



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**LA IMPORTANCIA DEL SERVICIO SOCIAL EN UN
CENTRO COMUNITARIO PARA FORMACION DE
PROFESIONALES EN PSICOLOGIA CLINICA**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
POLICARPO HERNANDEZ ROBERTO ADRIAN

DIRECTORA:
MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

COMITÉ DE IPSS:
**MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA
MTRA. MARÍA DEL ROSARIO MUÑOZ CEBADA
MTRA. GUADALUPE BEATRIZ SANTAELLA HIDALGO
LIC. DAMARIZ GARCÍA CARRANZA**



**FACULTAD
DE PSICOLOGIA**

MÉXICO, D.F. CIUDAD UNIVERSITARIA, 2014



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-024
2014

M.

TR.

“Poder disfrutar de los recuerdos de la vida es vivir dos veces, este es el perfume del alma y mi alma esta salvo allí, ya que el recuerdo, es del único paraíso del cual no puedo ser expulsado”.

AGRADECIMIENTOS

En un inicio no sabía cómo orientarme hacia lo que quería en la vida y formarme en un futuro como profesional pero esto se logró gracias a la dedicación, constancia y esfuerzo de cada elemento de aprendizaje que me dejaba cada clase, maestros, compañeros, etc.

A mis padres: que me brindaron la oportunidad de tener una formación profesional y por enseñarme a valorar cada esfuerzo que hicieron para que lograra tener una carrera tan linda como lo es la psicología

A mi familia en general tíos, primos, sobrinos, abuelos porque cada huella plasmada fue contemplada bajo su mirada apostándolo todo hacia mi persona ¡Gracias!

A mis amigos: por esas tardes de risas, llantos y locuras que formaron parte de mi ser y que día con día va creciendo este vínculo afectuoso con cada uno de ustedes: *Enrique, Angélica, Oshuma, Andrés, Ángel, Yeni Ramirez, Yuriria, Mónica Camacho, Vanessa, Michell, Margarita, Julio, Valeria, Lucero, Cinthia, Mónica Valencia, Natzalli, Fanny Romero, Karla Vega, Pamela, Alejandra, Adrianita, Paulina, Andrea, Jocelyn, Ana y Fátima, Iñaki.*

A mis amigos del club MDC: por el esfuerzo de mantenernos constantes y que nuestra amistad perdure por siempre. *¡Gracias Leonardo Navarro, Karla, Dulce, Adrián Celia, Rey, Jaime, Héctor, Israel y Yovanne!*

Al grupo de formación en Psicoterapia Gestalt: Elsa, Damaris, Jorge, Yadira, Ángel y Humberto por creer en mí y apoyarme en cada proceso de mi formación.

Al equipo de Servicio Social: Kelda Vargas y Alejandra Carmona que desde un inicio me acobijaron con sus experiencias y su aprendizaje que sirvieron para adquirir conocimiento y crecimiento personal.

A la Mtra. Asunción: por brindarme la oportunidad de abrirme en un campo clínico a nivel vivencial para mi formación ¡Muchas Gracias!

A la Mtra. Rosario: por compartir sus vivencias y experiencias dentro de la Psicología y por haberla conocido desde el inicio de la carrera.

A la Mtra. Guadalupe Santaella por formar parte de este proyecto bajo su supervisión profesional.

A la Mtra. Irma Ruzzek: por brindarme apoyo desde el inicio y hasta el final de cada proyecto con sus consejos y experiencia.

A la Mtra. Blanca Mancilla: Es poco lo que puedo plasmar con tanta emoción y agradecimiento. Por su experiencia, por sus consejos, por su cuidado y constancia, persona dedicada a la docencia y preocupada por la calidad de sus alumnos... ¡Gracias por darme tanto aprendizaje! La quiero mucho.

A Omar García Reyes por tanto aprendizaje a tu lado y por demostrarme que ante tanta obscuridad siempre hay una luz para renacer en tantos proyectos y por formar parte de este y muchos proyectos anteriores no tengo más palabras que agradecer el tiempo que me dedicaste, así como la comprensión de todo este proceso. Sé que por algo pasan las cosas y que parte de esto me hizo cada día más fuerte... ¡Gracias, estaré eternamente agradecido!

A CCAP por darme la oportunidad de formar parte de la comunidad colaborando en todos los proyectos en el bienestar de la población y por la experiencia adquirida.

INDICE

RESUMEN	9
INTRODUCCION	10
1. CONTEXTO LABORAL	13
1.1 Condiciones del inmueble y ubicación del centro.....	15
1.2 Condiciones de funcionamiento en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” (CCAP).....	16
1.3 Objetivo general del Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” (CCAP)	16
1.4 Objetivos específicos de CCAP.....	17
1.5 Servicios que brinda El centro de Atención Psicológica “Los Volcanes” (CCAP).....	17
1.6 Programas de trabajo realizado en el CCAP	18
1.7 Programas académicos actualmente funcionando en CCAP.....	21
1.7.1 Especialización en Intervención Clínica en Adultos y Grupos.....	21
1.7.2 Programa de Escenarios Especializados.....	25
1.7.3 Residencia en psicoterapia infantil.....	26
1.7.4 Residencia en Psicoterapia Familiar.....	28
2. PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL “FORTEALECIMIENTO AL TRABAJO COMUNITARIO”	29
2.1 Objetivo General.....	29
2.2 Objetivos Específicos.....	29
3. IMPORTANCIA DE LA SUPERVISION CLINICA COMO ESPACIO DE FORMACION PROFESIONAL	31
4. SOPORTE TEORICO DEL MARCO PRÁCTICO	35
4.1 PSICOTERAPIA GESTALT.....	35
4.1.1 Surgimiento Histórico.....	36
4.1.2 Objetivos de la Terapia Gestalt.....	39
4.1.3 Características de la Terapia Gestalt.....	42

4.2 TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL (TCC)	43
4.2.1 Surgimiento	
Histórico.....	45
4.2.2 Objetivos de la	
TCC.....	52
4.2.3 Características de la	
TCC.....	52
4.3 PSICOTERAPIA PSICODINAMICA	54
4.3.1 Surgimiento	
Histórico.....	55
4.3.2 Objetivos de la Psicoterapia	
psicodinámica.....	57
4.3.3 Características de la Psicoterapia	
psicodinámica.....	59
4.4 PSICOTERAPIA SISTEMICA	60
4.4.1 Surgimiento	
Histórico.....	61
4.4.2 Objetivos de la Terapia Sistémica	63
4.4.3 Características de la Terapia	
Sistémica.....	66
4.5 LA TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS (TGS)	67
4.5.1 Objetivos de la TGS	71
4.5.2 Postulados Teóricos	72
4.5.3 Teoría General de los Sistemas en Psicología y Psiquiatría	75
4.6 LA TEORIA CIBERNETICA	82
4.6.1 La noción de	
circularidad.....	84
4.6.2 El concepto de	
Información.....	85

4.6.3 Patrón	
/Estructura.....	86
4.6.4 Evolución y	
Proceso.....	87
4.6.5 Objetivos de la	
Cibernética.....	87
4.6.6 Surgimiento	
Histórico.....	88
4.6.7 Postulados	
Teóricos.....	90
4.7 LA TEORIA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA.....	97
4.7.1 Orígenes de la Teoría de la Comunicación Humana.....	98
4.8 TERAPIA BREVE.....	100
4.8.1 Terapia Breve Estratégica.....	102
4.8.2 Origen de la Terapia Breve Estratégica.....	105
4.8.3 Características de la Terapia Breve Estratégica.....	107
5. FORMACIÓN DE RECURSOS Y COMPETENCIAS PARA EL PRESTADOR	
DE SERVICIO SOCIAL EN UN CENTRO COMUNITARIO	109
5.1 Experiencia adquirida como formación profesional.....	111
5.1.2 Principales competencias desarrolladas en CCAP como	
prestador de Servicio Social.....	115
6. CONSIDERACIONES FINALES.....	122
7. REFERENCIAS.....	125

RESUMEN

El presente informe de servicio social tiene como finalidad dar a conocer los aportes del prestador de servicio social en un centro comunitario, denotando las habilidades y el desarrollo profesional como una herramienta básica para el ámbito clínico y que en un centro comunitario el psicólogo en formación sea participe de ello.

Este trabajo surgió ante la necesidad de conocer el desarrollo profesional que va adquiriendo el prestador de servicio social al momento de tener un primer contacto vivencial con usuarios del Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes". Así como el impacto que existe por la alta demanda de pacientes que acuden a requerir ayuda profesional y el papel que juega el psicólogo en formación.

Tomando en cuenta la oportunidad de tener asesoría de las docentes profesionales que forman parte del proceso del desarrollo en un ámbito clínico y que permite afinar habilidades y conocimientos previos como estudiante de psicología.

*Palabras Clave: **Terapia Breve, Servicio Social, Formación Profesional***

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como finalidad describir aspectos importantes en la formación profesional del prestador de servicio social del área clínica de psicología analizando la forma en que se desenvuelve en un centro de atención psicológica comunitaria mediante la observación y el papel que juega dentro del centro durante la prestación de su servicio social, a través de la práctica y la experiencia vivencial, que va adquiriendo con el trabajo clínico con pacientes de una comunidad llamada "Los Volcanes" y sus alrededores.

El Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los volcanes" (CCAP), se encuentra localizado en la calle Volcán Fujiyama esquina con Volcán Cofre de Perote s/n, Colonia Los Volcanes, Delegación Tlalpan, D.F. la fundación de este centro tiene su origen en la preocupación de la población que requería un tipo de atención para la vulnerabilidad que presentaba la colonia y sus alrededores, y finalmente el desarrollo de sus diversos grupos sociales.

De ahí surge la idea de implementar un programa de apoyo a la comunidad con el servicio social que realizan estudiantes de la Facultad de Psicología (UNAM), donde puedan atender a la población y al mismo tiempo obtener herramientas que sirven para la formación profesional que va adquiriendo conforme la experiencia y la ayuda de profesional docente de la psicología clínica.

El CCAP tiene como objetivo proporcionar servicios de asesoría, orientación, psicodiagnóstico y psicoterapia de excelente calidad profesional tanto a nivel individual, como familiar y grupal, atendiendo a población que va de la infantil hasta los adultos mayores. Esto en un clima de confianza, respeto e interés y, además, al alcance de sus posibilidades económicas.

Dentro de las actividades realizadas en el CCAP se encuentran las entrevistas de evaluación, el diagnóstico psicológico, evaluación familiar, psicoterapia breve, intervención en crisis, grupo de padres, grupos de reflexión, talleres, canalización a instituciones y además de psicoterapia de juego para los niños.

El programa de servicio social es clave fundamental para el crecimiento del centro y así mismo el centro lo es para la formación profesional del futuro psicólogo

clínico mediante el Servicio Social, esto implica un apoyo y beneficio mutuo que permite ayudar a la población que lo requiere, al mismo tiempo que el estudiante pueda implementar estrategias de orientación psicológica así como competencias en su desarrollo profesional a través de el apoyo profesional de docentes a cargo del área clínica donde existen supervisiones tanto a nivel individual como a nivel grupal. En dichas supervisiones se revisan los casos de los pacientes, sus principales demandas y además el motivo de consulta y su desarrollo a través de la entrevista, la evaluación, implementación de tratamiento etc.

Con cada caso se procura tener una mirada objetiva por cada docente profesional desde su perspectiva o enfoque de su interés, con el cual de la mano del estudiante se logra el desarrollo del caso a presentar de un paciente y sus principales características que emplean el surgimiento y/o principales demandas que hacen que el caso se vaya delimitando a un principal motivo de consulta en el cual se realiza el trabajo terapéutico.

Partiendo de la premisa antes mencionada este trabajo surge de la importancia del CCAP para el prestador de servicio social y su formación profesional así de las características, habilidades y herramientas que el alumno va adquiriendo a lo largo de trabajo clínico que se realiza en el centro.

A lo largo de mi estancia he podido detectar que esta oportunidad que nos brindan como futuros profesionales del área clínica nos permite llevar la formación por medio del interés, el compromiso que se adquiere a la hora de atender a un paciente en conjunto con la supervisión de los profesionales del área para enriquecer el conocimiento.

No basta con la teoría revisada a lo largo de la carrera, es importante la experiencia que se adquiere y que además permite tener una amplia gama de opciones de aplicación tanto teóricas como prácticas enriquecida por la experiencia de los profesionales que fungen como supervisores a la hora de intervenir en un caso clínico.

En mi estancia como prestador de servicio social es importante mencionar la forma de intervención clínica que se lleva a cabo en CCAP con los pacientes donde

se utiliza la psicoterapia breve con objetivos focalizados con el fin de centrarse en la situación y abordarla de una manera "rápida"; esto se debe a la demanda que existe actualmente con los pacientes que se encuentran en lista de espera.

Los motivos de consulta abarcan diversos problemas de salud mental, tales como: ansiedad depresión, agresividad, problemas de pareja, separación, duelo etc. En muchas ocasiones trabajamos de manera individual con paciente en un rango de edad de entre 12 y 55 años.

Además de esto no hay que dejar de lado el manejo de diferentes enfoques que cada uno de los docentes profesionales del área clínica puede brindar para la formación del prestador de servicio social mediante la experiencia y conocimiento para que sea más nutritivo el abordaje de las necesidades que pueden surgir a partir de las demandas del paciente. Los enfoques van desde la perspectiva cognitivo-conductual, humanista existencial, psicodinámica, sistémica, terapia breve, terapia familiar y terapia grupal.

La forma de intervención en la terapia implica una relación de uno a uno, sobre todo en la búsqueda para penetrar en los orígenes de los problemas que el paciente puede tener o en los propósitos a los que sirve su conducta indeseable.

También se ve la forma de interacción entre terapeuta y el paciente esta herramienta es fundamental para crear un clima de confianza que ayudara a disolver las defensas del paciente al momento de la intervención.

El tipo de psicoterapia que se emplea, está basado en las características de los prestadores de Servicio Social en CCAP quienes se encuentran en formación de la Licenciatura en Psicología.

Es importante conocer el rol del psicólogo clínico para abordar diferentes demandas que presentan los pacientes a lo largo del proceso terapéutico que se tenga con cada uno de ellos, así como tener una flexibilidad de posibilidades para el abordaje de la problemática, ya que esto permitirá fomentar la experiencia y desarrollar habilidades competitivas en el trabajo clínico.

1. CONTEXTO LABORAL

El Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” (CCAP) fue inaugurado el día 26 de noviembre del año 2004, dado un convenio entre la Facultad de Psicología (UNAM), y el Movimiento Popular de los pueblos y Colonias del Sur, A. C. Esto con la finalidad de atender a la población que requería un apoyo psicológico y así poder mejorar su calidad de vida.

Por su ubicación mayoritariamente la población que pide atención psicológica vive en la colonia los Volcanes donde el contexto cultural y socioeconómico, trata de una zona de considerable nivel de vulnerabilidad donde el bajo empleo, carencia de servicios y además de grandes necesidades de atención en cuanto salud mental se refiere son de las principales necesidades que demanda la población en general.

Las principales problemáticas de la población que requiere atención psicológica y por las cuales asistieron al centro son: estrés, ansiedad, depresión, violencia intrafamiliar, trastornos emocionales, además de alcoholismo, drogadicción, problemas de conducta y problemas tanto a nivel familiar como de pareja.

A continuación se mencionara las principales demandas que tiene CCAP en cada uno de sus motivos de consulta (Valenzuela, 2007):

- **Depresión**
- **Problemas escolares**
- **Problemas /comunicación con hijos**
- **Problemas de pareja o Proceso de separación**
- **Autolesiones**
- **Ansiedad**
- **Enuresis**
- **Alcoholismo**
- **Codependencia**
- **Desmotivación laboral**
- **Ideas suicidas**
- **Lenguaje:**

La población de la Colonia "Los Volcanes se ubica, mayoritariamente, en un nivel socioeconómico bajo se les ha dificultado acceder a recibir atención psicológica hasta la creación, por lo tanto el centro comunitario atendido por el personal docente de la Facultad de Psicología (UNAM), lo cual convierte al Centro en un importante apoyo para la población de esta comunidad.

Esto dio origen a este centro que tiene el objetivo de poder brindar un servicio de calidad para toda población que lo requiera, además de proporcionar orientación, información y ayuda a las personas que acuden con la esperanza de mejorar su calidad de vida.

Esta atención se ha extendido a colonias aledañas como: El mirador, San pedro Mártir, Tlalcoligia y otras que colindan con la delegación Tlalpan y sus alrededores), por recibir una atención clínica. Sin embargo, esta atención clínica que se brinda en CCAP no se reduce a esta población, ya que, por lo general, acuden algunas personas de otras delegaciones de la Ciudad de México y El estado de México.

Es importante considerar que CCAP desde sus inicios hasta en la actualidad ha tenido mucha contribución a la comunidad desarrollando la visión y misión que se tiene por objetivo mejorar la calidad del servicio, por lo tanto de acuerdo a (Valenzuela, 2007), menciona al respecto:

Visión:

"Desarrollar un Centro de atención psicológica en la comunidad, con servicios de alto nivel profesional que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes, generando recursos para prevenir y enfrentar necesidades en el campo de la salud mental a nivel individual, familiar y social".

Misión:

"Ofrecer servicios psicológicos de calidad al alcance de la población, en los aspectos de evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de problemas de salud mental, desarrollando actividades relacionadas con atención y solución de

problemas, educación para la salud e investigación clínica comunitaria". (Op.cit, 2007).

