones y su efecto directo sobre las conductas del individuo. Aunque este enfoque está basado en diferentes modelos terapéuticos, todos ellos tienen en común que: a) consideran que la cognición afecta a la conducta; b) la actividad cognitiva puede ser controlada y alterada; y c) que se puede obtener un cambio conductual a partir del cambio cognitivo. Por lo mismo, el principal objetivo de las terapias cognitivas es generar un cambio en las estructuras cognitivas para lograr un correcto funcionamiento psicológico de la persona.

Leahy (2003) afirma que el modelo de la terapia cognitiva se sustenta en la presuposición de que estados disfuncionales como la depresión, ansiedad e ira existen por pensamientos distorsionados que se mantienen en el individuo. Por consiguiente, el terapeuta debe ayudar a los pacientes a reconocer estos pensamientos distorsionados y modificarlos a través de la aplicación de la evidencia y la lógica. Dicho de otro modo, se trabaja con los pensamientos, creencias y conductas del individuo a través de esquemas. Un esquema, en el sentido de la terapia cognitiva, es un patrón relativamente estable a partir del cual se construye la realidad de cada individuo. Es a partir de estos esquemas que las personas le dan significado al mundo (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

De manera terapéutica, este enfoque se caracteriza por ser activo (por parte del paciente y el psicólogo), directivo (dirigido por el psicólogo), estructurado y con tiempos limitados (se define un tiempo de trabajo terapéutico). El tratamiento se basa en el supuesto de que la conducta y los afectos de una persona están

basados en su manera de estructurar el mundo (Beck et al, 1979). Del mismo modo, para que el trabajo sea más efectivo, el terapeuta cognitivo debe aceptar plenamente al paciente; ser sincero, genuino y auténtico con el paciente; y ser empático (Beck et al, 1979).

Dentro de este enfoque se encuentra la terapia de los constructos personales de Kelly, la terapia racional-emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, y la terapia cognitivo-conductual de Meichenbaum (Martorell, 1996).

2. Deserción a la psicoterapia

2.1 Definición

La palabra deserción significa "abandono de una actividad o compromiso". Aunque en condiciones normales esta palabra se utiliza para el ámbito escolar, se ha empleado también dentro del abandono del proceso psicoterapéutico por parte del consultante. Como lo establece la definición, en el caso de la psicoterapia la deserción se refiere al abandono del compromiso adquirido en la terapia, y de la actividad misma.

El problema de la deserción tiene una amplia gama de posibles factores, desde la predicción a la adherencia terapéutica (Rondón, Otálora y Salamanca, 2009), la percepción y expectativas del paciente (Alcázar, 2007), hasta la eficacia de la terapia (Sanz, 2009). Aunque no se ha alcanzado un acuerdo general en cuanto a cifras, los consultantes acuden en promedio ocho a 12 sesiones terapéuticas (Rondón et al, 2009).

2.2 Factores de deserción

Los motivos por los que un consultante deja la terapia son diversos y aún no se ha definido por completo cuál es la variable definitiva en estos casos. Santibáñez et al. (2008) definen algunas variables inespecíficas que pueden llevar al fracaso del proceso. Romero y colaboradores (2000; en Santibáñez et al., 2008) han concluido que la variable más significativa con respecto al éxito terapéutico es la capacidad del psicólogo de generar un buen vínculo terapéutico con el consultante. Por su parte, Alcázar (2007) muestra que en México los consultantes asisten en promedio a tres sesiones terapéuticas, las cuales son insuficientes, si se considera que el mayor beneficio de la terapia se alcanza entre las ocho y 12 sesiones.

Herrera et al. (2009) definen el problema en psicoterapia *todo fenómeno o factor que obstaculiza los mecanismos y procesos de acción y de cambio en psicoterapia, de acuerdo a la perspectiva de un observador particular y según la teoría implícita o explícita de cómo se produce el cambio*. Entre las maneras en que pueden presentarse dichos problemas, según los autores, se encuentran problemas de desmotivación, aburrimiento, tensión o ansiedad con respecto al proceso terapéutico, problemas de la relación entre psicólogo y consultante, y resistencias por parte de este último, factores que podrían considerarse motivos de deserción.

2.3 Factores relacionados con el consultante

Según Garfield (1994; en Quevedo, 2008), el paciente desertor es aquella persona que, luego de aceptar recibir un tratamiento psicológico, ha asistido al menos a una sesión y ha discontinuado el tratamiento por iniciativa propia, por lo que deja de asistir a todas las sesiones futuras programadas. Además, esto implica que el paciente se rehúsa a regresar al tratamiento aun cuando se lo alienta a hacerlo (Baekeland y Lundwall, 1975; en Quevedo, 2009).

A los desertores, por su parte, se los clasifica de la siguiente manera:

- a) Desertores inmediatos: son aquellos que abandonan el tratamiento después de la primera sesión. Se considera que muchas veces no tienen bien definido cuál es su problema ni lo que esperan obtener del tratamiento (Lazaratou, Anagnostopoulos, Vlassopoulos, Tzavara y Zelios, 2006; Garfield 1994).
- b) Desertores rápidos: son aquellos que desisten entre la segunda y quinta sesiones del tratamiento, las más de las veces por desmotivación o falta de resultados tangibles durante el tratamiento (Baekeland y Lundwall, 1975).
- c) Desertores tardíos: son aquellos que dejan el tratamiento después de la sexta sesión y casi siempre lo hacen porque sienten que ya terminaron su tratamiento, y que de cualquier manera el psicólogo los daría de alta pronto (Self, Oates, Pinnock-Hamilton y Leach, 2005).

Por otro lado, en el estudio realizado por Quevedo en 2008 se encontró que las variables sociodemográficas y la gravedad del problema no son determinantes en la deserción. También se reconoció que los pacientes con un mayor nivel educativo, mayor nivel económico, mayor desempleo o deserción escolar siendo adolescentes, mayor desempleo siendo adultos, mayor satisfacción con su estilo de vida, un problema que afecta poco en el área sexual o familiar, y con gran efecto en el área laboral en adultos, tienden a abandonar el proceso terapéutico con mayor frecuencia alrededor de las primeras sesiones (Quevedo, 2008).