1.1 Condiciones del inmueble y ubicación del centro.

El CCAP "Los Volcanes" se encuentra ubicado en la Calle Volcán Cofre de Perote, esquina Volcán Fujiyama s/n, Colonia Los Volcanes, Delegación Tlalpan, en el Distrito Federal.

El inmueble que constituye al centro psicológico consta de tres niveles. En el primer nivel se encuentra un área de cocina, que es utilizado como un espacio para atender psicológicamente a familias, parejas y niños. También en esta planta, se ubica un pequeño patio de acceso, un baño exclusivo para hombres y una pequeña bodega.

En el segundo nivel se encuentra una sala de espera donde los usuarios permanecen mientras se les manda a llamar a su sesión y dos baños exclusivos para mujeres, en el segundo nivel se encuentra el área de recepción donde está la secretaria que brinda información, toma citas etc.

En el mismo nivel se localiza un salón de computo donde se encuentran 2 máquinas que son utilizadas para fines académicos y dos archiveros los cuales contienen parte de los expedientes clínicos de los usuarios, material de apoyo bibliográfico, 3 cubículos medianos donde se le brinda la sesión a cada usuario, con espacio suficiente para la comodidad del paciente y una sala de juntas, que ocupan los psicólogos y personal docente y, finalmente, un tercer nivel del inmueble, donde se encuentra un cubículo equipado para la atención a niños (con juguetes y diversos materiales como hojas, plumines, plastilina, alfombras de fomi, etc.).

1.2. Condiciones de funcionamiento en CCAP

El funcionamiento del CCAP se pueden realizar las siguientes actividades: coordinación general y enlace académico-administrativas, de planeación, prestación de servicios de atención clínica (evaluación, diagnóstico, orientación, psicoterapia, seguimiento, canalización), actividades de supervisión y capacitación.

En dichas actividades participan 4 docentes del área clínica pertenecientes a la Facultad de psicología de la UNAM, 4 supervisores contratados por dicha institución, el equipo de servicio social en turno (generalmente compuesto de cinco u ocho pasantes de la carrera de psicología), estudiantes de la Especialidad en Adultos y Grupos, Residencia en Maestría Infantil y de Familia, programas académicos de dicha Facultad, además de una persona voluntaria o que esté realizando prácticas profesionales.

Una condición particular de este centro, es la de no contar con personal académico adscrito, los docentes que colaboran lo hacen de forma voluntaria y con un horario limitado, por lo que no ha sido fácil establecer proyectos a mediano y largo plazo. El equipo docente lo integran académicas con diferentes especialidades psicoterapéuticas y una amplia experiencia en el trabajo clínico y comunitario. Participan principalmente en la formación de recursos a través de la supervisión del ejercicio profesional de los prestadores de servicio social, voluntarios y estudiantes; aunque también proporcionan en mayor medida, servicios psicoterapéutico especializado (individual, familiar, grupal o de pareja) (Valenzuela, 2007).

1.3 Objetivo general del Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”

El objetivo general en CCAP es contribuir a la formación profesional de estudiantes dedicados a la psicología a través de la participación en actividades preventivas, diagnósticas, de investigación, y psicoterapéuticas, bajo la supervisión de docentes profesionales en el área clínica especializados en las diferentes áreas de competencia, desde diversos enfoques teórico-metodológicos de la Psicología,

que permite la aplicación de los conocimientos adquiridos basados en la solución de necesidades psicológicas en el ámbito comunitario (Valenzuela, 2007).

1.4 Objetivos específicos del CCAP

- Proporcionar servicios psicológicos de evaluación, psicoterapia, orientación, seguimiento, rehabilitación y canalización tanto a nivel individual como familiar y grupal, a los usuarios de la colonia "Volcanes" y zonas aledañas.

- Desarrollar actividades de investigación tendientes a la detección y comprensión de las necesidades de salud, emocionales y psicosociales de la comunidad, para poder participar en su solución mediante las propuestas de intervención más adecuadas.

- Realizar actividades de tipo preventivo que contribuyan al fomento de la salud, a reducir la incidencia de problemas psicológicos y a promover el desarrollo integral de la comunidad buscando su participación activa.

1.5 Servicios que brinda El centro de Atención Psicológica "Los Volcanes" (CCAP)

Los servicios que brinda el centro van a depender de la demanda del usuario y la población a la que van dirigidos, siendo las siguientes actividades las más importantes:

- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| ✓ Entrevistas de valuación | ✓ Grupo de Padres |
| ✓ Diagnostico psicológico | ✓ Grupos de orientación y reflexión |
| ✓ Evaluación Familiar | ✓ Canalización a Instituciones |
| ✓ Psicoterapia Breve | ✓ Talleres |
| ✓ Intervención en crisis | ✓ Conferencias |
| ✓ Psicoterapia de juego | |

1.6 Programas de trabajo en el CCAP

En CCAP el trabajo es constante y dentro del programa que es dedicado a los estudiantes que prestan servicio social en el centro comunitario, así como los alumnos de posgrado y de especialidad se encuentran programas que están en relación con el ámbito clínico y que a continuación serán mencionadas:

Programa clínico-asistencial: Funciona de lunes a sábado de 9 a 15 horas. Es atendido principalmente por estudiantes en servicio social y estudiantes de posgrado de la Facultad de psicología, UNAM, además de 4 profesoras del área de psicología clínica de dicha institución, quienes realizan la labor de supervisión.

Los niños constituyen el grupo con mayor número de solicitudes, pero también se atiende a adolescentes y adultos. La atención incluye entrevistas de evaluación individual y familiar; cuando el caso lo amerita se aplica psicodiagnóstico; orientación individual y familiar; psicoterapia breve, de juego y de intervención en crisis; canalización a otras instituciones, seguimiento de casos, entre otros.

La principal demanda corresponde a problemas de aprendizaje, emocionales y de conducta, diferentes expresiones de violencia y de desintegración familiar, abuso sexual, depresión, trastornos de ansiedad, de carácter; y aunque en menor proporción, alcoholismo y adicción a las drogas, a pesar de su elevado nivel de prevalencia.

Programa de prevención: Algunas actividades de prevención (talleres y conferencias), fueron realizadas a principios de 2005 y que actualmente se llevan a cabo dentro del centro; estos talleres son en relación con temas sobre autoestima, solución de conflictos, comunicación y ciclo vital de la familia, los cuales han surgido como respuesta a necesidades presentadas por los pacientes a nivel individual o familiar.

De igual forma, se han realizado visitas para establecer contacto con instituciones educativas, de salud y con líderes comunitarios, así como la asistencia de algunos eventos culturales y fiestas comunitarias.

Programa de servicio social: Incluye de cuatro a cinco pasantes por cada promoción. El programa requiere por parte de prestadores un alto nivel de responsabilidad y compromiso profesional para desarrollar sus actividades. El centro ofrece un curso de inducción y actualización para el servicio social comunitario con duración de 40 horas.

Por la naturaleza del servicio, el tipo de demanda de los usuarios y las necesidades de intervención, el centro requiere contar con suficientes recursos académicos para llevar a cabo labores de supervisión, actualización y/o capacitación de los estudiantes en servicio. Tanto la capacitación como la supervisión del trabajo de los estudiantes habrán de redundar en beneficio de la población atendida, sin dejar de considerar las limitaciones del programa, la falta de personal académico, las condiciones del inmueble y el nivel de intervención que se puede ofrecer.

En cuanto a la selección y preparación del programa comunitario constituye un importante compromiso. La selección debe de considerar, además de la preparación e interés mostrado por los estudiantes, la necesidad de contar con el espacio de contención que puede proporcionar un proceso psicoterapéutico profesional, que les permita enfrentar de manera adecuada y equilibrada el tipo de problemas que han de atender.

Prácticas profesionales y voluntarios: La práctica profesional sólo podrá desarrollarse a partir de un programa de prácticas supervisadas que se establezca por profesores interesados y sea presentado a la jefatura del centro para planear y organizar las actividades. Los voluntarios además de presentar por escrito y una carta compromiso con el centro y la facultad, deben pasar por una entrevista de selección.

Supervisión clínica: esta actividad es fundamental en el CCAP, se realiza en forma individual para cada caso y semanalmente en forma colectiva para supervisar toda la actividad clínica que realizan los estudiantes. Cuando

es posible la entrevista inicial se lleva a cabo conjuntamente por un maestro y un estudiante, lo cual constituye una importante oportunidad para evaluar, tomar decisiones y realizar asesoría directa. Se llevan a cabo presentaciones de caso que representan interés clínico o bien problemas de diagnóstico o manejo terapéutico.

Docencia Curricular y Extracurricular: Algunas asignaturas teórico-prácticas han solicitado el campo de práctica en CCAP, el cual ha sido facilitado pero tiene limitaciones de espacio. Se cuenta con pocos lugares para la docencia, aunque se considera que buscando la ampliación y reestructuración del inmueble, y además de la organización de la participación dentro del mismo, se puede dar cabida a pequeños grupos de estudiantes, aun así, ha servido de campo para prácticas de entrevista y psicopatología.

A nivel Extracurricular, se han impartido cursos de actualización como parte del programa de formación de recursos para el servicio social comunitario.

Apoyo a la titulación: La jefatura del centro, brinda la oportunidad a los estudiantes que forman parte del equipo de CCAP, por medio de asesorías, de llevar a cabo un proyecto de titulación, mismo que es apoyado por material bibliográfico y continua revisión del mismo.

Investigación: Por lo antes expuesto es muy importante la integración de docentes, así como de programas y proyectos de aquellas áreas académicas que apoyen a la práctica profesional y supervisada, las nuevas formas de titulación, el servicio social, y la metodología de investigación comunitaria. Se busca además establecer mayor coordinación con centros y programas de servicios de la Facultad de psicología, UNAM, y de instituciones para canalizar pacientes con requerimientos de atención, que por su alto nivel de especificidad, no pueden ser atendidos en el CCAP.

Así mismo, se realizan proyectos de investigación, que permita en el estudiante, desarrollar habilidades y competencias en la metodología de la investigación, en diversos campos del ámbito clínico y que, además, permita ampliar el conocimiento sobre la población que acude al CCAP.

1.7) Programas académicos actualmente funcionando en CCAP

El desarrollo profesional que el psicólogo va adquirir mediante la experiencia en CCAP “Los Volcanes” va a depender del tipo de programa al que pertenezca. Así mismo esto va a depender en relación a los intereses académicos y profesionales del estudiante cuando éste elija su opción.

Actualmente, el Centro Psicológico cuenta con los siguientes programas: (Psicología, UNAM, 2013)

- Programa único de Especialización en Psicología-Intervención Clínica en Adultos y Grupos
- Programa de Prácticas en Escenarios Especializados
- Residencia en Psicoterapia Infantil
- Residencia en Psicoterapia Familiar.
- Programa de Servicio Social (“Dinámica Familiar”)
- Programa de Servicio Social (“Fortalecimiento al trabajo Comunitario”)

A continuación se describirá en que consiste cada programa para darle un mayor contexto en el trabajo clínico que se brinda en CCAP

1.7.1) Especialización en Intervención Clínica en Adultos y Grupos

Los modelos de intervención clínica en adultos y grupos abarcan una parte considerable del quehacer profesional del psicólogo clínico; ya que incluyen actividades tradicionalmente reconocidas bajo el rubro de intervención propiamente dicha, que corresponden al tipo remedial o curativo, o de mayor corte asistencial en la atención a problemas psicológicos (psicoterapia breve, apoyo, intervención en crisis entre otras). (Psicología, UNAM, 2013).

Esta opción de formación profesional se fundamenta en modelos teórico-metodológicos que partiendo de concepciones psicológicas amplias en la comprensión del ser humano, han desarrollado propuestas técnicas para la

intervención clínica en adultos y grupos bajo la óptica de las tres modalidades de actividad profesional antes descritas (remedial, preventiva y promocional), bajo diferentes aproximaciones: psicoanalítica, humanista-existencial y sistémica.

Objetivos generales

- Diseñar y desarrollar programas de Intervención clínica en adultos y
- grupos, evaluar antes, durante el proceso y después de una intervención clínica.
- Realizar investigación cuantitativa y cualitativa en esta área, difundir y comunicar el trabajo clínico desarrollado.
- Niveles de atención individual, familiar o grupal, tanto en el ámbito privado como institucional y comunitario.

Perfil de ingreso:

El alumno debe tener las siguientes características para ingresar a este programa:

- Conocimientos sobre los fundamentos teóricos de la disciplina, Incluye además el dominio y la pericia que el egresado debe mostrar en la comprensión y utilización de los diferentes métodos para resolver las demandas planteadas en el campo de aplicación profesional.
- Conocimientos teóricos que permitan la identificación y análisis de los principios básicos y fundamentos metodológicos propios de la psicología y su aplicación en el ámbito clínico.
- Pericia y dominio que el estudiante debe mostrar para seleccionar y aplicar procedimientos e instrumentos psicológicos, así como, para calificar, interpretar y comunicar los resultados derivados de su función profesional.
- Dominio en la aplicación de técnicas para planear, diagnosticar, intervenir e investigar.

- Cada una de estas capacidades tiene un fundamento teórico, habilidades específicas y actitudes para aplicarlas adecuadamente en el campo de acción (consultorio, escuela, reclusorio, centro de salud y otros).
- Dominio y pericia sobre la pertinencia de su práctica profesional en la realidad social.

Perfil intermedio

El estudiante poseerá los conocimientos, procedimientos, habilidades, actitudes y valores para comprender, diagnosticar e intervenir en la satisfacción de necesidades y la solución de problemas del campo clínico.

Duración de los estudios y total de créditos

El plan de estudios propuesto para la Especialización en Intervención Clínica en Adultos y Grupos se cursa en tres semestres y tiene un valor total de 108 créditos; de los cuales 12 créditos son obligatorios, distribuidos en tres actividades académicas que pertenecen al área de Formación Contextual, y 96 son obligatorios entre la oferta formulada de 9 actividades académicas.

Duración de los estudios y total de créditos

El plan de estudios propuesto para la Especialización en Intervención Clínica en Adultos y Grupos se cursa en tres semestres y tiene un valor total de 108 créditos; de los cuales 12 créditos son obligatorios, distribuidos en tres actividades académicas que pertenecen al área de Formación Contextual, y 96 son obligatorios entre la oferta formulada de 9 actividades académicas.

Capacidades específicas:

Para lograr que el profesional en desarrollo pueda emplear las características anteriormente mencionadas debe cubrir como requisito las siguientes capacidades, cabe mencionar que aunque se requieran los requisitos no siempre se puede trabajar con algunos:

- Capacidad para problematizar el objeto de investigación, intervención o diagnóstico: Que implica la construcción de una interpretación lógica de los hechos y elementos que intervienen en la situación de interés.
- Capacidad para desarrollar acciones operativas y estratégicas para la investigación, intervención o diagnóstico/evaluación psicológica.
- Capacidad para regular y coordinar procesos de implementación: Que básicamente el psicólogo tendría que tener regulación y autorregulación de las actividades realizadas en el campo clínico.
- Capacidades comunicativas: comprender los discursos y mensajes orales y escritos desarrollados por otras personas, dentro y fuera de la disciplina, así como la capacidad de expresar ideas, argumentos, juicios y propuestas adecuando el contenido y el lenguaje en sus diversas modalidades, de acuerdo con las características del contexto y de la audiencia.

Esta opción de formación profesional se fundamenta en modelos teórico-metodológicos que partiendo de concepciones psicológicas amplias en la comprensión del ser humano, han desarrollado propuestas técnicas para la intervención clínica en adultos y grupos bajo la óptica de las tres modalidades de actividad profesional (remedial, preventiva y promocional), bajo diferentes aproximaciones: psicoanalítica, humanista-existencial y sistémica. (Óp. Cit).

1.7.2) Programa de Escenarios Especializados

Otro programa que se revisa en CCAP es de manera práctica con estudiantes de la facultad de psicología que actualmente cursan los semestres 5°, 6°, 7° intermedios de la carrera.

Objetivo General:

Que los estudiantes desarrollen las habilidades teórico- práctico en escenarios especializados en el área clínica con la finalidad de iniciar el entrenamiento clínico al observar a pacientes que llegan a CCAP con alguna problemática.

El papel del Responsable del Programa es fundamental pues es el apoyo, guía y modelo para que el practicante desarrolle y consolide las competencias. (Psicología, UNAM, 2013).

Objetivos específicos:

- Capacitar al alumno (a) para realizar conclusiones diagnóstica diferencial e integrar la descripción o información de la personalidad del evaluado (a) con el fin de proponer una intervención.
- Capacitar al estudiante para integrar el expediente clínico de consultantes que presentan necesidades de atención clínica y de la salud promoviendo la toma de decisiones oportunas y la identificación de posibilidades diagnósticas, pronósticas y terapéuticas en el campo profesional.

Con este programa el estudiante podrá desenvolverse y emergerse un poco en el trabajo realizado en el ámbito clínico con la finalidad de afinar sus habilidades y herramientas adquiridas a lo largo de la trayectoria académica.

Con la ayuda de profesionales expertos en el campo clínico, los estudiantes que ingresan al programa podrán ver un panorama amplio en la intervención que se realiza con los pacientes, así como la participación en la

observación, supervisión de los casos donde se exploran más a fondo cada demanda, problemática que podría presentar un paciente.