Por otro lado, Jo y Almas (2001) identificaron que la deserción suele verificarse más en consultantes de edades extremas, como son la adolescencia y la vejez. Además, la expectativa con que llegue el consultante a la terapia puede afectar la continuidad del proceso (Alcázar, 2007). Asimismo, las creencias culturales con respecto al problema, al papel del psicólogo, o la mala información en relación con el problema, afectan la estancia del consultante en el proceso (Jo y Almas, 2001). En cuanto a la naturaleza del problema, se ha encontrado que los trastornos de la personalidad, sobre todo los de tipo límite, suelen relacionarse con un abandono más temprano del tratamiento (Fernández et al., 2003). Por último, la adherencia

al tratamiento es mayor si el consultante acude de forma voluntaria y por iniciativa propia (Rondón et al, 2009).

2.4 Factores relacionados con el psicólogo

Como se ha mencionado antes, la relación establecida entre el consultante y el psicólogo es fundamental para que el proceso continúe. Sin embargo, esta relación no se genera sólo a partir de un saludo afectuoso entre ambas partes. Las características del psicólogo interactúan de manera compleja con las del consultante, lo cual dificulta la discriminación entre los elementos que aporta cada parte al proceso terapéutico (Santibáñez et al., 2008). El consultante no puede ignorar los factores que observa en su contraparte, como la personalidad, sus rasgos individuales, intereses y actitudes manifestadas ante él (García y Rodríguez, 2005), así como las condiciones ofrecidas por el psicólogo y los componentes de la alianza misma (Botella y Corbella, 2011).

La manera en que el psicólogo se muestre ante el consultante también es importante. El psicólogo debe mostrarse como alguien seguro de sí mismo, mostrar madurez emocional y experiencia. De la misma forma, si el psicólogo demuestra un interés genuino, compromiso, y actitudes que puedan favorecer la relación terapéutica, es posible que ésta continúe. Se considera que una de las razones más comunes en la deserción es la actitud negativa por parte del psicólogo, lo que implica una percepción negativa sobre la terapia por parte del consultante (Santibáñez et al., 2008). También es importante el bienestar emocional del psicólogo. Un psicólogo perturbado no sólo estancaría el proceso terapéutico, sino que podría infundir cambios negativos en el paciente (Santibáñez et al., 2008).

Por otro lado, los conocimientos prácticos del psicólogo pueden afectar el éxito del tratamiento. La capacidad para direccionar la terapia, la asertividad, la habilidad en el uso de instrumentos de evaluación, la capacidad de incentivar la

participación del consultante en el proceso, la capacidad de organizar la información, y las habilidades comunicativas necesarias para dar a entender lo que en verdad quiere expresar en el contexto terapéutico, son capacidades que favorecen una mejor relación terapéutica (Buela-Casal, Sierra, López y Rodríguez, 2001).

Quevedo (2008) aclara que, para tener un mejor resultado, el psicólogo debe ser capaz de ajustar el tratamiento a las necesidades del paciente, ofrecer un trato profesional desde la primera sesión del tratamiento, y saber cuál es el momento adecuado para finalizar el tratamiento.

2.5 Factores relacionados con la terapia

Además de los factores del consultante y el terapeuta, existen variables dentro del propio proceso que pueden llevar al consultante a abandonar el tratamiento. Dentro del encuadre es importante determinar cómo se llevará el consentimiento informado, si es que el consultante desea que se comunique con otros lo que ocurre durante el proceso. Es importante especificar con claridad los objetivos de la terapia y la forma de comunicarlos, si es necesario y si es en verdad lo mejor para el consultante, aunque aún más importante es si lo desea. Este factor en particular muestra respeto hacia él, lo cual puede ayudar a mantener el proceso (Corbella y Botella, 2011).

La relación terapéutica puede cambiar de manera contundente el rumbo de la terapia. En la relación terapéutica, los sentimientos y actitudes de los participantes y la manera en que éstos se conjuguen en el proceso serían el aspecto central de una buena alianza terapéutica, y por esta razón las variables del consultante y del terapeuta deben comprenderse en función de su interacción (Santibáñez et al., 2008). Se ha demostrado en las publicaciones recientes que la motivación del consultante no depende tan sólo de éste; más bien se trata de un factor notablemente influido por los demás elementos del proceso terapéutico

(Arratia, 2007). De esta alianza depende el bienestar del consultante a lo largo de todo el proceso. Se ha demostrado que en al menos el 66% de los caso existe una correlación positiva entre una buena alianza terapéutica y el éxito del proceso (Corbella y Botella, 2011).

2.6 Factores situacionales

La situación en que tiene lugar la terapia es también un factor que puede determinar la continuidad de la terapia. Factores como la distancia, motivos familiares, falta de apoyo y seguro médico, entre otros, son determinantes de la asistencia y permanencia en el tratamiento (Corbella y Botella, 2011).

Otro posible motivo para la deserción es el tiempo de la terapia. Aunque no se ha comprobado, es posible que si la terapia dura más tiempo del que espera el consultante, éste deje el tratamiento (Sanz, 2009). Además, si el psicólogo o la institución tienen un horario ya establecido, podría no coincidir con las necesidades del paciente y convertirse en un factor ambiental que propicie su deserción (Quevedo, 2008).

3. Psicología comunitaria

El trabajo realizado dentro del Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes" se encuentra, como su nombre lo dice, dentro de un contexto comunitario. Por lo mismo, parece conveniente adentrarse en cierto grado en el tema de la psicología comunitaria.

3.1 Definición

Una comunidad, según Ander-Egg (1983; en Ayala, 2007) se define como una "agrupación organizada de personas que se perciben como una unidad social, cuyos miembros participan en algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función común, con una consciencia de pertenencia y situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interaccionan más intensamente entre sí". Por otra parte, Moreno la define como "un grupo social dinámico histórico y culturalmente constituido y desarrollado, preexistente a la presencia de los investigadores o de los interventores sociales, que comparte intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y un tiempo determinados y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines" (Moreno, 1998).

Dentro de la psicología comunitaria, la comunidad se define como el ambiente social, la presión común, la temporalidad y el liderazgo, el ecosistema, el grupo, el objeto de acción transformadora, el conflicto y el espacio de interacción social (Carranza y Almeida, 1995; en Ayala, 2007).

3.2 Psicología y salud comunitaria

La psicología comunitaria surge por la demanda de una realidad social específica. Puede afirmarse que existen tantas "psicologías comunitarias" como comunidades en el mundo (González y Vargas, 2008).

La salud comunitaria se refiere al hecho de que los miembros de una comunidad, conscientes de construir una agrupación con intereses colectivos comunes, reflexionan y se preocupan por los problemas de salud de la comunidad, expresan sus aspiraciones y necesidades, y participan activamente, junto a los servicios de salud, en la solución de problemas, a través de los problemas locales de salud. Esta "salud comunitaria" se refiere a un programa de salud pública local

que se planifica con base en las necesidades específicas de la comunidad (San Martín y Pastor, 1988; en Ayala, 2007).

3.3 Trabajo clínico en psicología comunitaria

La psicología comunitaria surge como una alternativa para el trabajo de problemas psicosociales que requieren un tratamiento de tipo clínico. La delincuencia, violencia social y drogadicción son algunos de estos problemas. Este trabajo clínico tiene como finalidad mejorar el ambiente y los recursos sociales y personales para mejorar el ambiente y la calidad de vida de una comunidad, haciendo el trabajo del psicólogo más sensible a sus necesidades. (González y Vargas, 2008).

Gómez (2002) define varios supuestos en cuanto al trabajo de la psicología comunitaria. Este enfoque acentúa la *prevención primaria*, buscando evitar la aparición de algún problema que pudiera afectar al individuo o a su comunidad; es *comprensivo u holista*, al pretender actuar a cualquier nivel y con cualquier población; es *desprofesionalizante*, al buscar que los individuos y los grupos asuman el control sobre su propia salud y acción social; es *interdisciplinario*, aplicable a distintas profesiones y necesitando de su colaboración; es *concientizado y politizante*, dado que otorga conciencia a la población de su propia capacidad para trabajar resolver sus problemas; y *está orientado a la salud y el crecimiento*, en busca de desarrollar relaciones interpersonales sanas, la autorrealización, y el actuar personal constructivo y benéfico para cada individuo y sus semejantes.

RESULTADOS

La finalidad de este trabajo fue conocer el efecto que tienen las actividades realizadas por los prestadores de servicio social dentro del CCAP "Los Volcanes" en el grado de satisfacción de los pacientes hacia los servicios que reciben, e identificar si con el desarrollo de diferentes programas académicos en el centro a lo largo de los años 2008, 2009, 2010, y 2011, el nivel de satisfacción ha aumentado o disminuido en relación con la asistencia, permanencia o deserción de pacientes que han asistido a cinco o más sesiones de atención psicológica, tanto de evaluación como de evaluación y tratamiento. Es importante mencionar que no se consideró a los pacientes menores de 12 años, puesto que su tratamiento dentro del CCAP lo llevan a cabo estudiantes de maestría.

1. Procedimiento

Se realizó una entrevista de seguimiento vía telefónica a pacientes del CCAP "Los Volcanes" que asistieron a cinco o más sesiones durante los años 2008, 2009, 2010 y 2011, independientemente de si terminaron el proceso de evaluación o tratamiento, si continúan en tratamiento o si lo dejaron antes de tiempo. De los 139 expedientes de pacientes que cumplían el criterio de selección, 76 recibieron la llamada telefónica y contestaron la entrevista. Con los otros 63 pacientes no fue posible establecer contacto, dado que ya no vivían en el domicilio o prefirieron no responder la entrevista. No se consideraron expedientes de paciente menores de 12 años por las razones mencionadas con anterioridad.

En la entrevista de seguimiento (véase el Anexo), se preguntó a los pacientes: el motivo de consulta, si continúan o no en tratamiento, a cuántas sesiones asistieron, por qué dejaron de asistir, si terminaron el tratamiento o dejó de asistir, el motivo en este último caso, nivel de satisfacción con la atención

recibida, si regresarían al centro en caso de necesitar otra vez la atención psicológica y si lo recomendarían a otras personas.

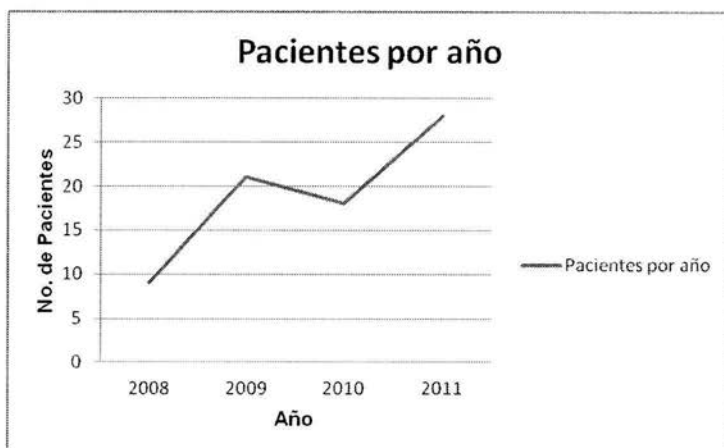
2. Análisis de resultados

En la Tabla 1 puede observarse que los pacientes entrevistados representan un pequeño porcentaje de los pacientes totales durante los años 2008, 2009, 2010 y 2011. Además, a pesar de que en general el porcentaje de pacientes que acudieron a más de cinco sesiones parece aumentar con los años, aún es alto el número de personas que no continúan más allá de cinco sesiones en comparación con el número de individuos atendidos por servicio social. Cabe hacer notar que hubo un decremento del año 2009 al 2010, el cual parece haberse recuperado entre 2010 y 2011. Asimismo, hay que considerar que del número total de pacientes por año, una gran parte corresponde a niños que sí terminaron sus tratamientos, además de los pacientes de terapia familiar, que no reciben tratamiento de parte de prestadores de servicio social, y por lo tanto no se consideran en esta investigación.

Tabla 1. Comparación entre pacientes totales y pacientes que asistieron a más de cinco sesiones de tratamiento y que contestaron la entrevista dentro del CCAP “Los Volcanes”.

Año	Asistencias totales	Pacientes de Servicio Social	Pacientes que asistieron a cinco o más sesiones y contestaron la entrevista
2008	125	-	9
2009	125	79	21
2010	140	94	18
2011	150	105	28
Total	540	188	76

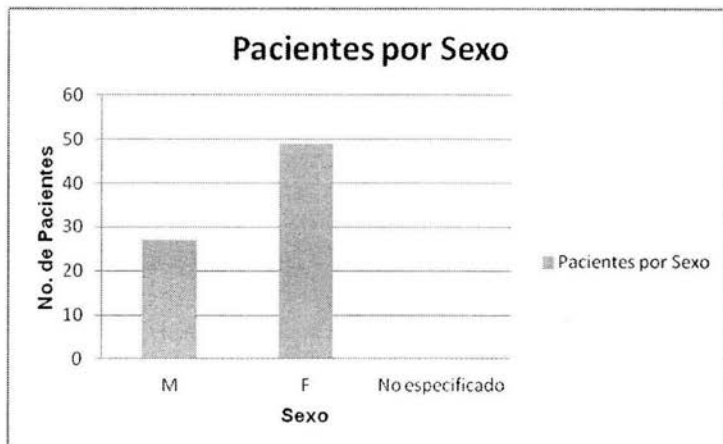
Gráfica 1: Pacientes que asistieron al CCAP "Los Volcanes" durante los años 2008, 2009, 2010 y 2011 y contestaron la entrevista.