Actividades del practicante:

- El estudiante debe apoyarse de material bibliográfico para poder ampliar el conocimiento en el ámbito clínico.
- Revisar los expedientes clínicos que se encuentran en CCAP, con la finalidad de poder explorar las diferentes problemáticas que se presentan y poder conocer el trabajo realizado con cada uno.
- Mediante la supervisión clínica, el estudiante podrá enfocarse a los aspectos que se revisan con cada paciente con la finalidad que pueda enriquecerse el conocimiento y pueda emplear algunas técnicas futuras.
- Observación y co-participación en la atención de pacientes
Integración del expediente clínico

Con la ayuda del profesional docente, el estudiante podrá afinar las habilidades aprendidas a lo largo de su trayectoria académica para su formación profesional en el ámbito clínico.

1.7.3) Residencia en psicoterapia infantil

El programa de residencia en psicoterapia infantil actualmente se lleva a cabo en CCAP, donde profesionales del área clínica especializados del programa de posgrado de la Facultad de Psicología llevan a cabo psicoterapia con niños.

Objetivo General:

Formar profesionales competentes en los campos axiológico, metodológico y disciplinar dentro de la psicoterapia de juego infantil, capaces de trabajar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas emocionales "per se" y los asociados a diferentes trastornos que presentan los niños, empleando las teorías y avances más recientes de la psicoterapia infantil.

Objetivos Específicos:

Que los estudiantes sean capaces de trabajar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas emocionales "per se" y los asociados a diferentes trastornos que presentan los niños, empleando las teorías y avances más recientes de la psicoterapia infantil.

Se forman recursos humanos de la más alta calidad con los conocimientos, competencias profesionales y una actitud ética de excelencia, para identificar, solucionar, evaluar e investigar problemas que afectan a la población infantil en su desarrollo psicológico; así como con las competencias que les permitan desarrollarse dentro del ámbito de la docencia presencial, la práctica clínica y la supervisión.

Actividades principales:

- | | |
|---|---|
| ✓ Preconsulta | ✓ Planeación, diseño y desarrollo de Talleres dirigidos a la población infantil y de padres de familia. |
| ✓ Entrevistas de Evaluación | |
| ✓ Juego Diagnóstico | |
| ✓ Psicodiagnóstico | |
| ✓ Programación , Conducción y Evaluación de Procesos de Psicoterapia Infantil | ✓ Supervisión Individual de casos |
| ✓ Trabajo con Padres | ✓ Supervisión colectiva |
| ✓ Referencia Institucional | ✓ Participación en Sesiones bibliográficas del Centro. |

1.7.4) Residencia en Psicoterapia Familiar.

Objetivo General:

Formar profesionales competentes en los campos axiológico, metodológico y disciplinar dentro del enfoque de la terapia familiar, capaces de trabajar en la programación y conducción de procesos de psicoterapia sistémica para la solución de diferentes problemas que presentan familias y parejas que solicitan atención terapéutica, empleando modelos, teorías y avances recientes surgidos del enfoque sistémico.

Actividades principales

- Preconsulta
- Entrevistas de Evaluación
- Psicodiagnóstico
- Programación y Conducción de
- Procesos de Psicoterapia Sistémica.
- Trabajo con Parejas
- Trabajo con Familias
- Supervisión Individual de casos
- Supervisión colectiva
- Participación en sesiones bibliográficas del Centro
- Referencia Institucional

2) PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL “FORTALECIMIENTO AL TRABAJO COMUNITARIO”

Finalmente se profundizara el programa de Servicio Social *“Fortalecimiento al Trabajo Comunitario”* Programa de Prevención e Intervención terapéutica en problemas de Salud mental comunitaria, es la que permite abarcar un poco el contexto del presente trabajo; de esta manera, se describe a continuación, el objetivo del programa de Servicio Social, sus objetivos específicos, así como las actividades en que consiste. El programa de Servicio Social fue desarrollado tomando en cuenta las necesidades de la población y las demandas de servicios de salud, especialmente de salud mental.

Es un programa de gran importancia y los servicios otorgados son de calidad y compromiso.

2.1) Objetivo General:

• Formación profesional de los estudiantes a través de actividades psicoterapéuticas, preventivas y de investigación bajo supervisión y desde diversos enfoques teórico-metodológicos.

2.2) Objetivos Específicos:

- ✓ Formación de recursos profesionales.
- ✓ Ofrecer servicios de evaluación, orientación, psicoterapia, seguimiento y canalización a nivel individual, familiar y grupal.
- ✓ Realizar actividades preventivas y de promoción para contribuir al fomento de la salud mental.
- ✓ Actividades de investigación, detección y comprensión de necesidades de salud emocionales y psicosociales y propuestas de intervención.

El programa de Servicio Social *“Fortalecimiento al Trabajo Comunitario”* Programa de Prevención e Intervención terapéutica en problemas de Salud

mental comunitaria se basa en una justificación teórico- metodológico que consiste en:

- Enfoque Cognitivo-Conductual y Sistémico
- Epidemiología
- Psicología y Salud Mental Comunitaria
- Niveles de Prevención e Intervención
- Psicoterapia Breve
- Intervención en Crisis
- Dinámica y Psicoterapia de Grupos
- Aproximaciones psicodinámicas.

Las actividades del prestador de servicio social son importantes y de gran influencia para el trabajo clínico, estas actividades serán desarrolladas a lo largo de su estancia en CCAP.

- Aplicación de cuestionarios de admisión.
- Entrevista inicial
- Evaluación clínica (aplicación, interpretación e integración de pruebas psicológicas).

Además de estas actividades, el prestador de servicio social tiene que apoyarse de material bibliográfico que es sugerido por las docentes profesionales, programas internos y referencia institucional en caso de canalizar a algún paciente.

También debe apoyarse también de las herramientas y materiales que se ofrecen en CCAP para el desarrollo profesional mediante las cuales va a mejorar la experiencia vivencial del estudiante. Los recursos materiales que se ofrecen son: Pruebas psicológicas, formatos de aplicación, cuestionarios de evaluación, carta compromiso de pacientes.

3. IMPORTANCIA DE LA SUPERVISION CLINICA COMO ESPACIO DE FORMACION PROFESIONAL

Las actividades clínicas que llevan a cabo los prestadores de servicio social comunitario, así como los estudiantes de los programas académicos previamente mencionados, están fundamentadas en un programa de supervisión clínica, característica del CCAP.

El modelo de supervisión en el CCAP surgió en forma paralela al trabajo que se lleva a cabo con niños, adolescentes, adultos, familias y grupos, y como parte del desarrollo de un programa clínico que, para atender problemas y necesidades relacionadas con la salud mental, vincula a la necesidad de formación de recursos profesionales, un proceso de asesoría y supervisión muy estrechas para incrementar la cobertura de personas atendidas, así como optimizar el alcance de la intervención psicoterapéutica que se realiza en un primer nivel de atención clínica.

Como modelo de supervisión se inclina por los métodos de abordaje pedagógico enfocados hacia la teoría y la técnica para que el supervisado logre una integración de las mismas y los centrados en el paciente, donde el diagnóstico y conocimiento sobre el eje transferencia-contra-transferencia fomenta mayor comprensión del contenido de las sesiones. En cuanto al rol relacional del proceso de supervisión, corresponde más al de instructor-terapeuta, entendido como un rol que integra las funciones de alianza terapéutica y pedagógica, lo que permite trabajar sobre el paciente y el supervisado en un espacio de aprendizaje mutuo (op. cit).

La supervisión clínica es una actividad central en el CCAP, la naturaleza del servicio comunitario, el tipo de problemas que buscan atención, las necesidades de intervención clínica, así como los diferentes niveles de formación de los psicólogos, requieren estrecha supervisión y asesoría del trabajo realizado.

Esta actividad se lleva a cabo por ocho psicoterapeutas supervisores del área clínica (académicos de la Facultad de psicología, UNAM) con amplia experiencia profesional y con diversas especialidades en psicoterapia. Cada uno tiene a su cargo a dos o más psicólogos y acude al centro cinco horas a la semana.

Se realiza la supervisión individual en el proceso de evaluación y tratamiento de cada caso particular, así como la supervisión grupal (semanal) para conocer de todos los casos de nuevo ingreso o bien para analizar aquellos que representan dificultades específicas tales como problemas de diagnóstico y manejo terapéutico, y de cuyo análisis, saldrá beneficiado tanto el propio paciente como el grupo de trabajo en su conjunto.

Se lleva a cabo supervisión inicial, durante o inmediatamente después de la o las primeras entrevistas de evaluación clínica del caso, para plantear los objetivos del trabajo clínico (toma de decisiones inmediatas, necesidad de intervención en crisis, orientación o consejo, evaluación psicodiagnóstica posterior, referencia institucional o bien para determinar si el paciente corresponde o no al servicio).

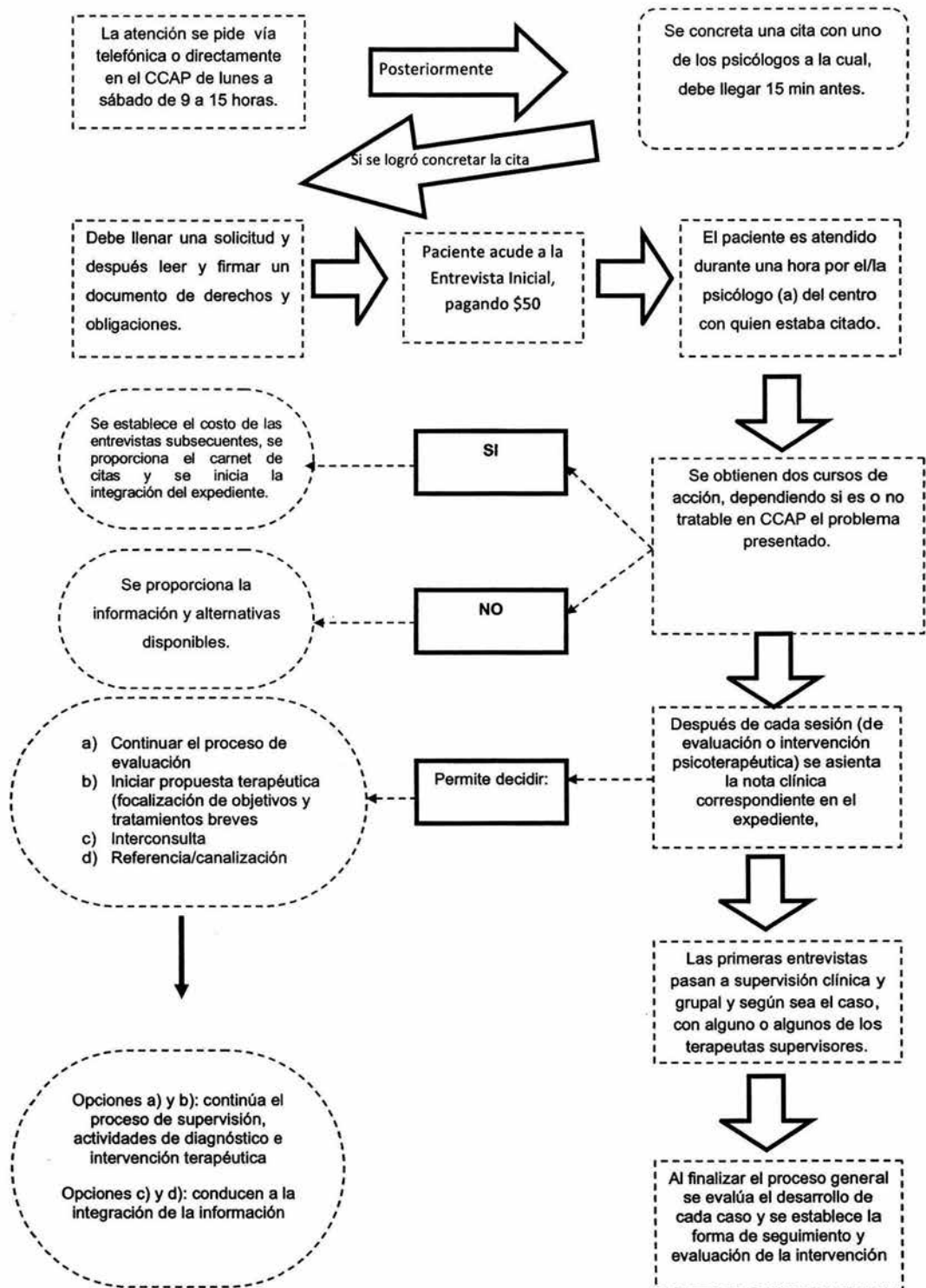
La supervisión subsecuente se refiere a aquella que tiene la finalidad de analizar el desarrollo de las actividades de evaluación, la conducción de procesos psicoterapéuticos y/o la terminación del tratamiento. Puede llevarse a cabo sesión por sesión, si así lo decide el supervisor o lo que requiere el supervisado, o adaptarse a las diferentes etapas o momentos del tratamiento.

Todos los psicólogos del centro participan en presentaciones de casos y en sesiones clínicas y bibliográficas con diversos temas de interés clínico, diagnóstico o psicoterapéutico. Todo esto se apoya en procesos previos de supervisión.

Los diversos niveles de formación y experiencia profesional que concurren en el centro (terapeutas especializados, terapeutas en formación, prestadores de servicio social, voluntarios y estudiantes de semestres básicos), han dado la posibilidad de implementar dos tipos de supervisión en el CCAP:

- 1) **Supervisión cruzada:** cuando dos psicólogos al participar en un mismo proceso de evaluación y/o co-terapia, pueden ofrecer diferentes miradas sobre el caso y ampliar la comprensión integral del mismo.
- 2) **Supervisión en cascada:** cuando la experiencia de trabajo de los psicólogos más avanzados en cuanto a formación y nivel de competencia profesional, redundan en beneficio de los que inician su trabajo en el centro, al participar conjuntamente en diversas actividades de evaluación e intervención clínica; en un principio como observadores no participantes para ir cada vez dando paso a mayores niveles de participación.

Finalmente, el CCAP cuenta con un Fluxograma, es decir, el procedimiento para poder dar atención clínica a paciente de primera vez. A continuación, se describe dicho procedimiento, como lo menciona Valenzuela (2007) que pretenda dar un mejor servicio a la comunidad:



3. SOPORTE TEORICO DEL TRABAJO PRÁCTICO

Actualmente hay muchas aproximaciones para dar cuenta sobre un mismo fenómeno. Dentro del ámbito clínico de la psicología, esto no es la excepción. Sin embargo, algunos de estos enfoques pretenden organizar el conocimiento para dar más eficacia a la acción.

El equipo de profesionales en psicología que labora en CCAP cuenta con experiencia en intervención clínica, donde cada uno de ellos es experto en diferentes enfoques psicológicos para brindar una adecuada atención ante la problemática o demanda del paciente. Cabe mencionar que se pretende enfatizar que cada programa académico, se desarrolla en la clínica bajo enfoques diferentes, encontrándose perspectivas psicológicas tales como: Psicoterapia Gestalt, Psicoterapia Psicodinámica, Enfoque Cognitivo-conductual, Psicoterapia sistémica que encuentra sus fundamentos en La Teoría General de los Sistemas, La teoría cibernética y La teoría de la comunicación, que finalmente desprende la Terapia Breve Estratégica..

Este último enfoque terapéutico fue el puesto en práctica por el presente prestador de servicio social. A continuación, se describen cada uno de los enfoques antes mencionados, haciendo énfasis en la Terapia Breve Estratégica.

4.1 PSICOTERAPIA GESTALT

La Psicoterapia Gestalt, refiere que *"el ser humano no percibe las cosas de modo aislado y desconectado, sino que las organiza durante el proceso perceptual en conjuntos significativos"* (Stanislav, 1994). En esta base teórica abarca la importancia de la reexperienciación aquí y ahora de los conflictos y los traumas, introduciendo conciencia de todos los procesos físicos y emocionales.

El Enfoque Gestáltico (EG) es un enfoque holístico; es decir, que percibe a los objetos, y en especial a los seres vivos, como totalidades. En Gestalt decimos que "el todo es más que la suma de las partes". Todo existe y adquiere un significado al interior de un contexto específico; nada existe por sí solo, aislado (Perls, s. f.).

El EG es esencialmente una forma de vivir la vida con los pies bien puestos en la tierra. No pretende encaminar al individuo por el camino de lo esotérico o de la iluminación. Es un modo de llegar a estar en este mundo en forma plena, libre y abierta; aceptando y responsabilizándonos por lo que somos, sin usar más recursos que apreciar lo obvio, lo que ES (Perls, s. f.).

El EG es en sí mismo un estilo de vida; de allí que sea más adecuado denominarlo "enfoque", que es un término más amplio, en lugar de "terapia", que restringe sus posibilidades de aplicación a lo clínico (op. cit).

4.1.1 Surgimiento Histórico

"Cuando se estableció la Psicología como ciencia en Alemania, de 1870 a 1880, se consideró que su tarea principal consistía en el análisis de la mente en sus elementos básicos. La Psicología de la Gestalt, fundada por Wertheimer, Kohler y Koffka poco antes de la Primera Guerra Mundial, representó una reacción contra aquel punto de vista tradicional de la Psicología antigua. Los gestaltistas en vez de buscar elementos mentales prefirieron estudiar las configuraciones y patrones naturales que aparecen en la experiencia directa. Así mismo, los gestaltistas se opusieron al behaviorismo de Watson, que analiza la conducta partiendo de la dualidad estímulo-respuesta". (Castañedo, 1997a, pp. 41).