En la Gráfica 1 se muestra el cambio en la cantidad de pacientes que asistieron al CCAP "Los Volcanes" del año 2008 al 2011, y que acudieron a más de cinco sesiones. No se hace distinción por edad, sexo o nivel de satisfacción.

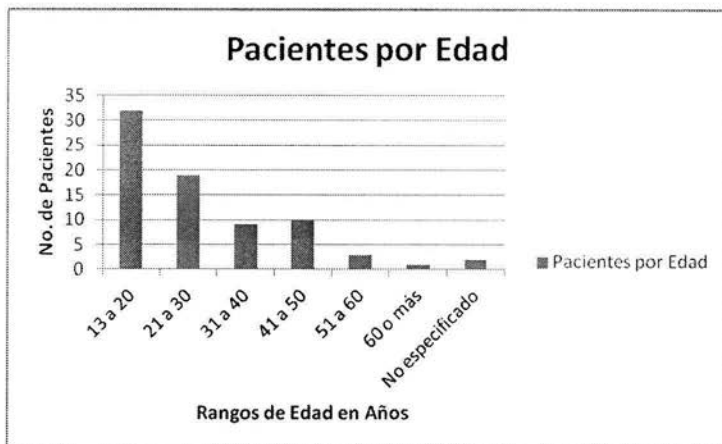
La gráfica muestra que del año 2008 al 2009 y del 2010 al 2011 aumentó el número de pacientes que asistieron a cinco o más sesiones terapéuticas. Sin embargo, de 2009 a 2010 decreció el número de personas que siguieron su tratamiento. Cabe mencionar que en el CCAP la atención se ofrece principalmente por prestadores de servicio social, y en particular en 2009 se contó con menos prestadores, por lo que pudo reducirse la cantidad de pacientes que continuaron su tratamiento. En comparación con la cantidad de pacientes en total que asistieron al CCAP durante los mismos años, el número de individuos que asistió a más de cinco sesiones es relativamente bajo. La Tabla 1 muestra una comparación entre el número total de pacientes atendidos por servicio social cada año y el número de estos pacientes que asistieron a más de cinco sesiones.

Gráfica 2: Pacientes por sexo que asistieron a cinco o más sesiones de tratamiento durante los años 2008 a 2011 y contestaron la entrevista.

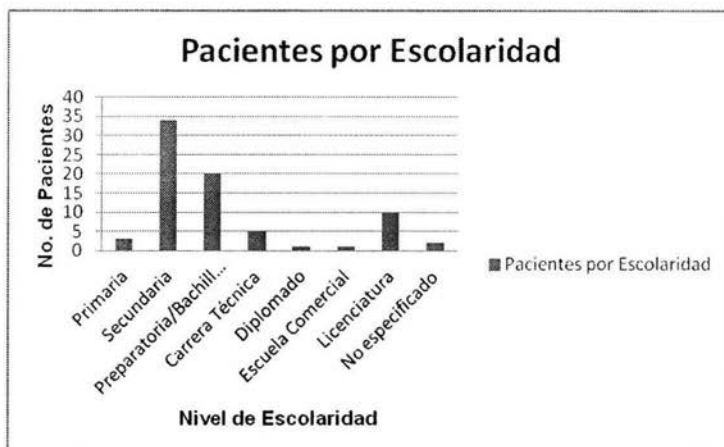


En la Gráfica 2 se muestra la cantidad de pacientes por sexo que asistieron al CCAP "Los Volcanes" a cinco o más sesiones terapéuticas entre el año 2008 y el 2011 y contestaron la entrevista. Se observa una diferencia significativa entre hombres y mujeres. Según esta gráfica, la asistencia a cinco o más sesiones ha sido consistentemente mayor en mujeres (49 pacientes) que en hombres (27 pacientes).

Gráfica 3: Pacientes según la edad que han asistido a cinco o más sesiones terapéuticas en el CCAP "Los Volcanes" durante los años 2008 a 2011 y contestaron la entrevista.

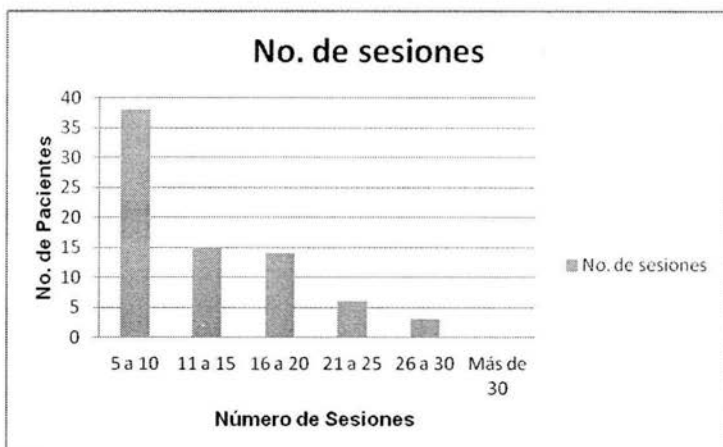


En la Gráfica 3 se puede observar que ha habido una continuidad mayor en la asistencia de pacientes que tienen entre 13 y 20 años de edad (32 pacientes). Además, queda de manifiesto que conforme aumenta la edad parece atenuarse el compromiso con el tratamiento, es decir, que a mayor edad, mayor tendencia a desertar. Hay que considerar que en general parece haber mayor asistencia de pacientes jóvenes atendidos por servicio social, los mismos que tienen entre 13 y 30 años de edad (51 pacientes). Es importante mencionar que no se consideró a individuos menores de 13 años porque el CCAP tiene un programa específico de la maestría de psicoterapia infantil y psicoterapia familiar, que se encarga de tratar estos casos.