En sus inicios gran parte de la Psicología de la Gestalt centró su interés en investigaciones sobre la percepción; más tarde lo extiende a otros campos como el aprendizaje, la conducta social y el pensamiento. Un aspecto fundamental de la Psicología Gestalt consiste en que resulta estéril tratar de comprender los fenómenos por medio del análisis de los elementos que la constituyen, (Castañedo, 1997a) "La palabra Gestalt se refiere a una entidad específica concreta, existente y organizada que posee un modelo o forma

definida. Gestalt significa cómo se perciben en la mente los objetos conocidos en la vida diaria". (Castanedo, 1997a, pp. 44).

La Psicología de la Gestalt es también conocida como Teoría de Campo, debido a que la Gestalt considera que la conducta tiene lugar en un medio ambiente que consiste en un organizado sistema de tensiones y esfuerzos (fuerzas), análogos a los que se dan en un campo gravitacional o en un campo electromagnético. (Castañedo, 1997a).

"Un concepto básico de la Psicología Gestalt es el 'campo psicofísico' que se compone del 'yo' y el 'medio ambiente conductual'. El campo psicofísico determina la conducta, lo que por naturaleza es tanto psicológico como físico. Dentro del campo psicofísico se encuentran los determinantes de las conductas que constituyen el yo y los determinantes externos compuestos del medio ambiente conductual; del yo forma parte mi ropa, mi familia, mi país. (Santacruz et al., 2011).

El medio ambiente conductual refiere a todo lo que es experiencia o conocimientos conscientes; se determina por la distribución de fuerzas en el medio físico o geográfico. Estas fuerzas o estímulos sensoriales actúan sobre los órganos sensoriales; éstos a su vez sobre el sistema nervioso, y de ahí van a la mente". (Castanedo, 1997a, pp. 45).

El enfoque Gestáltico en terapia surge de la obra de Fritz Perls. Perls nació en Berlín en 1893 y muere en Chicago en 1970, de profesión neuropsiquiatra, se inició como psicoanalista luego de su primer análisis con Karen Horney. En la década de los 20 desarrolla su interés por el psicodrama de Moreno y por la Psicología de la Gestalt con el trabajo que realiza junto a Kurt Goldstein y a Lore Possner quien más tarde será su esposa (Laura Perls). Posteriormente es influenciado por el psicoanalista Wilhem Reich. El aporte más importante de Perls al desarrollo de la terapia Gestalt lo realiza durante su permanencia en el Instituto Esalen en Big Sur, California, en los años 60 (Gaines, 1997, en Pizarro, 2001).

La Terapia Gestalt recoge aportes de la psicología Gestalt, del existencialismo, de la fenomenología y del trabajo psicodramático. Los terapeutas que han

desarrollado este enfoque son Fritz y Laura Perls, Isadore Fromm, Jim Sinkin, Erving y Miriam Polster, Joseph Zinker, Joel Latner, Gary Yontef y los chilenos Claudio Naranjo y Adriana Schnake, entre otros. (Pizarro, 2001)

“Kurt Goldstein (1878 – 1967), psiquiatra y neurofisiólogo, puede ser considerado como el primer teórico que extrapola nociones de la Psicología de la Gestalt o ‘de la percepción’ al dominio de la psicoterapia. Demostró que las leyes de la forma implícitas en la Psicología Gestalt tienen validez no sólo en el contexto fisiológico, sino también en el organismo como un todo”. (Kris, 1990, en Gutiérrez, s/a, pp. 24)

Algunos autores vinculados a la Terapia Gestalt consideran que ésta no es el complemento práctico de la Psicología Gestalt, sin embargo, el mismo Perls describe cómo utiliza en su enfoque la premisa básica de la Psicología de la Gestalt: “...es la organización de los hechos, percepciones, conductas, fenómenos y no los elementos individuales de los cuales se componen, lo que los define y les da su significado específico y particular” (Perls, 1997, pp. 10).

“La Terapia Gestalt toma en cuenta el campo bio-psico-social en su totalidad, incluyendo como parte básica la interacción organismo-ambiente”, “de esta forma esta Terapia utiliza variables fisiológicas, sociológicas, cognitivas y motivacionales. Ninguna dimensión relevante se excluye de la teoría básica del enfoque gestáltico”. (Castanedo, 1997a, pp. 32 – 33).

La noción moderna para enfatizar las situaciones de la vida presente o actual del individuo es indiscutiblemente el “ahora”, siendo considerado éste como un concepto funcional que se refiere a conductas ejecutadas en este preciso momento. Situar el acento en lo inmediato, en las experiencias, conduce a una explicación del proceso de cambio.

Castanedo afirma que “Una gran mayoría de terapeutas cree que el cambio ocurre como función del aumento de conocimiento, el insight y la toma de conciencia, difieren entre ellos en cómo se define el conocimiento y qué clase de conocimiento necesita el paciente. La clase de conocimiento que la Terapia Gestalt enseña se refiere a cómo una persona distrae su atención del mundo sensorial de la experiencia inmediata.

El mecanismo con el cual el individuo sustituye el activo aquí y ahora en una situación emocional es un objeto de estudio particular en la experimentación en Terapia Gestalt. Volviendo a darse cuenta de este mecanismo, previamente fuera de la conciencia, la persona sometida a Terapia Gestalt puede llegar a analizar el proceso que sirve de soporte o apoyo a su conducta insatisfecha o inconclusa, de esta forma adquiere la capacidad de incrementar su toma de conciencia en el futuro". (Castanedo, 1997a, pp. 33).

La Terapia Gestalt considera la experimentación, el hacer, el vivir y el sentir, como el eje primario del proceso terapéutico. La Terapia Gestalt es un enfoque experimental en el sentido exacto del término: experi-mental, experimentar en uno mismo, o intentar captar una vivencia del momento actual de la vida por medio de un hecho o hechos.

4.1.2 Objetivos de la Terapia Gestalt.

El objetivo principal de la Terapia Gestáltica es lograr que las personas se desenmascaren frente a los demás, y para conseguirlo tienen que arriesgarse a compartir sobre sí mismos; que experimenten lo presente, tanto en la fantasía como en la realidad, en base a actividades y experimentos vivenciales. (Vázquez, 2010) El trabajo se especializa en explorar el territorio afectivo más que el de las intelectualizaciones (ZIM). Se pretende que los participantes tomen conciencia de su cuerpo y de cada uno de sus sentidos.

La filosofía implícita en las reglas es proporcionarnos medios eficaces para unificar pensamiento y sentimiento. Tienen por designio ayudarnos a sacar a luz las resistencias, a promover una mayor toma de conciencia, a facilitar el proceso de maduración. Se busca también ejercitar la responsabilidad individual, la "semántica de la responsabilidad".

Algunas de estas reglas pueden ser aplicadas como pautas para la terapia individual; sin embargo, su empleo principal se da en la terapia de grupo, en los grupos de encuentro.

De acuerdo con (Vázquez, 2010) las principales reglas son las siguientes:

1. El principio del ahora: Este es uno de los principios más vigorosos y más fecundos de la TG. Con el fin de fomentar la conciencia del ahora, y facilitar así el darse cuenta, sugerimos a la gente que comunique sus experiencias en tiempo presente. La forma más efectiva de reintegrar a la personalidad las experiencias pasadas es traerlas al presente, actualizarlas. Hacer que el sujeto se sitúe allí en fantasía y que haga de cuenta que lo pasado está ocurriendo ahora. Para ello hacemos preguntas como las siguientes: ¿De qué tienes conciencia en este momento? ¿De qué te das cuenta ahora? ¿A qué le tienes miedo ahora? ¿Qué estás evitando actualmente? ¿Cómo te sientes en este momento? ¿Qué deseas?

2. La relación Yo-Tú: Con este principio procuramos expresar la idea de que la verdadera comunicación incluye tanto al receptor como al emisor. Al preguntar ¿A quién le estás diciendo eso? se le obliga al sujeto a enfrentar su renuencia a enviar el mensaje directamente al receptor, al otro. De este modo suele solicitársele al paciente cualquier duda o curiosidad; que le exprese su estado de ánimo o sus desacuerdo, etc.

Se busca que tome conciencia de la diferencia que hay entre "hablarle a" su interlocutor y "hablar" delante de él. ¿En qué medida estás evitando tocarlo con tus palabras? ¿Cómo esta evitación fóbica para el contacto se expresa en tus gestos, en el tono de tu voz, en el rehuir su mirada?

3. Asumir la propiedad del lenguaje y la conducta, o sea, responsabilizarse de lo que se dice y/o se hace. Esto se vincula directamente con el lenguaje personal e impersonal.

Es común que para referirnos a nuestro cuerpo, a nuestras acciones o emociones, utilicemos la 2º ó 3º persona. "Me causas pena" en lugar de "Yo siento pena"; "Mi cuerpo está tenso" en lugar de "Yo estoy tenso", etc. Merced al simple recurso de convertir el lenguaje impersonal en personal aprendemos a identificar mejor la conducta y a asumir la responsabilidad por ella. Como consecuencia, es más probable que el individuo se vea más como un ser activo, que "hace cosas", en lugar de creerse un sujeto pasivo, al que "le

sucedan cosas". Las implicancias para la salud mental y para dejar atrás nuestras "neurosis" son obvias.

4. En Gestalt está prohibido decir "no puedo"; en su lugar se debe decir "no quiero", esto es, ser asertivo. Ello debido a que muchas veces el sujeto se niega a actuar, a experimentar, a entrar en contacto, descalificándose antes de intentarlo siquiera.

No se puede obligar a la persona a hacer algo que no desea, pero sí se le puede exigir responsabilidad, a asumir las consecuencias de su decisión evasiva, para lo cual un honesto "no quiero" es lo más adecuado. Del mismo modo, también deben evitarse o hacer que el paciente se dé cuenta de sus "peros", "por qué", "no sé", etc. Hay que recordar que en el ser humano el lenguaje es uno de los medios de evitación por excelencia: se puede hablar de todo y no entrar en contacto con nada, poner entre nosotros y la realidad una muralla de palabras.

5. El continuum del darse cuenta: El dejar libre paso a las experiencias presentes, sin juzgarlas ni criticarlas, es algo imprescindible para integrar las diversas partes de la personalidad. No buscar grandes descubrimientos en uno mismo, no "empujar el río", sino dejarlo fluir solo, libremente.

6. No murmurar: Toda comunicación, incluso las que se supone son "privadas" o que "no interesan al grupo", debe ventilarse abiertamente en él o en su defecto evitarse. Las murmuraciones, los cuchicheos sobre los demás, las risitas cómplices, son evitaciones, formas de rehuir el contacto, además de faltar el respeto al grupo e ir contra su cohesión al establecer temas "que no le competen" en su presencia. Esta regla tiene por fin el promover sentimientos e impedir la evitación de sentimientos.

7. Traducir las preguntas en afirmaciones; salvo cuando se trata de datos muy concretos. Preguntas como "¿Puedo ir al baño? ¿Me puedo cambiar de sitio? ¿Me puedo ir?", etc., deben ser traducidas como "Quiero ir al baño; Me quiero cambiar de sitio; Me quiero ir". Así, el preguntón asume su responsabilidad y las consecuencias de lo que afirma, en lugar de adoptar una

postura pasiva y de proyectar su responsabilidad en el otro, a fin de que él le dé la autorización.

8. Prestar atención al modo en que se atiende a los demás. ¿A quién le prestamos atención? ¿A quién ignoramos?, etc.

9. No interpretar ni buscar "la causa real" de lo que el otro dice. Simplemente escuchar y darse cuenta de lo que uno siente en función a dicho contacto.

10. Prestar atención a la propia experiencia física, así como a los cambios de postura y gesto de los demás. Compartir con el otro lo que se observa, lo obvio, mediante la fórmula de "ahora me doy cuenta de..."

4.1.3 Características de la Terapia Gestalt.

La terapia Gestalt pretende resolver los conflictos y ambigüedades que provienen de la dificultad para integrar las configuraciones de la personalidad.

Su papel es lograr que el cliente se haga consciente de sus sensaciones significativas hacia sí mismo y hacia su entorno, de suerte que pueda responder plena y razonablemente a cualquier situación. La clave es enfocarse en el "aquí y ahora", no en las experiencias del pasado, y una vez situados en el "aquí y ahora" puede enfrentar conflictos pasados o asuntos inconclusos las llamadas gestalten inconclusas. El cliente es estimulado a discutir sus recuerdos y preocupaciones en tiempo presente, dramatizando conflictos, por ejemplo. A través de éste método el cliente se familiariza con su problema, saca afuera aspectos reprimidos de su personalidad y adopta la posición de un tercer individuo, para analizar con más objetividad el problema.

Al igual que en otras terapias humanistas, la terapia Gestalt asume la tendencia innata a la salud, la integridad y la plena realización de las potencialidades latentes.

De acuerdo con (Lennin, 2008). La Gestalt se compone de 3 características:

- La adopción de una metodología fenomenológica para el análisis y estudio de los fenómenos.
- La elección de un marco teórico que permitiera la formulación de leyes para explicar las relaciones entre el todo y las partes.
- La "apoyatura" en la concepción del funcionamiento del sistema nervioso central.

1) Se le presenta al sujeto una situación estimulante: Se le pide que describa sus experiencias, cómo lo ve, qué ve, etc. Se persiguen las sensaciones del observador.

2) Dos tipos de longitudes: la física y la perceptiva (ilusión óptica): La persona no es un receptor pasivo de estímulos visuales. Aporta sus propios elementos organizativos para concretar el estímulo. La percepción no es un acto universal y común a todos. La percepción depende del contexto y de la experiencia previa del sujeto.

3) Para la Gestalt, la persona posee una capacidad innata para decodificar y percibir los estímulos de exterior en contraposición a los empiristas y estructuralistas que dicen que los estímulos se aprenden. La Gestalt considera que en el cerebro hay ya unas estructuras innatas para las cuales no hace falta experiencia ni aprendizaje.

4.2 TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL

"los procesos cognitivos y su relación con las emociones son mediadores en la perpetuación de la patología. Por tal razón, todo cambio en el sistema cognitivo se trasuntará en sucesivos cambios sintomáticos y conductuales". (Brarda, 2007). Desde esta perspectiva esta clase de psicoterapia va encaminada a la resolución de problemas teniendo una aproximación pragmática.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede definirse actualmente como *"la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente"* (Plaud, 2001). Desde los

momentos iniciales, hace ya cinco décadas, en que la Terapia de Conducta se adhería fuertemente a los principios y teorías del aprendizaje, una larga y compleja evolución se ha dado en esta disciplina, habiéndose ampliando su sustentación teórica más allá de las teorías del condicionamiento, para pasar a considerar en la explicación del comportamiento humano factores y modelos procedentes de otros ámbitos de la psicología (e.g. psicología evolutiva, social, cognitiva, etc.).

Alguno de sus representantes más acreditados han argumentado que la TCC debe considerarse como un conjunto de técnicas eficaces, sin obedecer a ningún modelo terapéutico. Desde un punto de vista fenomenológico, podemos señalar cuatro rasgos obvios de la TCC en la actualidad (Plaud, 2001):

- Primero. La TCC es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. Estas respuestas se han practicado a lo largo de tanto tiempo que se han convertido en hábitos del repertorio comportamental del individuo. Sin embargo, los individuos no siempre conocen el carácter aprendido de sus hábitos y consideran que tienen poco o ningún control sobre ellos. La TCC considera que el individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos.

- Segundo. Al tratarse de un ámbito de mejora de la salud, la TCC cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación cuenta con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo. Aunque en la última época ha crecido el interés por los enfoques transdiagnósticos hacia la psicopatología y el tratamiento, la naturaleza orientada hacia problemas específicos de la TCC ha facilitado su caracterización como una terapia de tiempo limitado.

- Tercero. La TCC tiene en general una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita. La mayor parte de los procedimientos cuentan con módulos educativos, además de la conceptualización inicial del terapeuta sobre el problema y la lógica del tratamiento.

- Cuarto. La TCC posee en esencia un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos. Estas características son herederas de la adopción del conductismo metodológico como principal eje vertebrador de la TCC, y probablemente la seña de identidad más genuina de la TCC actual.

En dicho enfoque busca que el paciente pueda ver otras formas de cambio ante la demanda de su problema. Las herramientas que son de utilidad son las tareas que se le van dejando a lo largo de su proceso terapéutico. Tales tareas son por ejemplo: Controlar los pensamientos automáticos negativos, Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, llevar autoregistros de la conducta en otras, donde el paciente puede ir verificando de qué manera su conducta y pensamientos pueden influir en el medio que lo rodea.

4.2.1 Surgimiento histórico

La psicología de nuestro siglo se ha caracterizado por ser multifacética, en tensión dinámica entre tres poderosas fuerzas en la experiencia humana: hacer, pensar y sentir (Mahoney, 1991).

Para los conductistas la conducta o acción y sus consecuencias determinan la cognición y el efecto: para los cognitivistas el papel central se le da a la cognición, de tal modo que su afirmación esencial es que "como tú piensas tu sientes y actúas". Finalmente, para los teóricos emotivos, el sentimiento es primario y es lo más poderoso.

El estudio de las experiencias privadas de las personas fue uno de los temas centrales de los orígenes de la psicología científica desde, Wundt.

De acuerdo con (Hernández, 2007) dependiendo de la concepción de la ciencia de la psicología ha estado inicialmente considerado como objetivo de investigación científica, luego apartada por el conductismo y, a partir de la segunda mitad de este siglo, se produce lo que muchos han denominado la

revolución cognitiva con el reconocimiento de los procesos cognitivos y la posibilidad del estudio científico.

Los elementos más relevantes que han catalizado el surgimiento y expansión de la terapia cognitivo-conductual en los años 60 han sido: la filosofía griega, especialmente la socrática y epicúrea; el conductismo medicinal, con actores como Tolman y su conducta propositiva; cautela con sus operantes encubiertos y pandura con su aprendizaje social: los estudios de la psicología experimental y social sobretensión, memoria, percepción, etc.; los cuales mostraron como estos procesos psicológicos median la conducta humana y por tanto, es necesario no solo investigarlos si no aplicarlos para el cambio de la conducta humana; el desarrollo de la psicología clínica, con la aplicación de su campo de intervención, con la ampliación de su campo de intervención, el surgimiento de nuevos problemas y la necesidad sentida por muchos autores, es representativo los ejemplos de Ellis y Beck, de desechar modelos inadecuados de la conducta anormal como psicoanálisis, pero sin renunciar a los procesos medicinales, como así el conductismo tradicional, ni renunciar a la verificación empírica de las técnicas de tratamiento.

Al mismo tiempo podemos considerar varios hechos que facilitan la aparición y rápida implantación de las terapias cognitivo-conductuales. (Op.cit).

Primeramente, la complejidad de los problemas de los clientes, la aparición de nuevos trastornos clínicos como consecuencia de una sociedad más compleja. Esto es una de las consecuencias de la adquisición del rol del psicólogo clínico como terapeuta, ampliar su campo de intervención (clínico, comunitario, salud mental, psicología de la salud, infarto-juvenil, vejez, etc.), y solicitarle otros profesionales soluciones a distintos problemas.

En segundo lugar, la dificultad de eliminar, a pesar de la dificultad de su validación empírica, de las intervenciones clínicas aspectos como valores, creencias, verbalizaciones, cogniciones, pensamientos, sentimientos etc. Un clínico puede considerar la posibilidad empírica de tomar o no en consideración estos constructos, la gran mayoría inobservables, pero la realidad nos enseña que están presentes en la intervención, que se usan y que trabaja con ellos a lo

largo de cualquier intervención terapéutica, insistiendo la terapia cognitiva en que estos elementos encubiertos, las cogniciones por ejemplo, son elementos causales de la conducta manifiesta. (Hernández, 2007)

En el tercer lugar, la psicología experimental ha mostrado que muchos de estos constructos que a partir de Watson (1913) y su famosa declaración sobre el objeto y método de estudio de la psicología fueron eliminados como objeto de estudio de la psicología, también puede estudiarse a través de distintas tareas o de las verbalizaciones del sujeto. Con ello se abre la posibilidad de estudiar junto a la conducta manifiesta la conducta encubierta, la mente en sentido popular, aunque esta dicotomía se ha mantenido y se mantendrán durante mucho tiempo al tener una fuerte carga filosófica (Rachlin, 1994). Y en cuarto lugar, la mayor comodidad del clínico de trabajar en un modelo teórico que reconozca la viabilidad de utilizar al mismo nivel, o en distintos niveles, tanto la conducta manifiesta como la encubierta y, dentro de esta, reconocer la utilidad de los pensamientos, sentimientos, creencias, etc.; como causales de la conducta en todas o en alguna ocasión.

En la última razón, quizás, es la que mejor explica el gran auge de las terapias cognitivas-conductuales, dado que la psicología es todavía una ciencia joven de solo 100 años y aún no tiene claramente establecidos sus pilares esenciales, aunque una parte de los mismos hoy ya están claros (ej. procesos de aprendizaje, procesos de atención, retención y memoria; procesos de socialización y desarrollo evolutivo; etc.). Esto explica que haya habido un trasvase de la consideración de ser terapéutica conductual a terapeuta cognitivo-conductual en casi todo, hecho que explica que en la actualidad, siguiendo la encuesta más reciente de los miembros de la Asociación Americana para el Progreso de la Terapia de Conducta (AABT), el 67.4% se consideran de la orientación cognitivo-conductual, el 19.9% conductuales, el 8.7% otros y un 4% cognitivos (The Behavior Therapist, 1994).

Uno de los hechos iniciales más importantes en el surgimiento de las terapias cognitivo-conductuales de la publicación del libro de Ellis (1962) titulado Razón y emoción en psicoterapia, como el artículo de Beck (1963) "Thinking and

depression", que es otro hito precursor del surgimiento de la terapia cognitiva. Años después, a mediados de los 70, se publicaron los primeros manuales sobre las terapias cognitivas-conductuales (Kendall y Hollon, 1979, Mahoney, 1974, Meichenbaum, 1977), el manual de tratamiento de Beck, Shaw y Emery (1979) aplicando la terapia cognitiva de la depresión, produciéndose a partir de ahí su paulatina consolidación. Hoy asistimos a una eclosión de las terapias cognitivo-conductuales.

"Los antecedentes cercanos de las terapias cognitivo-conductuales se asientan en el descontento con el psicoanálisis, la limitación del modelo conductual E-R, la extensión de la psicología clínica en la aplicación de tratamientos psicológicos a problemas cada vez más complejos, y una base filosófica en la que se hace una consideración global del ser humano en la que la conducta, sus pensamientos y sentimientos se consideran al mismo nivel". (Hernández, 2007).

Aunque no todos estarían de acuerdo, Ingram y Scott (1990) indican que todas las terapias cognitivo-conductuales se basan en siete supuestos: (a) Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales más que los eventos per se; (b) El aprendizaje está mediado cognitivamente; (c) La cognición media la disfunción emocional y conductual. Debe ser notado que esta asunción no implica una focalización lineal donde la cognición es primaria, sino más bien que las variables cognitivas están interrelacionadas con las variables afectivas y conductuales y entonces afecta a estas variables (y viceversa); (d) Al menos algunas formas de cognición pueden ser monitorizadas; (e) Al menos algunas formas de cognición pueden ser alteradas; (f) Como un corolario de los números (c), (d), y (e), alterándola cognición podemos cambiar patrones disfuncionales emocionales y conductuales, (g) Ambos métodos de cambio terapéutico, cognitivo y conductual, son deseables y deben ser integrados en la intervención.

A su vez estas tienen como rasgos o características las siguientes: (a) Las variables cognitivas son importantes mecanismos causales.

Esto no implica que no haya también otros significativos mecanismos causales, pero las variables cognitivas son importantes en la constelación de los procesos que licitan el comienzo y curso de un trastorno. (b) A partir de la asunción de que las variables cognitivas se presume que son agentes causales, al menos en algunos métodos y técnicas de la intervención se dirigen específicamente a objetivos cognitivos. (c) Se realiza un análisis funcional de las variables que se mantienen el trastorno, particularmente las variables cognitivas. (d) Las aproximaciones cognitivo-conductuales emplean tácticas terapéuticas tanto cognitivas como conductuales.

Típicamente, sin embargo, cada técnica conductual es dirigida a objetivos cognitivos, tal como es el caso de la aproximación de Beck et al. (1979) a la depresión, en donde emplea la asignación de tareas para casa (elemento conductual) para ayudar a modificar los pensamientos y creencias disfuncionales. (e) Hay un importante énfasis en la verificación empírica. Este énfasis manifestado en dos dominios distintos. El primero es la investigación empírica diseñada para establecer la eficacia de los procedimientos terapéuticos y ayudar a determinar los procesos por los que estos procedimientos funcionan.

El segundo es un énfasis dentro de la actual terapia empleando evaluación objetiva para examinar el proceso terapéutico. Así en el tratamiento de la depresión de Beck se recomienda la utilización de BDI (Inventario de la Depresión de Beck) para ayudar a evaluar objetivamente el rango y grado de los síntomas depresivos del cliente. 6) Las aproximaciones cognitivo-conductuales son habitualmente de tiempo limitado, o al menos no se consideran terapias a largo plazo en el sentido clásico. (f) Las aproximaciones cognitivo-conductuales son empresas colaborativas ("empirismo colaborativo" donde el cliente y la terapia forman una alianza de trabajo para aliviar el pensamiento y conducta disfuncional, (g) Los terapeutas activos y directos más que pasivos y no directos. (h) Las aproximaciones cognitivo-conductuales son educacionales en su naturaleza. Esto es, los clientes deben aceptar la validez del modelo cognitivo-conductual de su trastorno para modificar su conducta y cognición disfuncional.

Un concepto central para la terapia cognitiva es la cognición. Para Beck et al (1979) una cognición es cualquier idea o evento con contenido verbal o gráfico en la corriente de conciencia del sujeto. Las cogniciones se basan en los esquemas desarrollados en experiencias anteriores. Los esquemas serían las actitudes, supuestos o creencias que tiene el sujeto. Por tanto, las cogniciones están supeditadas a estos esquemas.

Sin embargo, ha sido Marzillier (1980) quien ha distinguido tres elementos de la cognición: los eventos cognitivos, los procesos cognitivos y las estructuras cognitivas. Los eventos cognitivos son los pensamientos e imágenes que ocurren en la corriente de la conciencia (Marzillier, 1980), que son identificables, conscientes. Incluiría, por tanto, pensamientos, imágenes y sentimientos. Los procesos cognitivos atañen al modo como transformamos y procesamos los estímulos ambientales (Marzillier, 1980), lo que se supone el modo en que nosotros automática o inconscientemente procesamos la información, incluyendo la atención, adquisición y codificación de la información, mecanismo de búsqueda y almacenamiento, procesos inferenciales y de recuperación. Estos procesos forman las representaciones mentales y los esquemas.

Finalmente, las estructuras cognitivas son características cognitivas generales, como las creencias y actitudes, asunciones tácitas, compromisos y significados, que influyen en la manera habitual de construirse a uno mismo y al mundo (Meichenbaum, 1985).

Las estructuras cognitivas pueden estimarse de un esquema que este implícito u operando a un nivel inconsciente, estando probablemente las estructuras ordenadas jerárquicamente. Los esquemas son organizaciones mentales de experiencia que influyen en el modo como la información es procesada y el modo como la conducta está organizada.

Para la terapia cognitiva es necesario conocer y evaluar principalmente los pensamientos y los tipos de procesos cognitivos que utiliza la persona. Estos, y su modificación, cuando son disfuncionales, van a construir el objetivo de la

terapia, aunque la misma pretende que se den tanto cambios cognitivos como cambios conductuales en el funcionamiento cotidiano del sujeto.

Recientemente, Meichebaum (1993) analiza las tres metáforas que se han utilizado para explicar el rol que las cogniciones juegan para el cambio de la conducta, como son la cognición como una forma de condicionamiento procesamiento de información y construcción narrativa. Esto explica la conceptualización de la cognición desde una perspectiva de condicionamiento, como proceso Homme (1965) o Cautela (1973), a una perspectiva donde se hace el simil de lamente como computador y, la perspectiva más reciente, la constructiva, en la que se entiende que el cliente es un arquitecto y constructor de su ambiente y, por tanto, de su realidad personal y de sus modelos representacionales del mundo.

Existe un gran número de terapias cognitivo-conductuales (cfr. Dobson, 1988; McMullin, 1986) que se han visto reflejadas en una importante aplicación de las mismas a distintos problemas comportamentales, se ha hecho varias clasificaciones de las terapias cognitivo-conductuales. Una de las más influyentes han sido la de Mahoney y Arknoff (1976) quienes las dividieron en tres grandes grupos: terapias de reestructuración cognitiva, terapias de habilidades de afrontamiento para manejar situaciones y terapias de solución de problemas. Dentro de las primeras influyeron la terapia racional-emotiva de Ellis, el entretenimiento autoinstruccional de Meichenbaum, la terapia cognitiva de Beck y la reestructuración racional-sistemática de Goldfried.

Dentro de la terapia de afrontamiento para manejar situaciones el modelado encubierto de Cautela, el entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones de Goldfried, el entrenamiento en manejo de la ansiedad de Suinn y el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum.

Finalmente, dentro de las terapias de solución de problemas influyeron tres: la terapia de solución de problemas de D´Zurilla y Goldfried, la terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure y la ciencia personal de Mahoney.

Posteriormente, Hollon y Beck (1986) han sugerido tres categorías para clasificar las terapias cognitivo-conductuales: las que enfatizan la racionalidad, como la terapia racional emotiva de Ellis; las que enfatizan el empirismo, como la terapia cognitiva de Beck y los procedimientos que enfatizan la repetición, como el entrenamiento en inoculación de estrés.

Más recientemente, Hollon y Beck (1994) apuntan como las más relevantes la terapia racional emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum y la terapia de solución de problemas de D'Zurilla.

De las terapias cognitivas existentes en la actualidad existe un acuerdo generalizado de que las más relevantes, por su actualidad y aplicabilidad clínica (ej. Haaga y Davison, 1999; Dobson y Beck, 1994; Mahoney, 1993) son la terapia racional-emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum y el entrenamiento en solución de problemas de D'Zurilla.

4.2.2 Objetivos de la TCC

El objetivo de una terapia cognitivo-conductual es *“entrenar a los pacientes en habilidades y técnicas que les permitan enfrentarse por sí mismos a los problemas. Se trata de una aproximación terapéutica activa, directiva, limitada en el tiempo y estructurada, dirigida a reducir la sintomatología patológica”* (Kort, 2006). La práctica de la TCC es desafiante para los pacientes dado que han de percibir, asumir y enfrentarse a cambiar hábitos de comportamiento y pensamiento que han sido fusionados durante toda una vida y que, por lo tanto, son difíciles de identificar y modificar.

4.2.3 Características de la TCC

De acuerdo a (Hernández, 2007) las terapias que se denominan cognitivo-conductuales comparten las siguientes características:

- Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en lugar de responder a los acontecimientos mismos.
- El aprendizaje tiene como mediador la cognición.
- La cognición media la emoción y la conducta (actualmente se dice que se interrelaciona la emoción, la cognición y la conducta).
- Algunas formas de cognición pueden evaluarse y registrarse.
- La modificación de la cognición (forma de pensar y de interpretar los acontecimientos). Puede modificar la conducta y la emoción.
- Se utiliza tanto procedimientos cognitivos como conductuales para generar cambios.

En la psicoterapia cognitiva-conductual se considera que la variación y la adaptación se genera una vez producido el cambio cognitivo mediante una serie de intervenciones tanto cognitivas como conductuales, aunque generalmente se trata de una combinación de ambas logrando al final un mantenimiento de la conducta por un reforzamiento cognitivo, emocional y conductual. (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

Es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado (Beck y cols. 1983), y se basa en el supuesto teórico de que la conducta y sus afectos están determinados por el modo de que tiene una persona de estructurar el mundo.

Basado en estos principios las técnicas cognitivas pretenden poner a prueba lo que se ha dado en llamar "falsas creencias" (ideas erróneas, concepto fundado en el contexto, los resultados de la conducta y lo desadaptativo de las mismas para la situación que se está viviendo), enseñando al paciente a realizar las siguientes operaciones (Óp. Cit):

- Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
- Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.

- Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- Sustituir las cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.
- Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que lo predisponen a distorsionar sus experiencias.

La psicoterapia cognitivo-conductual considera los procesos mediadores-pensamientos, percepciones y autoevaluaciones-que determinan las reacciones y conductas de las personas, los analiza y los intenta cambiar a una forma más adaptativa para el momento y las circunstancias.

Vale aclarar que la psicoterapia cognitiva-conductual tiene mucho de metodología científica por cuanto los procesos cognitivos que se realizan y de los cuales se hacen referencia deben tener conductas públicamente observables(antecedentes y consecuentes), siendo definidos sin ambigüedad para poder ponerlos a prueba y modificar algo más tangible (como es la conducta).

4.3 PSICOTERAPIA PSICODINAMICA

De igual manera se trabaja la psicoterapia psicodinámica, donde se emplea un trabajo parecido a la intervención en crisis a pacientes que puedan presentar una situación en la que se tiene que trabajar mediante tareas que se le dejan al paciente y que esto permite una flexibilidad mayor en las actividades durante la sesión. *“la meta no es la reconstrucción de la personalidad, si no el desarrollo de un ciclo benigno de funcionamiento y el mejor manejo de los problemas cotidianos en la vida”*. (Trull, 2003).

En el proceso de la psicoterapia psicodinámica lo que se ofrece es el uso de la transferencia como un medio útil para el terapeuta para conocer si es percibido como útil, competente y activo, además el nivel de actividad debe ser alto tanto en el terapeuta como en el paciente al estar atentos al elemento del tiempo.

También considera *"los fenómenos psíquicos como la resultante de un conflicto entre fuerzas psíquicas opuestas [...] además implica la existencia de una estructura psíquica de la que emanan y en la que se controlan, canalizan y dirigen aquellas fuerzas"* (Díaz, 2007). Por ello, éste enfoque adquiere gran relevancia durante las sesiones con los pacientes, puesto que brinda gran información sobre cómo el paciente ha estructurado su psique y cómo es la dinámica de ésta.

4.3.1 Surgimiento Histórico.

De acuerdo con (Amaris, 2006), la historia de la psicoterapia de duración limitada está íntimamente entremezclada con la historia del psicoanálisis. La mayoría de los análisis dirigidos por Freud en sus primeros años podrían, de acuerdo con los estándares actuales, describirse como definitivamente de corta duración.