Gráfica 4: Pacientes según su nivel escolar que han asistido a cinco o más sesiones de tratamiento en el CCAP "Los Volcanes" durante los años 2008 a 2011 y contestaron la entrevista.

En esta gráfica se muestra la escolaridad de los pacientes que asistieron a cinco o más sesiones de tratamiento y contestaron la entrevista. Se puede observar que los pacientes que continuaron su tratamiento se hallan dentro de los límites de secundaria y bachillerato, lo cual puede tener una relación directa con la Gráfica 3. De los pacientes que se encuentran entre los 13 y 20 años de edad, 34 tienen un nivel escolar de secundaria y cinco de bachillerato. Sin embargo, hay que considerar que algunos pacientes mayores de 20 años también expresaron que su nivel de escolaridad se hallaba dentro de los límites de secundaria y bachillerato (15 pacientes), e incluso de primaria (tres personas).



Gráfica 5: Número de sesiones a las que asistieron los pacientes en el CCAP "Los Volcanes" durante los años 2008 a 2011 y contestaron la entrevista.

En la Gráfica 5 se muestra el número de pacientes y el número de sesiones a las que asistieron, tras considerar claramente el mínimo de cinco sesiones de tratamiento correspondiente a los pacientes entrevistados. Se puede observar que la mayoría de ellos asistió a cinco a 10 sesiones. El número de sesiones podría relacionarse con los motivos de consulta, ya que algunos de ellos pueden quedar resueltos dentro de las primeras sesiones (por canalización, no corresponde al servicio, se proporcionó información, se obtuvo beneficio de las entrevistas, abandonó la evaluación). Además, es importante hacer notar que el enfoque del centro prioriza los tratamientos breves con objetivos delimitados o focalizados, por lo cual no se esperarían muchos casos de más de 10 sesiones de tratamiento.



Gráfica 6: Nivel de satisfacción con el tratamiento recibido en el CCAP "Los Volcanes" por pacientes que asistieron a cinco o más sesiones durante los años 2008 y 2011 y contestaron la entrevista.

En la Gráfica 6 se muestra el nivel de satisfacción señalado por los pacientes que asistieron a cinco o más sesiones de tratamiento y contestaron la entrevista. Se puede advertir que para la mayoría de estos individuos la atención y el tratamiento fueron adecuados para su motivo de consulta; tan sólo dos de estos sujetos señalaron no haberse sentido satisfechos con él. Esto muestra que el trabajo dentro del CCAP ha resultado adecuado y muy adecuado para estos pacientes; sin embargo, debe considerarse también el nivel de satisfacción de aquellas personas que asisten a menos de cinco sesiones, ya que éste podría estar en parte relacionado con el motivo por el cual dejaron de asistir.



Gráfica 7: Motivos por los cuales los pacientes que asistieron a cinco o más sesiones dentro del CCAP "Los Volcanes" y contestaron la entrevista dejaron de asistir al tratamiento.

En la Gráfica 7 se puede observar que la mayor parte de los pacientes entrevistados que continuaron su tratamiento después de la quinta sesión fue dada de alta, es decir, que el término de la terapia lo definió el psicólogo en turno, dentro del programa y objetivos de la intervención. Por otra parte, el resto de los pacientes (38) ha terminado su tratamiento por otros factores, entre ellos: baja (que ya no lo consideraran necesario, que se buscó que continuaran el tratamiento pero no se mostró interés, etc.), porque hubo cambio de psicólogo, porque fueron canalizados o referidos institucionalmente (por ejemplo, el Instituto Nacional de Rehabilitación, INP, Juan N. Navarro), porque no se ajustaba a sus horarios de lunes a sábado, de 10 a 15 horas), por el costo (de 50 a 100 pesos, aunque en casos especiales –que no puedan pagar por desempleo, etc.- se considera la posibilidad de exentarlo del pago a través de una cuota mínima), por no sentirse satisfechos con el tratamiento o por motivos personales que no mencionaron en la entrevista. Dos pacientes continúan con su tratamiento; cabe hacer notar que este trabajo fue realizado durante los meses de julio, agosto y parte de septiembre.

CONSIDERACIONES FINALES

En este trabajo se buscó identificar los factores de deserción en pacientes que asistieron a cinco o más sesiones de tratamiento en el CCAP "Los Volcanes" durante los años 2008, 2009, 2010 y 2011. Ayala (2007) realizó con anterioridad una investigación dentro del CCAP, que incluyó hasta el año 2007, por lo cual se comenzó este trabajo con expedientes del 2008.

Para tal motivo, se consideró la aplicación de una entrevista vía telefónica a 139 pacientes que cumplieron con estas características. De un total de 139, sólo 76 aceptaron contestar la entrevista telefónica. Con el resto de los pacientes no fue posible establecer contacto, sea porque no contestaron la llamada, otras personas ya no viven en el domicilio o decidieron no responder la entrevista. Más adelante se realizó un análisis de las respuestas recibidas durante esta entrevista, el cual mostró diferentes factores que afectan la decisión de los pacientes de continuar o no el tratamiento psicológico.

En primer lugar se efectuó una comparación entre el año y la cantidad de pacientes que asistieron a más de cinco sesiones durante ese lapso. Se pudo observar que, de manera general, el número de pacientes va en aumento, así como el número de sesiones a las que asisten para terminar el tratamiento o evaluación psicológica. Durante el año 2009 hubo menos prestadores de servicio social en este centro y sería conveniente, en este caso, y de ser posible, realizar un estudio en el que se busque algún otro posible motivo por el cual se redujo la cantidad de pacientes que continuaron su tratamiento en 2010.

Por otro lado, la población de pacientes dentro del CCAP tiene todavía un predominio femenino en adultos, siendo el 63.16% de mujeres contra 36.84% de hombres que asisten a los servicios del CCAP (sin embargo, en pacientes que tienen entre 4 y 12 años de edad predominan los hombres). No hay una diferencia significativa en cuanto a asistencia por género con respecto al trabajo de Ayala (2007), lo cual confirma que posiblemente la cultura siga influyendo en la

asistencia de mujeres y hombres, ya que los hombres adultos suelen expresar menos sus sentimientos y necesidad de ayuda, por lo cual aceptan menos el apoyo psicológico que las mujeres.