No obstante, coincidieron con el cambio de siglo, los tratamientos se amplían a varios meses o varios años. Resulta ver como Freud tiende a disculparse por la duración del análisis, incluso cuando duraba tan solo unos cuantos meses. En 1920, algunos colaboradores de Freud, principalmente Rank y Ferenczi, comienzan a estudiar la posibilidad de acortar el tratamiento analítico de su típica duración de varios años. Sus recomendaciones fueron expuestas en una monografía que aparece a mediados de los años 20. Aunque inicialmente simpatizó con esos esfuerzos, Freud pronto cambió de opinión y los consideró imprudentes.

Los detalles de esos avances han sido descritos por autores como Flegenheimer, Malan, Thompson y no necesitan repetirse. Aunque Ferenczi y Rank plantearon cuestiones acerca del papel pasivo del analista y de otros aspectos teóricos, a su vez reafirmaron las opiniones prevalentes. Además, el propósito del análisis era "revivir completamente la situación edípica en la relación del paciente con el analista, a fin de conducirlo, con la ayuda de la introspección.

En el centro de estas consideraciones, tanto antes como ahora, ha habido preocupaciones teóricas y prácticas. En 1918, Freud estuvo considerando la

forma de que el psicoanálisis fuese accesible a un amplio sector de pacientes; esto es, a personas menos acaudaladas pero que, él pensaba, deberían tener el mismo derecho a los beneficios obtenibles del psicoanálisis. La solución propuesta por él, se expresa en la frase: "el oro puro del análisis (puede ser aleado libremente) con el cobre de la sugestión dirigida". (Un anónimo más reciente apunta que una aleación tiende a ser más fuerte y resistente que el oro puro).

Los primeros intentos de Breuer y Freud de tratar los pacientes histéricos, les llevaron a la teoría de que los sentimientos eran la fuerza conductora en la sintomatología histérica y que sus pacientes sufrían por sus reminiscencias, esto es por los recuerdos traumáticos que acompañaban a los efectos que habían sido reprimidos. Se pensaba que la mejoría resultaría de volver a experimentar esos efectos dolorosos bajo hipnosis. Los trabajos posteriores de Freud llevaban, por supuesto, a una mayor valoración de los conflictos de la infancia y del papel de la sexualidad infantil en la producción de síntomas y problemas que perturban a los pacientes en su vida adulta. Consecuentemente, se abandona la hipnosis como técnica terapéutica y es sustituida por la asociación libre.

El análisis de la transferencia y la resistencia, diseñado para describir la neurosis infantil se convierte en la principal estrategia de la terapia. La búsqueda y reconstrucción de los antecedentes infantiles en la neurosis del paciente eran factores que contribuían en la forma de alargar la duración del psicoanálisis. Todavía se sigue considerando preeminente el volver a experimentar los conflictos de la infancia en presencia del analista. Como señala Thompson, Freud a menudo estuvo in satisfecho con los resultados terapéuticos.

Tal y como aparecen en sus escritos, Freud siempre fue muy conservador a la hora de valorar los resultados terapéuticos del psicoanálisis. Incluso podría decirse que a lo largo de su vida mantuvo una ambivalencia al respecto. En el lado positivo, hablaba con orgullo del psicoanálisis, como primos inter. Pares (comparándolos con otras formas de psicoterapia); en el lado negativo,

recomendaba que el psicoanálisis solo debía ser utilizado como último recurso, criticando su duración, las dificultades que impedían un progreso terapéutico, y el no mantenimiento de los resultados del tratamiento.

También era consciente de que muchos de sus famosos casos no fueron éxito rotundo. Durante su última etapa (particularmente hacia el final de su vida), vio un gran futuro para el psicoanálisis, mas como instrumento de estudio de los procesos intra-psíquicos que como herramienta terapéutica.

4.3.2 *Objetivos de la Psicoterapia Psicodinámica*

De acuerdo con (Mata, s.f) de esta línea de pensamiento, consideramos que el concepto de "mejoría" debe vincularse al grado de modificación dinámico estructural que se produce en el paciente, y en este sentido, la desaparición de los síntomas, la experiencia de mejoría subjetiva y/o la "adaptación" del enfermo a su medio pueden ser términos engañosos para determinar un proceso de auténtica "curación".

Para abordar el planteamiento del tema, debemos establecer en primer lugar los límites de nuestro intento y las ordenadas, dentro de las cuales está programado.

1) Está basado en una concepción psicoanalítica de la personalidad, entendiendo el proceso de maduración como la progresión hacia formas de relación de objeto consideradas como más evolucionadas, dentro de esta metodología.

2) La situación del tratamiento es entendida como un artefacto transitorio, que permite la elaboración de la estructura patológica, pero que, a su vez, tiene que ser resuelta.

3) Los criterios habituales de "remisión" de la enfermedad (desaparición de la sintomatología, sensación de curación y/o <adaptación"), no son considerados como exponentes de un logro positivo, sino en todo caso como índices de una progresión hacia el mismo.

4) La idea de “curación” debe aparecer como una vivencia estable y compartida por los dos miembros de la relación.

5) Entendemos el concepto de “curación” en el sentido de “maduración” de la personalidad, que se hace capaz de asumir su mundo interno y su circunstancia de “otra manera”.

6) Consideramos válidas “curaciones parciales”, que pueden llevar al paciente a posiciones que le permiten evolucionar hacia nuevas posibilidades de forma espontánea. Dichos procesos “parciales” son entendidos siempre como maduraciones estructurales, y no solamente como “remisiones”.

Si bien la metodología psicodinámica en general y el psicoanálisis en particular comenzó siendo un procedimiento terapéutico, las metas planteadas por su metodología rebasan muy ampliamente lo que se puede considerar como una perspectiva de “curación”. Las técnicas psicodinámicas buscan básicamente el logro de objetivos y cambios, que sólo secundariamente son causa de “curación”.

Dentro de esta misma línea de definición, consideramos que el psicoanálisis, en sus verdaderos objetivos, está próximo a las actividades propias de la “enseñanza” y al “aprendizaje”, en el sentido más clásico del término. Entendemos “enseñanza” en su sentido etimológico de “marcar” o “designar”, y “aprendizaje” como las modificaciones que se hacen a partir de la experiencia.

Lo verdaderamente original del método es la incorporación de las vivencias y motivaciones inconscientes a dicho “conocer” o “experimentar”.

Podemos distinguir dos órdenes en los objetivos que la metodología psicodinámica se plantea frente al enfermo: objetivos “mayerúuticos” y objetivos de “curación”.

Damos el nombre de objetivos “mayerúuticos” (Bleger, 1972) a la búsqueda de un enriquecimiento y más amplio desarrollo de la personalidad, con independencia de que ello tenga o no una repercusión en las pautas conductuales del sujeto. El paciente puede considerar su tratamiento como

satisfactorio por haberse producido una mejoría significativa en importantes áreas de su personalidad, sin que por ello haya habido una modificación de las estructuras patológicas.

Se trata en estos casos, de la movilización de nuevas posibilidades del sujeto, de una reevaluación de los síntomas o limitaciones, con el abandono de actitudes reivindicativas, que bloquean la progresión, o del logro de un mayor nivel de autenticidad.

El segundo aspecto que debemos plantearnos son los objetivos de "curación", que, Si bien son habitualmente consecuencia de los objetivos "mayerúuticos", pueden aparecer con una cierta autonomía.

Frente al concepto de "curación", necesitamos plantearnos, como hace referencia (Op, cit) dos preguntas básicas:

- a) ¿Cuánto de curación?, b) ¿Qué clase de curación?

4.3.3 Características de la Psicoterapia Psicodinamica

(Amaris, 2006) refiere que la psicoterapia dinámica no suele ser tan fácil como a veces aparenta, aunque también sería absurdo sugerir lo contrario, solo que sus principios no son difíciles de entender, en la mayoría de los casos, el paciente no alcanza la comprensión de manera espontánea, por eso necesita ayuda del terapeuta, que puede discernir la situación con mayor profundidad. Y no es tan fácil porque el campo de la psicodinámica es una guía traicionera que puede llevarnos por caminos trillados hasta doblar un recodo y quedar nosotros repentinamente sin guía y en total desorientación.

De acuerdo a (Op.cit, 2006), dos de los factores más importantes de la psicoterapia dinámica son:

- Primero: que si los síntomas se pueden datar, es esencial averiguar lo que ocurría en la vida del paciente en ese momento.

- Segundo: que el contenido de los síntomas puede poner sobre la pista los sentimientos ocultos participante.

La psicoterapia dinámica en su máxima expresión se propone llegar, por debajo de la defensa y de la angustia, al sentimiento oculto, para luego reconducirlo del presente a sus orígenes en el pasado, por lo común es la relación con los progenitores. De igual forma procura la comprensión mediante la interpretación, instrumento éste esencialísimo del terapeuta.

Esa comprensión se promueve para que el paciente se vuelva capaz de enfrentar lo que realmente siente, de darse cuenta que no es tan penoso o peligroso como teme y de reelaborarlo dentro de una relación personal; Así terminara por adquirir la aptitud de aplicar sus reales sentimientos en diversas relaciones de manera constructiva, con lo cual su conducta dejara de ser inadecuada.

4.4 PSICOTERAPIA SISTEMICA

La psicoterapia sistémica es *“una nueva forma de realizar terapia cuya intervención es la unidad familiar. A causa del interés por el estudio de la dinámica familiar se comienza a explicar el origen de las patologías del sujeto en relación con el ambiente familiar que se desenvuelve”* (Millán, 2002).

De esta manera, su principal objetivo es la familia tratada como un grupo natural en la que el núcleo de trabajo no es el individuo si no la organización familiar. Dentro de este modelo sistémico la familia es la única fuente donde el profesional obtiene la información del problema que podría presentar un integrante y que influencia tienen los demás para brindar la atención adecuada.

El Modelo Estructural Sistémico es una opción de análisis e intervención terapéutica (no se pretende señalar como la única válida), que provee la oportunidad de estudiar a las familias como sistemas abiertos en los que se establecen ciertas pautas de interacción (estructura familiar) que determinarán la funcionalidad o disfuncionalidad de las relaciones familiares. Desde esta perspectiva el origen de los problemas psicológicos se encuentra en el ámbito familiar, en el núcleo en el que se desarrolla el paciente identificado, de manera

que el análisis de dichos problemas y su tratamiento se realizan a nivel familiar, no individual. (Soria, 2010).

4.4.1 Surgimiento Histórico

Uno de los pilares en donde la Escuela Sistémica se apoya y de donde recibió mayores aportes es del campo de la psicoterapia familiar. La orientación sistémico relacional se desarrolla mediante una compleja serie de estudios, experiencias e investigaciones, efectuadas primeramente en EE.UU. y Gran Bretaña y luego en otros países entre ellos Italia, tomando el nombre genérico de Terapia Familiar (Camacho, 2006).

De acuerdo a Camacho (2006), los estudios de las familias desde la orientación sistémica, comienzan a articularse con la práctica clínica y las investigaciones recién en la década del 50', si bien hubo estudios anteriores que pueden señalarse como precursores, el movimiento cobra fuerza recién en esos años. Comienza a pensarse que las conductas sintomáticas del individuo son el reflejo de una patología familiar más amplia. Se empiezan a formar diferentes tendencias y escuelas, entre los autores ingleses más reconocidos podemos mencionar a Cooper, Laing y Schatzman, y en EE.UU. a autores como Ackerman, Bateson, Boszormenyi-Nagy, Erikson, Framo, Haley, Jackson, Satir, Sluzki y Watzlawick entre otros (Feixas & Miró, 1993).

Recién en las décadas del 60' surge la Terapia Familiar de óptica claramente sistémica, con cierta sistematización de los conceptos fundamentales, y allí podemos ver las tres grandes escuelas tradicionales dentro de la Terapia Sistémica, que son la Escuela de Palo Alto, con Watzlawick y Bateson entre los más reconocidos, la Escuela Estructural cuyo principal representante es Minuchin y la Escuela de Milán con Selvini Palazzoli como su máxima figura (Feixas & Miró, 1993).

Para investigar los patrones de comunicación en la esquizofrenia, Bateson se unió a un grupo de psicoterapeutas y teóricos de la comunicación con objeto de estudiar los mecanismos de la comunicación humana en una colaboración que

duró una década, desde 1952 hasta 1962. Sin duda la aparición de la teoría del doble vínculo (Bateson et al., 1956), fruto del análisis comunicacional de las familias de esquizofrénicos, supuso un hito fundamental en el nacimiento del modelo sistémico de terapia familiar (Feixas & Miró, 1993).

La década del 60' supone un importante desarrollo para el modelo sistémico, en 1962 Jackson y Ackerman fundan la revista *Family Process*, que desde entonces ha sido un órgano de comunicación científica fundamental para el movimiento sistémico. El mismo Jackson crea el MRI, Mental Research Institute de Palo Alto, conjuntamente con Satir y Riskin, en el mismo edificio donde trabajó el grupo original liderado por Bateson. El MRI, fue el primer centro que presentó programas de formación en terapia familiar, al poco tiempo se unieron a este proyecto autores como Watzlawick, Weakland y Sluski (Feixas & Miró, 1993).

Durante la década de los años 60' este centro mantuvo contactos regulares con Erickson, creador de la moderna hipnoterapia y cuyo enfoque popularizó fundamentalmente Haley (1973). Minuchin por esos años, impulsado por Ackerman, inicia un proyecto de investigación con familias de bajo nivel social, en su mayor parte inmigrantes puertorriqueños que estaban en EE.UU. y tenían problemas de delincuencia (Minuchin, 1974; en:). Ello permite el surgimiento de un modelo particular que se conoce como Modelo Estructural.

Hacia finales de la década de los 60', en Europa, comienzan a establecerse diversas líneas de investigación en terapia familiar. En Gran Bretaña, Laing, que había trabajado con familias con algún miembro esquizofrénico, viaja y mantiene contacto con el grupo de Palo Alto e instaura una nueva línea de investigación para consolidar el modelo sistémico en la clínica Tavistock de Londres (Laing & Esterson, 1964, citado por Feixas & Miró, 1993) y posteriormente estos estudios constituyeron los aportes teóricos de la antipsiquiatría.

El mayor aporte hecho al campo de la terapia familiar sistémica desde Europa, corresponde a Italia, en el año 1967, Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, conocidos mundialmente como el Grupo de Milán, ponen en marcha un

centro de investigación en terapia familiar, de amplias repercusiones para el movimiento sistémico. Años después, Cancrini y Andolfi, desarrollarán sendas escuelas de terapia familiar sistémica en Roma. En las décadas posteriores, el movimiento sistémico se expande y comienzan a surgir nuevos enfoques y cuestionamientos principalmente de tipo epistemológico (Feixas & Miró, 1993).

Actualmente además de las escuelas sistémicas clásicas se pueden mencionar a los movimientos constructivistas y narrativistas, quienes en general plantean una actitud menos directiva e intervencionista por parte del terapeuta y una actitud más constructivista, generativista y narrativista (Anderson & Goolishian, 1988; Gergen, 1992; White & Epston, 1993; Schnitman, 1994). Por ejemplo, para Anderson y Goolishian (1988) el cambio en la terapia implica una reconstrucción de la historia que se da a nivel conversacional y se mantiene hasta que se crea una nueva narrativa.

4.4.2 Objetivos de la Terapia Sistémica.

Los objetivos de la terapia reflejan evidentemente la teoría, experiencia y prejuicios del terapeuta. Al momento de definirlos, debemos, ante todo, tener en cuenta los objetivos de los clientes. Éstos podrían estar buscando solamente salir de una crisis y liberarse de eventuales síntomas presentes. O quizás tener la sensación de que el síntoma representa la punta de un iceberg, de “algo que no funciona”, de lo cual no se comprende siquiera su naturaleza. O quizás esta sensación puede aparecer cuando, una vez que ha desaparecido el problema presentado, permanece o se acentúa el estado de ansiedad o de inseguridad. (Boscolo, 2009).

Es posible que algún miembro de la familia desee modificar una situación relacional de la familia, o del trabajo, buscando en la terapia algunos caminos, alguna luz, que le permitan ayudar a cambiar incluso a los otros. Es posible también que uno de los clientes, de manera encubierta, haya solicitado participar en una terapia no por sí mismo, sino para amainar las angustias de un grupo de personas preocupado por un presunto problema (óp. cit).

Es compartido por todos el hecho de que el objetivo prioritario de cualquier cliente, es la eliminación de su estado de malestar, de su sufrimiento.

Como Freud ha observado, cada uno de nosotros vive en el mejor modo posible, en el sentido de buscar evitar la ansiedad. Es evidente que, a medida que la relación terapéutica evoluciona, pueden evolucionar también los objetivos, como en los casos en los cuales, una vez que han desaparecido los síntomas, un miembro de la familia siente, de todos modos, la exigencia de continuar la terapia. Obviamente, las vicisitudes de los objetivos de los clientes se deben relacionar con aquéllos del terapeuta. (Op.cit)

Por ejemplo, de acuerdo con Boscolo y Bertrando (s. f.) un terapeuta breve estratégico o conductista tiene como objetivo exclusivo ayudar al cliente, primero a establecer por sí mismo los objetivos de la terapia y luego a liberarse de los problemas de los cuales desea eximirse en el menor tiempo posible. En los casos en los cuales el terapeuta, en base a sus teorías y sus prejuicios, considera en cambio que la resolución del problema presentado no es el problema principal, sino el inicio de otra cosa que debe ser explorada (y modificada), sus objetivos cambian. Estos terapeutas buscarán crear con los clientes un contexto terapéutico de exploración común y búsqueda en la cual la globalidad de la persona ocupará la posición central. En estos casos, la terapia es por lo general de mayor duración, los síntomas pierden la importancia y son considerados epifenómenos de conflictos internos o relacionales, mientras que asume una importancia mayor la naturaleza de la relación que los clientes tienen consigo mismos y con los otros. En este sentido, cobra relevancia también la relación que se establece entre terapeuta y cliente.

En nuestro modo de trabajar, el objetivo general es crear un contexto relacional de deuterio-aprendizaje, es decir, de aprender a aprender (Bateson, 1972), en el cual los clientes puedan encontrar sus propias soluciones, sus posibles salidas de la dificultad y el sufrimiento. Con este fin, se explora el contexto en el cual viven y en el cual se manifiestan los problemas. Buscamos conocer profundamente el sistema que se ha organizado alrededor del problema (Anderson y cols., 1986), es decir, los eventos, los significados y las acciones que inicialmente se han organizado en torno a ellos y las relaciones con los sistemas significativos (familia, grupo de pares, expertos, etc., incluyendo naturalmente al terapeuta) que contribuyen a la evolución y al

mantenimiento de los problemas. Este trabajo de exploración permite llegar, junto con los clientes, a una definición compartida de los objetivos iniciales, que podrán ser después eventualmente modificados según aquello que surgirá en el transcurso de la terapia.

En los desarrollos de la Teoría Sistémica -usaremos ese término para referirnos a los aspectos teóricos de la escuela Sistémica en Psicología-, si bien existen concepciones y abordajes particulares, hay conceptos básicos comunes que todos los modelos comparten. La principal característica de los mismos es que centran sus objetivos terapéuticos específicamente en la modificación de patrones de interacción entre las personas (Feixas & Miró, 1993).

Los modelos sistémicos recibieron varios aportes de otras disciplinas, principalmente en lo que respecta a sus conceptualizaciones teóricas. Los aportes principales que nutren a los modelos sistémicos y que ya forman parte del corpus teórico de la Sistémica vienen tomados de diversos campos y autores, pero sintéticamente podemos englobarlos en:

- a. La Teoría General de los Sistemas.
- b. La Cibernética.
- c. Los desarrollos de los pragmáticos de la comunicación.
- d. La psicoterapia familiar

Históricamente el desarrollo de los modelos clínicos sistémicos ha estado unido a la evolución de la terapia familiar. Sin embargo, actualmente el campo de aplicación es mucho más amplio y abarca también tratamientos individuales, grupales, de pareja y obviamente también de familias (Hoffman, 1987).

Tomando un punto de vista teórico podemos decir que el concepto básico que sirve para unificar las aportaciones de los distintos enfoques es el concepto de sistema. Si bien este concepto ha sido desvirtuado de su idea y conceptualización original, el aspecto distintivo es que un sistema se define por su oposición al reduccionismo, y pone el énfasis en las propiedades del todo o

en las propiedades metasumativas -el todo es más que la suma de las partes- que resultan de la interacción de los distintos elementos del sistema (Johansen y Bertoglio, 1997).

4.4.3 Características de la TS

De acuerdo a (Boscolo,2009) en el modelo sistémico, en general, los síntomas son entendidos como expresiones disfuncionales del sistema familiar, de modo que el foco de análisis no recaerá solamente en el paciente que tiene el síntoma o problema, sino que abarcará a todo el sistema.

Al paciente que tiene las manifestaciones sintomáticas o el problema concreto se lo denomina paciente identificado. Todas las escuelas ponen especial interés en las conductas y en los patrones de intercambio entre los miembros que componen el sistema, es decir, los integrantes de la familia. Se focaliza en general en las interacciones y pautas repetidas que marcan un estilo de vinculación entre los miembros. La solución de los problemas o síntomas, se encuentran en estrecha vinculación con las relaciones y pautas que establecen los miembros del sistema entre sí, por eso se trabaja fundamentalmente con los patrones disfuncionales de interacción familiar (Feixas & Miró, 1993).

Desde el punto de vista técnico, estos modelos han diseñado una serie de intervenciones específicas que permitieron que estas escuelas se desarrollaran y alcanzaran mucha difusión entre los psicoterapeutas; ya que proporcionaron técnicas creativas, innovadoras y desafiantes que lograron darles herramientas específicas a los profesionales de la salud mental, para el trabajo con pacientes individuales y familias. Los modelos sistémicos representan el marco conceptualmente más provocador y tecnológicamente más innovador de la psicoterapia actual (Feixas & Miró, 1993).

Los tiempos de los tratamientos son considerablemente más cortos comparados con las terapias analíticas, la actitud del terapeuta es activa proponiendo intervenciones y tareas para realizar fuera de la sesión. Habitualmente el leguaje analógico, no verbal, ocupa un lugar importante en el tratamiento.

En los primeros momentos se trabajaba fundamentalmente con toda la familia o el sistema implicado, pero en la actualidad existen modalidades individuales, de pareja y grupales. El enfoque está centrado en el presente fundamentalmente y existió una tradición de no utilizar diagnósticos psiquiátricos clásicos, ya que estos tendían a transformarse.

4.5 LA TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS

En este momento del trabajo escrito conviene que se haga un paréntesis y mencionemos de las teorías que sustentan los diferentes modelos, antes hablados, para brindar una mejor comprensión del lector se explicara en primer lugar del modelo sistémico y las teorías en las que se basa, las cuales son tres a conocer: La Teoría General de los Sistemas (TGS), Teoría de la cibernética, y finalmente La Teoría de la comunicación humana. A continuación se abordarán cada una de estas teorías enfatizando las partes teóricas que convienen y enriquecen al modelo.

La Teoría General de los Sistemas (TGS) describe un nivel de construcción teórico altamente generalizado de las matemáticas puras y las teorías específicas de las disciplinas especializadas y que en estos últimos años han hecho sentir, cada vez más fuerte, la necesidad de un cuerpo sistemático de construcciones teóricas que pueda discutir, analizar y explicar las relaciones generales del mundo empírico (Latorre, 1996).

Esta teoría lo que explora básicamente es el cómo se puede plantear como instrumento para acercarse a la realidad, cualquiera que esta sea. La necesidad de abordar la realidad de forma general y no estudiando sus partes para conocer luego la totalidad.

Iniciando un poco acerca de esta teoría Von Bertalanffy (1920), quien fue conocedor en el campo de la biología, menciona que la teoría de los sistemas se concreta en términos genéricos si este concepto se reemplaza por otros como el de entidades organizadas, las cuales pueden ser: grupos sociales, la personalidad o equipos tecnológicos. "...las propiedades y los modos de acción

de niveles más altos no explican la suma de las propiedades y los modos de acción de sus componentes tomados en forma aislada". (Latorre, 1996).

La publicación de la TGS surge a partir del término de la Segunda Guerra Mundial, donde ya se encontraba estructurada, alrededor de 1947 y se le atribuye a Ludwig von Bertalanffy.

Un poco acerca de la reseña de este personaje es desde sus principios estudiantiles en Viena donde la biología lo formó como profesor e investigador, de ahí proviene su teoría que le brindo un alto prestigio, estas influencias llevan al autor a plantear una explicación científica sobre los "todos" y las "totalidades", que no habían sido objeto de estudio de la ciencia por ser consideradas como cuestiones metafísicas.

Sus objetivos básicamente están centrados en impulsar el desarrollo de los sistemas teóricos aplicables a más de uno de los comportamientos tradicionales del conocimiento. "Sus funciones principales son: 1) investigar el isomorfismo de conceptos, leyes y modelos en varios campos, y fomentar provechosas transferencias de un campo a otro; 2) estimular el desarrollo de los modelos teóricos adecuados en los campos que carecen de ellos; 3) minimizar la repetición de esfuerzos teóricos en diferentes campos; 4) promover la unidad de la ciencia mejorando la comunicación entre especificistas (Bertalanffy, 1896, pp13 y 14).

La teoría trata sobre las totalidades y sobre las interacciones internas y externas de las totalidades con su medio. Por este motivo esta teoría llega a ser una poderosa herramienta que permite la explicación de los fenómenos que ocurren en la realidad, así como la predicción del comportamiento futuro de esa realidad; por lo que resulta de gran aceptación entre la colectividad científica de los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial.

La TGS, se maneja como un área lógico- matemáticas ya que la tarea principal es la formulación y derivación de principios que son aplicables a los "sistemas" en general. Para el autor (Latorre, 1996) la TGS posee tres aspectos principales que no pueden ser separables en contenido si no en intención y que son:

- La ciencia de sistemas o la Teoría Matemática de sistemas: refiere a la exploración científica y a la teoría de los sistemas en diferentes ciencias: (biología, física, psicología y las ciencias sociales).
- La tecnología de Sistemas
- La filosofía de sistemas.

La TGS consiste en la exploración científica de totalidades, a partir de ella han surgido nuevos conceptos, modelos y campos matemáticos y la naturaleza interdisciplinaria y esto permite un posible camino para la unificación de la ciencia. Para Bertalanffy (1976) un "sistema" es "un modelo de naturaleza general, es decir una analogía conceptual de ciertos rasgos universales de entes observados".

Otro concepto que maneja el autor es el sistema manejado por un complejo de "elementos" que pueden establecerse tres tipos de distinción, a saber: (1) de acuerdo a su número; (2) de acuerdo con sus especies; (3) de acuerdo con las relaciones entre elementos. En los casos (1) y (2), el complejo puede ser comprendido como suma de elementos considerados aisladamente. En el caso (3), no solo hay que conocer los elementos, sino también las relaciones entre ellos.

También se puede decir que las características sumativas de un elemento son aquellas que son las mismas dentro y fuera del complejo; se obtienen, pues, por suma de características y comportamiento de elementos tal como son aislados. Las características constitutivas son las que dependen de las relaciones específicas que se dan dentro del complejo; para entender tales características tenemos, por tanto, que conocer no solo las partes sino también las relaciones.

En forma más clara y desarrollada, la TGS habría de tener naturaleza axiomática; esto es, a partir de la noción de "sistema" y un conjunto adecuado de axiomas se deducirían proposiciones que expresan sus propiedades y principios de sistemas.

Un sistema puede ser definido como un complejo de elementos interactuantes. Interacción significa que elementos, p , están en relaciones, R , de suerte que el comportamiento de un elemento p en R es diferente de su comportamiento en otra relación R' . Si los comportamientos en R y R' no difieren, no hay interacción, y los elementos se comportan independientemente con respecto a las relaciones R y R' . Es posible definir matemáticamente un sistema de varias maneras.

Un ejemplo que se menciona en dicho texto de Bertalanffy (1973), refiere a lo siguiente un sistema de ecuaciones diferenciales simultaneas. Denotando por Q_i alguna magnitud de elementos p_i ($i= 1,2,\dots n$), para un numero finito de elementos y en el caso más sencillo, las ecuaciones tendrán la forma tal que el cambio de cualquier magnitud Q_i es función de todas las Q , de Q_1 a Q_n ; a la inversa, el cambio en todas las demás magnitudes y en el sistema en conjunto.

La naturaleza interdisciplinaria de la Teoría General de los Sistemas es a partir de disciplinas que a continuación serán mencionadas:

- Tecnología de sistemas: se entiende por los problemas que se dan en la relación entre la tecnología y la sociedad moderna y que incluyendo tanto el "hardware" (tecnología de control, automatización, computación) y el "software" es decir la aplicación de los conceptos de sistemas en problemas sociales, ecológicos y económicos.
- La filosofía de sistemas: se ocupa de "... la reorientación del pensamiento y la visión del mundo que se genera con la introducción del "sistema" como un nuevo paradigma científico en contraste con el paradigma analítico, mecanicista y de casualidad lineal de la ciencia clásica". (Latorre, 1996).
- La analogía de sistemas: se ocupa de los que se entiende como "sistema" y como se entienden los sistemas en los diferentes niveles del mundo de la observación. "Por lo tanto un objeto (sistema) es definible solo por su cohesión en el sentido amplio, es decir, la interacción de sus elementos componentes". (Óp., cit).

- La epistemología de sistemas: Los modelos matemáticos y los técnicos requieren de nuevas categorías de análisis. “la percepción no es un reflejo de las “cosas reales” (cualquiera que sea su estado metafísico), y el conocimiento no es una simple aproximación a la “verdad” o a la “realidad” (Op.cit). Es puramente una interacción entre el conocedor y el conocido y por lo tanto dependiente de una multiplicidad de factores de naturaleza biológica, psicológica, cultural y lingüística.

La TGS es como se ha enfatizado, un amplio modelo de ciertos aspectos generales de la realidad. Pero como lo maneja el autor también es una forma de ver las cosas que antes fueron menospreciadas o dejadas de lado, y en este sentido es una máxima metodológica.

4.5.1 Objetivos de la TGS

A pesar de su creador antes mencionado se tenía muy claro para que postular la TGS, otros autores no dejan de proponer objetivos más particulares y específicos, según (Johansen, 1986), *“los objetivos de la Teoría General de los Sistemas pueden ser fijados a diferentes grados de ambición y de confianza. A un nivel de ambición bajo, pero con un alto grado de confianza, su propósito sería descubrir las similitudes o isomorfismos en las construcciones teóricas de las diferentes disciplinas cuando estas existen, y desarrollar modelos teóricos que tengan aplicación al menos en dos campos diferentes de estudio”*. A un nivel de ambición, pero, quizás, con un grado de confianza menor, se esperaría desarrollar algo parecido a un “espectro” de teorías, un sistema de sistemas que pueda llevar a cabo la función de una Gestalt en las construcciones teóricas. Este espectro o Gestalt ha tenido gran valor al dirigir las investigaciones hacia los vacíos que ellos revelan (op. Cit. p.21).

Bajo las consideraciones anteriores, la TGS es un ejemplo de perspectiva científica (Arnold & Rodríguez, 1990). En sus distinciones conceptuales no hay explicaciones o relaciones con contenidos preestablecidos, pero sí con arreglo a ellas podemos dirigir nuestra observación, haciéndola operar en contextos reconocibles.

Los objetivos originales de la Teoría General de Sistemas son los siguientes:

- Impulsar el desarrollo de una terminología general que permita describir las características, funciones y comportamientos sistémicos.
- Desarrollar un conjunto de leyes aplicables a todos estos comportamientos y, por último,
- Promover una formalización (matemática) de estas leyes.

4.5.2 Postulados Teóricos

La Teoría General de Sistemas adquirió su derecho a vivir al término de la segunda guerra mundial, este derecho se ha ido profundizando cada vez más, y hoy día se encuentra sólidamente asentado y acogido por el mundo científico actual. Este trabajo fue aceptado y apoyado por los trabajos que otros científicos realizaban y publicaban en esa época y que se relacionan estrechamente con los sistemas.

La TGS a través del análisis de las totalidades y las interacciones internas de estas y las externas con su medio, es en la actualidad una poderosa herramienta que permite la explicación de los fenómenos que se suceden en la realidad y también hace posible la predicción de la conducta futura de esa realidad. *“Desde el punto de vista, la realidad es única, y es una totalidad que se comporta de acuerdo a una determinada conducta”* (Johansen, 1986). Por lo tanto la TGS al abordar esa totalidad debe llevar consigo una visión integral y total.

Los objetos son las partes del sistema, que en la mayoría se refieren a entidades físicas, por ej. Átomos, neuronas, personas, etc..., los atributos son las propiedades o características que tienen los objetos, ya sean físicos o abstractos. Al respecto, Bertalanffy (op.cit.p.110) señala que los teóricos de sistemas, coinciden en que el concepto de “sistemas”, no está limitado a

entidades materiales sino que puede aplicarse a cualquier "todo" que consista en "componentes" que interactúan.

Pero a nuestro juicio, es necesario disponer de mecanismos interdisciplinarios, ya que de acuerdo con el enfoque reduccionista con que se ha desarrollado el saber científico, la realidad ha sido dividida y sus partes han sido explicadas por diferentes creencias; *"es como si la realidad, tomada de un sistema, hubiese sido dividida en un cierto número de subsistemas (independientes, interdependientes, traslapados etc.)"* (Johansen, 1986). Y por lo tanto cada uno de ellos hubiese pasado a constituir la unidad de análisis de una determinada rama del saber humano.

Así, la TGS es un corte horizontal que pasa a través de todos los diferentes campos del saber humano, para explicar y predecir la conducta de la realidad. Actualmente los avances en esta teoría se enfocan, justamente a la identificación de esos principios que tienden a igualar ciertos aspectos o conductas de los diferentes sistemas en que podemos clasificar la realidad. Si bien es cierto la TGS es un enfoque disciplinario, y por lo tanto, aplicable a cualquier sistema tanto natural como artificial.

Otro aspecto que sería relacionado con lo que sería un sistema, es el de sistemas abiertos y cerrados. Al referirse a los sistemas biológicos abiertos, Bertalanffy señala que "los organismos vivos son el fondo sistemas abiertos, es decir sistemas que intercambian materia con el medio circundante" (1986, p.32), mientras que los sistemas cerrados que no efectúan ningún tipo de intercambio con su medio ambiente.