Por otra parte, la mayor parte de los pacientes de este estudio que continúan su tratamiento corresponde a adolescentes (de 13 a 20 años de edad, el 42.1%), seguido de jóvenes adultos (21 a 30 años de edad, 25%) (hay que recordar que en este estudio sólo se consideraron pacientes con una edad de 13 años en adelante, por lo que no se cuenta la proporción de pacientes más jóvenes). Esto demuestra que los problemas tratados en el CCAP, en su mayor parte, se vinculan con este grupo de edad (conducta, problemas emocionales, crisis de la adolescencia, aprovechamiento escolar, etc.). Sin embargo, esto no descarta la existencia de otro tipo de problemas en este mismo grupo de edad.

En cuanto al nivel de satisfacción, de los pacientes entrevistados que asistieron a cinco o más sesiones, la mayor parte (74 pacientes) consideró que su tratamiento fue adecuado o muy adecuado. Aunque este número es alentador con base en estos pacientes en particular, hay que considerar la posibilidad de que los pacientes que dejan el tratamiento antes (antes de cumplir la cuarta sesión) lo hagan por no sentirse satisfechos con él. En todo caso, se sugiere realizar otro estudio enfocado en los motivos de deserción de estos pacientes y trabajar en relación con los resultados, además de hacer una relación entre la cantidad de pacientes que desertan antes de las 5 sesiones y después. Ayala (2007) menciona que en general la atención psicológica recibida en el centro se percibe como adecuada y muy adecuada, como en el presente estudio, y propone hacer énfasis en el trabajo realizado desde la entrevista inicial, para abordar el motivo de consulta y trabajar sobre las relaciones iniciales entre psicólogo y paciente (resistencia, transferencia, contratransferencia), que generalmente acompañan a la petición de ayuda psicológica, y sugiere optimizar el manejo de los expedientes dentro de la institución.

Otro factor importante, considerando a los pacientes que continuaron su tratamiento, es que algunos de ellos lo abandonan cuando el psicólogo que los

atendía (prestador de servicio social) concluyó el programa académico correspondiente. En algunos casos, el paciente debe ser canalizado entonces con otro psicólogo. Por este motivo se dispuso que los prestadores del servicio concluyeran el tratamiento con sus pacientes aun cuando hubieran terminado su programa académico. Lo anterior se estableció para mantener continuidad necesaria y que el paciente no se incomodara, desanimara o resistiera a cambios externos, dado que el ambiente de confianza y trabajo generado anteriormente puede verse fracturado, y por los elementos resistenciales y transferenciales que suelen ponerse en juego.

Otro motivo de deserción común referido por los pacientes entrevistados es el horario, ya que en este centro la atención se ofrece en horario matutino (10 a 15 horas). Se hicieron sugerencias por parte de algunos entrevistados de aumentar los horarios de tratamiento, puesto que el 36.84% de los pacientes son estudiantes, y no tienen la oportunidad o les resulta difícil asistir o continuar su tratamiento una vez que comienza el ciclo escolar. Como se mencionó ya, el problema del horario se considera un factor ambiental (Quevedo, 2008). En todo caso, se ha sugerido tener un horario vespertino, situación que depende de acuerdos institucionales que rebasan a los prestadores del servicio social o, de ser posible, abrir el servicio de atención psicológica comunitaria los sábados.

En general, el trabajo realizado dentro del CCAP "Los Volcanes" se considera adecuado para el tratamiento de los motivos por los cuales los pacientes ingresan. Sin embargo, y a la luz de este reporte, el nivel de deserción (bajas) es todavía alto (en 2011 continuó su tratamiento el 18.7% de los pacientes), sobre todo dentro de las primeras sesiones del tratamiento.

Es importante destacar que en el CCAP "Los Volcanes" se conjugan objetivos de tratamiento y entrenamiento profesional de estudiantes en varios niveles de formación, y esto debe considerarse para el planteamiento futuro de objetivos clínicos que incidan en procesos terapéuticos concluidos y evaluados.

Conviene aclarar que no todos los pacientes son tratados con psicoterapia propiamente dicha. En algunos casos se aplica la orientación terapéutica, que implica la posibilidad de apoyar al paciente para comprender mejor los recursos clínicos y la necesidad de resolución de problemas a corto y mediano plazos, así como entender mejor los roles del psicólogo y del paciente y la responsabilidad que tiene en la problemática presentada. Además, debe considerarse cada vez más el uso de la terapia breve, así como los tratamientos y evaluaciones breves, para poder tener decisiones clínicas o propuestas de tratamiento adecuadas al tener un enfoque más claro del problema de tratamiento (Szprachman, 2003).

La deserción es un fenómeno que depende de muchos factores. Algunos son de tipo institucional, otros son profesionales, otros más dependen del tipo de demanda de los pacientes. Los de tipo institucional se vinculan con problemas como los horarios, la ubicación, los espacios, el personal, el ambiente, o el costo (Quevedo, 2008). En este estudio particular, el 11.84% de los pacientes expresaron que su motivo de deserción estaba relacionado con alguno de estos aspectos. La atención recibida fue el factor con mayor peso (el 6.58% de los pacientes dejó el tratamiento por la atención), seguido por el horario (3.95% dejaron su tratamiento por incompatibilidad de horario), asunto que, como se había referido antes, depende de la institución. La ubicación y los espacios no fueron motivo determinante, y el costo sólo afectó a un paciente. Los problemas de tipo profesional pueden relacionarse con el nivel y experiencia de los psicólogos, el proceso de supervisión, la duración del servicio social o las posibilidades de canalización (Quevedo, 2008). Con respecto a este punto, sólo un paciente expresó quejas con respecto a la experiencia de su psicólogo. Otro asunto importante, ya mencionado antes, es lo referente al servicio social, pero sólo el 3.95% de los pacientes terminaron su tratamiento porque su psicólogo finalizó su servicio social. Sin embargo, este aspecto parece estar solucionado. En cuanto a la supervisión, no se mostró ninguna relación con la deserción. Según el motivo de consulta y la demanda clínica, los problemas de deserción pueden vincularse con las expectativas del paciente, el motivo de consulta por sí mismo, las situaciones transferenciales o las resistencias en general (Alcázar, 2007; y

Sanz, 2009). En este caso, sólo un paciente dejó el tratamiento por las expectativas que tenía sobre su psicólogo, y únicamente 3 pacientes no consideraron necesario seguir con el tratamiento.

Las limitaciones identificadas durante la realización de este trabajo fueron la imposibilidad de obtener todos los expedientes de los pacientes que acudieron, particularmente en 2008, incapacidad de obtener la opinión vía telefónica de todos los pacientes que entraban en el criterio de este estudio (pacientes mayores de 12 años que hubieran asistido a cinco o más sesiones de tratamiento psicológico), y la posibilidad de contar tan sólo con pacientes atendidos por prestadores del servicio social.

Se sugiere que para un futuro estudio se considere a todos los pacientes del CCAP, tanto aquéllos atendidos por prestadores de servicio social como los pacientes atendidos por estudiantes de maestría. Esto ayudaría a encontrar motivos de deserción también en niños o en familias, y no sólo en personas que tienen más de 12 años de edad, con el fin de mejorar el servicio en todas las áreas atendidas dentro del CCAP. Además, podría prepararse un cuestionario para que lo respondieran los pacientes al terminar su tratamiento, con el objetivo de conocer con mayor claridad el desempeño del psicólogo y mejorar el servicio a partir de esta retroalimentación, o colocar un buzón de sugerencias sobre la atención que reciben en el centro, para mejorar cuanto sea posible o, de no serlo, por lo menos tenerlo en cuenta.

La experiencia conseguida dentro del CCAP "Los Volcanes" fue de gran ayuda para crecer como profesional en el campo clínico, ya que la supervisión y el trabajo con pacientes permitieron comprender muchas cosas dentro del trabajo real. Entre otras, que cada caso requiere un trato distinto y que las técnicas están al servicio del cliente, es decir, que éstas se acoplan al caso particular, ya que los recursos personales de cada paciente son distintos a los de los demás. Por lo mismo, es importante conocer los puntos de vista de otros psicólogos (prestadores de servicio social, estudiantes de maestría, profesores). También fue posible comprender la importancia del trabajo clínico, puesto que no todo es tan sencillo

como leerlo o tomar una clase, dado que, si bien algunas cosas estudiadas ocurren, lo que en realidad pasa con el paciente suele ser completamente distinto a lo previsto y no se puede experimentar con un caso real. En consecuencia, deberían fomentarse más las prácticas de campo durante la carrera, en virtud de que la experiencia y la confianza adquiridas por la práctica son invaluable, y ayudarían a realizar un mejor servicio porque ya se tendría un camino recorrido. Además, se recomienda a los psicólogos llevar un proceso terapéutico personal, con el fin comprender mejor cómo es el tratamiento desde la vista del paciente, y al conocerse mejor a través de este proceso se reduciría la posibilidad de caer en una contratransferencia con los pacientes.

La supervisión efectuada durante las terapias ayudó a tener varias visiones de un mismo caso, se obtuvo conocimiento de las técnicas para abordar un tema difícil, se generaron más conocimientos teórico-prácticos sobre los temas y situaciones más comunes tratadas dentro del CCAP. Entrar como apoyo de otro terapeuta sirvió para aprender nuevas técnicas de entrevista y tratamiento. De igual modo, se adquiere una dimensión mayor de la importancia de respetar el horario que se tiene con cada paciente, ya que son varios los prestadores dentro del centro, y ayuda a los pacientes a ser más puntuales y puedan aprovechar mejor el tiempo que tienen de tratamiento.

Como prestadores de servicio social, los logros personales fueron los siguientes: aprender a utilizar expedientes en casos clínicos reales; adquirir mayor confianza en sí mismo, ya que al estar frente al primer paciente es difícil controlar los nervios; tener un mejor manejo de los silencios en terapia y utilizar nuevas pruebas psicológicas; comprender y manejar de la manera más profesional posible la transferencia y contratransferencia con los pacientes.

En cuanto a los objetivos de este trabajo, sin duda se cumplieron. En el caso del primer objetivo ("encontrar los motivos por los cuales los pacientes del Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes" dejan de asistir a su tratamiento, como son costos, ubicación, horarios, insatisfacción con el tratamiento, entre otros"), se cumplió dado que se pudieron ubicar de manera más



concreta los motivos por los cuales ocurre la deserción dentro del CCAP, y que entre ellos efectivamente se encuentran los motivos antes mencionados, además del hecho de que se terminara de forma correcta el tratamiento.

En cuanto al segundo objetivo ("Identificar las razones que ofrecen los pacientes en relación a la experiencia de los servicios brindados y el grado de satisfacción con los mismos") se alcanzó porque no se preguntó únicamente el motivo, sino que además se buscó profundizar en el porqué de abandonar el tratamiento, y se preguntó el nivel de satisfacción que tuvo cada uno del servicio brindado por el centro. Este objetivo podría haberse cumplido mejor de haber logrado la entrevista con todos los pacientes dentro de los criterios de inclusión.

En cuanto al tercer objetivo ("hacer propuestas que pueden mantener y mejorar el trabajo realizado hasta ahora en el Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes"), en la sección de Consideraciones finales ya se han hecho las propuestas pertinentes a partir de los resultados obtenidos en este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcázar, R. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental*, 30(5), 55-62.
- Arratia, M. (2007). La efectividad del proceso terapéutico en relación a la retroalimentación y la alianza terapéutica. *Ciencia Psicológica*, 1(2), 1-12.
- Ayala, M. (2007). Análisis y seguimiento de los casos clínicos atendidos en el Centro de Atención Psicológica "Los Volcanes" durante el primer año de atención. México, UNAM.
- Bandura, A. (1990). Some reflections on reflections. *Psychological Inquire*. 1, 121-126.
- Barberá, E. (2002). Marco conceptual e investigación de la motivación humana. *Revista electrónica de la motivación y emoción*. 2(1).
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2005). *Cognitive therapy of depression*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva*. Barcelona, Editorial Gedisa.
- Bellak, L. y Small, L. (1990). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México, Editorial Pax.
- Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A., Tutté, J., Villalba, L. (2004). Guía clínica para la psicoterapia: pautas de tratamiento. *Revista de Psiquiatría de Uruguay*, 68(2), 99-146.
- Botella, L. y Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, Vol.101, 21-33.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida*. Barcelona. Paidós.

Buela-Casal, G., Sierra, J., López, M. y Rodríguez, I. (2001). Habilidades terapéuticas y del terapeuta. En: Rondón, A., Otálora, I. y Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147.

Etchegoyen, H. (2009). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. México, Amorrortu.

Feixas, G. y Miró, T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona, Paidós.

Fernández, J., López, J., Landa, N., Ilescas, C., Lorea, I. y Zarzuela, A (2003). Trastornos de personalidad y abandono terapéutico en pacientes adictos: Resultados en una comunidad terapéutica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 4(2), 271-283.

Fiorini, H. j. (2002). El concepto de foco. *Teoría y técnicas en psicoterapia*. 19, 1-5.

García, A. y Rodríguez, J. (2005). Factores de personalidad en la relación terapéutica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25(96), 29-36.

Ginger, S., y Ginger, A. (1993). *La Gestalt. Una terapia de contacto*. México, Manual Moderno.

Gómez, J. F. (2002). *Psicología de la comunidad*. México, Plaza Valdés.

González, G. y Vargas, V. (2008). *Detección de necesidades y recursos para la salud mental, en un servicio de atención psicológica comunitaria: Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes"*. México, UNAM.

Greenberg, L. S. (2010). Terapia centrada en las emociones: una síntesis clínica. *Medical Trends*. 1, 37-47.

Herrera, P., Fernández, O., Krause, M., Vilches, O., Valdés, N. y Dagnino, P. (2009). Revisión teórica y metodológica de las dificultades en psicoterapia: Propuesta de un modelo ordenador. *Terapia psicológica*, 27(2), 169-179.

Jo, T. y Almas, S. (2002). Abandono del tratamiento en una consulta externa del psiquiatría y psicología clínica. *Revista Electrónica de portalesmédicos.com*. En: Rondón, A., Otálora, I. y Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147.

Krause, M., de la Parra, G., Aristegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben, P., Reyes, L., Altimir, C. y Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos del cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325.

Lazaratou, H, Anagnostopoulos, D. C., Vlassopoulos, M., Tzavara, C. y Zelios, G. (2006). Treatment compliance and early termination of therapy: a comparative study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol. 75, 113-121. En: Quevedo, P. (2008). *Los motivos de deserción de la psicoterapia en pacientes atendidos en un centro comunitarios de apoyo psicológico*. México, UNAM.

Leahy, R. (2003). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. Estados Unidos, Guilford Press.

Martorell, J. L. (1996). *Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos*. Madrid, Pirámide.

Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa. Delimitación clínica*. En: Santibáñez, P., Román, M., Lucero, C., Espinoza, A., Irribarra, D. y Müller, P. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26(1).

Parra, M. (2008). La psicología comunitaria en América Latina. *Revista Electrónica de Psicología Social Poiésis*, No. 15, 1-7.

Perls, F. (1973). *El enfoque gestáltico y testimonios de terapia*. Santiago, Cuatro Vientos.

Perls, F., Goodman, P., y Hefferline, R. F. (2002). *Excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Madrid.

Quevedo, P. (2008). *Los motivos de deserción de la psicoterapia en pacientes atendidos en un centro comunitarios de apoyo psicológico*. México, UNAM.

Rondón, A., Otálora, I. y Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147.

Santibáñez, P., Román, M., Lucero, C., Espinoza, A., Irribarra, D. y Müller, P. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26(1).

Sanz, L. (2009). *Factores que influyen en la eficacia de las psicoterapias*. Recuperado en <http://medicablogs.diariomedico.com/reflepciones/2009/10/26/factores-que-influyen-en-la-eficacia-de-las-psicoterapias/>

Self, R., Oates, P., Pinnock-Hamilton, T. y Leach, C. (2005). The Relationship between social deprivation and unilateral termination (Attrition) from psychotherapy at various stages of the health care pathway. *Psychology and Psychotherapy*, 78(1), 95-11. En: Quevedo, P. (2008). *Los motivos de deserción de la psicoterapia en pacientes atendidos en un centro comunitarios de apoyo psicológico*. México, UNAM.

Schneider, K. (1975). *Psicopatología clínica*. Madrid, Montalvo.

Small, L. (1981). *Psicoterapias breves*. España, Gedisa.

Szprachman, R. (2003). *Terapia breve. Teoría de la técnica*. Buenos Aires, Lugar Editorial.

ANEXO

CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

“LOS VOLCANES”

ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO

Fecha de entrevista: _____
DÍA / MES / AÑO

Antes del seguimiento el entrevistador debe revisar y anotar:

- N. de expediente.
- Nombre del supervisor
- Nombre del psicólogo@ que atendió.
- Fecha de la entrevista inicial

Nombre del entrevistado: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____

Estado civil: _____ Ocupación actual: _____

Entrevista inicial () N. de sesiones () Canalización () Alta ()
Baja ()

Con el motivo de mejorar el servicio que se presta en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”, y para beneficio de la comunidad que solicita este servicio, se le pide que conteste lo más sinceramente posible el siguiente cuestionario.

1. ¿Cómo fue que se enteró del Centro de Atención Psicológica “Los Volcanes”?

- a. Carteles () Familiares ()
- b. Folletos () Amistades ()
- c. Canalización () Iglesia ()
- d. Otros: _____

2. Motivo de consulta por el que solicitó el servicio.

3. Considera que se le dio respuesta a su problema.

SÍ () NO ()

¿Por qué?

4. El tratamiento que recibió en el centro fue:

Muy adecuado () Adecuado () Poco adecuado () Nada adecuado ()

Preguntar sólo en caso de que ya no asista al CAP.

5. Motivo por el cual no continúa asistiendo al CAP.

Fin de tratamiento ()

Baja ()

Canalización ()

Incompatibilidad de horario ()

Costo ()

No lo considero necesario ()

No le agradó la atención ()

Otros: _____

6. De 1 a 10 ¿cómo calificaría la atención psicológica recibida en el Centro "Los Volcanes", donde 1 corresponde a deficiente y 10 representa muy adecuada?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Del siguiente listado califique qué tan adecuadas le fueron cada uno de los siguientes aspectos, por medio de la siguiente escala, donde 0 corresponde a deficiente y 10 a muy adecuada.

_____ 1. El trabajo con su psicolog@.

_____ 2. Horario.

_____ 3. Instalaciones del centro y ubicación del centro.

_____ 4. Cuota.

8. Si presentara algún conflicto en este momento que requiera de atención psicológica, ¿acudiría a este Centro?

SÍ () NO ()

¿Por qué?

9. En el futuro ¿usted recomendaría el Centro de Atención Psicológica "Los Volcanes"?

SÍ () NO ()

¿Por qué?

Aquí concluimos la entrevista; ¿desea agregar, comentar o hacer alguna sugerencia que permita brindar un mejor servicio a la comunidad que asiste al Centro de Atención Psicológica "Los Volcanes"?