Forrester (en: Johansen, 1986) define al sistema cerrado, como aquel cuya corriente de salida, es decir su producto final, modifica su corriente de entrada, es decir sus insumos, debido a que se encuentra interconectado, alimentándose a sí mismo. De esta forma puede decirse que el sistema cerrado no intercambia información ni energía con su medio, manteniéndose de cierta forma aislada; mientras que el sistema abierto, importa y exporta información y energía con su medio circundante.

Otro concepto que es importante definir es el sistema relacional, término empleado más específicamente dentro de la terapia familiar por que supera y articula entre si los diversos componentes individuales. Se entiende por el *sistema relacional*:

.... *"al conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades; este va seguido de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada, y así sucesivamente"* (Parsons y Bales, 1955; en: Andolfi, 1985).

Para Bertalanffy (op.cit) todo organismo es un sistema o sea un orden dinámico de partes y procesos entre los que ejercen interacciones reciprocas esta definición sirve perfectamente a los terapeutas familiares para comparar lo que podría entenderse por familia. Diciendo que el grupo familiar es:

"un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamientos y por funciones dinámicas en constante interacción entre si y en constante intercambio con el exterior" (Andolfi, 1985, p.18).

Otro principio teórico de gran utilidad en la TGS, empleado para explicar la realidad, fue el de *recursividad*; que nos permite entender como un sistema se vincula verticalmente con otros sistemas, tanto mayores como menores, siendo los primeros suprasistemas y los segundos subsistemas.

El concepto de orden jerárquico implica una diferenciación progresiva en los sistemas, que va de lo más simple a lo más complejo. Es posible enunciar principios de orden jerárquico en lenguaje verbal (Koester, 1967, en Johansen, 1986), en las matemáticas (Simón, 1990) en la teoría de las gráficas. La cuestión del orden jerárquico se relaciona con conceptos como evolución, diferenciación, organización, etc. Y siempre se refiere a estados de menor complejidad que evolucionan a estados más complejos a través de formaciones estructurales diferenciadas y la acumulación de un mayor número de elementos.

El enfoque de sistemas permite estudiar tanto un organismo como individuo simple, o a una noción como totalidad, lo que significa que se toma en cuenta el contexto más amplio en el que ocurre la conducta, el evento o la situación. De esta forma la conducta de sistemas abiertos y complejos como es el comportamiento del sujeto humano, puede ser entendida como adecuada, simplemente ampliando el foco, para integrarla a la totalidad de la cual esa conducta forma parte.

Resumiendo, se puede decir que dentro de la TGS existen fundamentalmente tres tipos de conceptos teóricos utilizados para describir y explicar los sistemas. El primer grupo se refiere a la clasificación y descripción (sistemas abiertos y cerrados, orgánicos e inorgánicos, sistemas jerárquicos, subsistemas, suprasistemas, etc.). En el segundo grupo caen los conceptos de regulación y mantenimiento (conceptos de límites, equilibrio: estable e inestable, homeostasis, entropía negativa, feedback, input y out-put, etc.). El tercer tipo de conceptos se refieren a la dinámica que lleva al cambio o a la desintegración de los sistemas (adaptación, aprendizaje, coevolucion, ciclo vital, crisis, entropía positiva, etc.). Si bien el conocimiento y el entendimiento de los conceptos son básicos para la reestructuración de la teoría sistémica, se requiere además una fundamentación sólida que le dé carácter de nuevo paradigma, al respecto.

4.5.3 Teoría general de los sistemas en psicología y psiquiatría

El concepto de "sistema", ha adquirido creciente importancia en psicología y psicopatología. Numerosas investigaciones se han referido a la teoría general de los sistemas o a alguna parte de ella (p. ej. F. Allport, 1955; G.W. Allport, 1960; Anderson, 1957; Arieti, 1962; Brunswik, 1956; Bühler, 1959; Krech, 1950; Lennard y Bernstein, 1960; Menninger, 1957; Menninger et al., 1958; Miller, 1955; Pumpian- Mindlin, 1959, Syz, 1963). Gordon W. Allport concluyó la reedición de su libro clásico (1961) con <<La personalidad como sistema>>; Karl Menninger (1963) fundó su sistema de psiquiatría en la teoría general de los sistemas y la biología organísmica; Repaport (1960) llegó a hablar de <<la

popularidad- que parece una epidemia- de los sistemas abiertos en psicología>> (p.144).

La psicología que era utilizada en Estados Unidos durante la primera mitad de este siglo estuvo dominada por el concepto de organismo reactivo o, de modo más impresionante, por el modelo del hombre convertido en robot. De acuerdo con destacado teórico de la personalidad:

Los postulados de la psicología del robot han sido muy criticados; el concepto del hombre como robot era a la vez expresión y poderosa fuerza motriz de una sociedad de masas industrializada. Servía de base a la ingeniería del comportamiento en la publicidad y la propaganda comercial, económica, política, etc.; la economía en expansión de la <<Sociedad opulenta>> no podía subsistir sin tales manejos. Solo manipulando cada vez más a los humanos como a ratas skinnerianas, como a robot, autómatas compradores, conformistas y oportunistas homeostáticamente ajustados, seguiría esta gran sociedad progresando hacia productos nacionales brutos cada vez mayores.

La sociedad moderna ofreció un experimento de psicología manipuladora en gran escala. Si sus principios fueran correctos, las condiciones de tensión y stress deberían tender a incrementar los trastornos mentales.

Así a la psicología tanto teórica como aplicada la invadió el malestar con respecto a sus principios básicos. Esta incomodidad, así como la inclinación a una nueva orientación, se expresó de muchas maneras, tales como las varias escuelas neofreudianas, la psicología del yo, las teorías de la personalidad (Murray, Allport), la aceptación retrasada de la psicología europea del desarrollo y del niño (Piaget, Werner, Charlotte Büheler), el new look en percepción, autorrealización (Goldstein, Maslow), la terapia centrada en el cliente (Rogers), las actitudes fenomenológicas y existenciales, los conceptos sociológicos del hombre (Sorokin, 1963), y otros

Existe un principio dentro de la variedad de corrientes modernas este es común: no considerar al hombre como autómata reactivo o robot sino como un sistema activo de personalidad. La principal razón de interés en la teoría

general de los sistemas parece residir, pues, en la esperanza de que contribuye a elaborar un armazón conceptual más adecuado para la psicología normal y patológica.

➤ **Conceptos de sistemas en psicopatología**

La teoría general de los sistemas se arraiga en la concepción orgánismica en biología. Esto lo desarrollo en el continente europeo el presente autor (1928^a) en la tercera década del siglo, paralelamente a trabajos en los países anglosajones (Whitehead, Woodger, Coghill y otros) y sobre la teoría de la Gestalt (W. Köhler). Es interesante notar que Eugen Bleuler (1931) siguió con simpatía los primeros pasos de esta evolución.

➤ **Organismo y Personalidad**

En contraste con las fuerzas físicas como la gravedad o la electricidad, los fenómenos de la vida solo residen en entidades llamadas organismos. Todo organismo es un sistema, esto es, un orden dinámico de partes y procesos en interacción mutua (von Bertalanffy, 1949^a, p.11). Simultáneamente, los fenómenos psicológicos solo se hallan en entidades individualizadas que en el hombre se denominan personalidades.

Así mismo, el concepto <<molar>> del organismo psicofísico como sistema contrasta con su concepción como mero agregado de unidades <<moleculares>> tales como reflejos, sensaciones, centros cerebrales, pulsiones, respuestas reforzadoras, rasgos, factores. La psicopatología muestra la disfunción mental como perturbación de un sistema antes que como pérdida de funciones sueltas.

El Organismo Activo.

➤ ***Homeostasia:***

Muchas regulaciones psicofisiológicas siguen los principios de homeostasia. Sin embargo, hay limitaciones evidentes. En general, el esquema homeostático no es aplicable (1) a regulaciones dinámicas, o sea a regulaciones no basadas en mecanismos fijos sino a regulaciones, (p. Ej.

Los procesos de regulación desde de lesiones cerebrales); (2) a actividades espontaneas; (3) a procesos cuya meto no es la reducción si no el establecimiento de tenciones, y (4) a procesos de crecimiento, desarrollo, reacción y similares. Podemos también decir que la homeostasia es inapropiada como principio explicativo para las actividades humanas no utilitarias, que nos sirven a las necesidades primarias de conservación propia y supervivencia ni a sus derivaciones secundarias, como ocurren tantas manifestaciones culturales. La evolución de la escultura griega, la pintura del renacimiento o música alemana no tiene nada que ver con el ajuste a la supervivencia, pues son de valor simbólico y no biológico (von Bertalanffy, 1959; también en 1964 c; compararse abajo). Pero ni siquiera la naturaleza viviente es en modo alguno meramente utilitaria (von Bertalanffy, 1949 a, pp. 106 ss.).

El modelo homeostático es aplicable en psicopatología porque en general las funciones no homeostáticas no decaen en los pacientes mentales. Así Karl menninger (1963) logro describir el proceso de la enfermedad mental como una serie de mecanismos de defensa, que hacían descender a niveles homeostáticos cada vez más bajos hasta no dejar sino la preservacion de la vida fisiológica. El concepto de Arieti (1959) de la regresión teológica progresiva en la esquizofrenia es algo parecido.

➤ ***Diferenciación.***

<< La diferenciación es la transformación a partir de una condición más general homogénea hasta otra más especial y heterogenia >> (Conklin, según Cowdry, 1955, p.12). << Donde quería que seda desarrollo, procede de un estado de relativa globalidad y creencia de diferenciación hasta un estado de mayor diferenciación articulación y orden jerárquico >> (h. Werner, 1957b)

El principio de diferenciación es ubicuo en biología, evaluación y desenvolvimiento del sistema nervioso, comportamiento psicología y cultural. Fue Werner (1957a) quien se percató de que las funciones mentales suelen progresar desde un estado sincrético en el cual

percepciones, motivación, sensación, imaginación, símbolos, conceptos, etc. Constituyen una unidad amorfa, hacia una distinción cada vez más clara de estas funciones. En la percepción el estado primitivo parece ser sinestesia (de la cual quedan rastros en el adulto humano y que reaparece en la esquizofrenia o bajo la influencia de la mezcalina o la LSD), del cual se van desliando experiencias visuales, auditivas, tactiles.

En el comportamiento animal y buena parte del humano hay una unidad perceptivo-emotivo-motivacional; los objetos percibidos sin armónicos emotivos-motivacionales son un logro tardío del hombre maduro civilizado. Los orígenes del lenguaje y del pensamiento <<holofrásticos >> (W. von Humboldt, cf. Werner, 1959a), ósea enunciados pensamientos con una amplia aura de asociaciones, precedieron a la separación de los significados y el lenguaje articulado.

En la psicopatología y esquizofrenia todos estos estados primitivos resurgen por regresión y manifestaciones extrañas- extrañas por combinar arbitrariamente elementos arcaicos entre ellos y con procesos del pensamiento más rebuscados. Por otra parte, la experiencia del niño, el salvaje y no es occidental, aunque primitiva, constituye no obstante un universo organizado.

➤ **Centralización y conceptos relacionados.**

<<Los organismos no son máquinas, pero en cierto grado pueden volverse máquinas como congelarse en máquinas. Nunca por completo, sin embargo, pues un organismo totalmente mecanizado sería incapaz de reaccionar a las condiciones en cambio incesante del mundo exterior>>, (von Bertalanffy, 1949^a, pp.17 ss.) el principio de mecanización progresiva expresa la transición de una totalidad indiferenciada a una función superior, posible merced a especialización y <<división de trabajo>>; este principio implica también pérdida de especialidades de los componentes y de regulabilidad de conjunto.



➤ **Regresión.**

El estado psicótico es descrito a veces como una <<regresión a formas antiguas e infantiles de comportamiento>>. Esto es incorrecto; ya E. Bleuler señaló que el niño no es un pequeño esquizofrénico que regresa a un nivel inferior mas no se integran a él; sigue desorganizado>> (Arieti, 1959, p. 475). La regresión es esencialmente de desintegración de la personalidad, esto es desdiferenciación y descentralización. Desdiferenciación quiere decir que no hay pérdida de funciones mentales sino reparación de estados primitivos (Sincretismos, sinestesias, pensar, paleológico, y cuestiones parecidas).

➤ **Límites.**

Todo sistema como entidad investigable por derecho propio por tener límites, especiales o dinámicos. Estrictamente hablando, los límites especiales solo se dan a la observación ingenua, y todos los límites son en última instancia dinámicos.

En la psicología, los límites del yo son tan fundamentales como precarios. Según se indicó ya, se establece lentamente en la evolución y el desarrollo y nunca que da fijos por completo. Se originan en la experiencia propioceptiva y en la imagen corporal, pero la autoentidad no se establece del todo hasta que se nombra el <<yo>>, el <<tu>> y el <<eso>>. La psicopatología exhibe la paradoja de que las lindes del yo sean a la vez demasiado fluida y demasiado rígidas. La percepción sincrética, el secreto animista, las ilusiones y alucinaciones, etc., provocan la inseguridad de los límites del yo, pero dentro de su universo autocreado el esquizofrénico vive <<en una concha>>, parecido a los animales que viven en las <<burbujas>> de sus mundos limitados por la organización (Schiller, 1957).

El sistema: un nuevo marco conceptual.

Luego de repasar las nociones principales de la teoría de los sistemas, puede decirse, en resumen, que parecen proporcionar una armazón consistente para la psicopatología.

La enfermedad mental es a fin de cuentas una perturbación de las funciones de sistema del organismo psicofísico. Por esta razón, síntomas o síndromes aislados no definen la identidad patológica (von Bertalanffy, 1960^a).

Es posible definir limpiamente perturbaciones psiquiátricas en términos de funciones de sistema. Por lo respecta a la cognición, los mundos de los psicóticos, tan impresionante descritos por autores de las escuelas fenomenológica y existencialistas (p. ej. May et al., 1958), son << producto de sus cerebros >>. Pero también nuestro mundo normal conformado por factores emocionales.

Motivacionales, sociales, lingüísticos, etc., amalgamados con la percepción propiamente dicha. Ilusiones y confusiones, alucinaciones, cuando menos en sueños, se dan en el individuo sano; inclusive los mecanismos de la ilusión tienen su papel en los fenómenos de persistencia, sin los cuales sería imposible una imagen coherente del mundo.

➤ *Actividades simbólicas.*

<<Salvo por la satisfacción inmediata de necesidades biológicas, el hombre vive en un mundo no de cosas sino de símbolos >> (von Bertalanffy, 1956^a). También podemos decir que los varios universos simbólicos, materiales y no materiales, son parte — y fácilmente las más importante—del sistema de conducta del hombre.

El simbolismo es reconocido como criterio único del hombre por los biólogos (von Bertalanffy, 1956^a; Herriek, 1956), los fisiólogos de la escuela pavloviana (<<sistema sectorario de señales >>; Luria, 1961) los psiquiatras (Appleby, Scher y Cummings,

1960; Arieti, 1959; Goldstein, 1959) y los filósofos (Cassirer, 1953-1957; Langer 1942).

En consecuencia, los trastornos mentales en el hombre comprenden por regla general perturbaciones de las funciones simbólicas. Kubie (1953) tiene seguramente razón cuando, como <<nueva hipótesis>> sobre las neurosis, distingue <<procesos psicopatológicos que se dan a causa de la repercusión deformadora de experiencias muy cargadas como a edad temprana <<y los que <<consiste en deformación de las funciones simbólicas>>>.

La teoría de los sistemas en psicología y psiquiatría no representa un desenlace emocionante de descubrimientos nuevos, y tiene cierto sentimiento de dejá vu, no se puede contradecirlo. Se pretende mostrar que los conceptos de sistema en este campo no son especulación, no son empeño de meter los hechos a la fuerza de una teoría que da la coincidencia que esté de moda y que por lo tanto no tiene que ver con el << antropomorfismo mentalista>> que es tan temido por los conductistas. Con todo, el concepto de sistema representa un desvío en redondo con respecto a las teorías del robot, que conduce a una imagen del hombre más realista y de pasa un poco más digna, además de tomar en cuenta las consecuencias de gran alcance para la visión científica del mundo.

4.6 LA TEORIA CIBERNETICA

Esta teoría se le atribuye a Norbert Wiener, junto con la teoría sobre los mensajes contribuyeron a dar un gran impulso a los estudios sobre lo que es la comunicación, la información y el aprendizaje.

La Cibernética a decir de su autor "es la teoría de la comunicación y del centro, en las máquinas y en los organismos vivientes" (Wiener, 1948; Wiener, 1982, p. 294). McCulloch (1965) describe la epistemología cibernética experimental centrada en la "comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio".

Sluzki (1983) señala que la cibernética tiene por objeto los procesos de comunicación y control en los sistemas naturales y artificiales. El concepto de Cibernética involucra necesariamente entonces al de mensaje y al de información. La información consiste en un cierto número de datos (llamados primarios) que son transmitidos desde una fuente emisora a una estación receptora; lo que se trasmite se llama "mensaje". Cuando el mensaje se halla compuesto por dígitos binarios (1 y 0) cada unidad de información recibe el nombre de bit (binary digit)... Es preciso distinguir entre mensaje e información contenida en él: el mensaje transmitido está constituido por la información y los "ruidos" con que va acompañada.

Según Shannon (1949) el intercambio de información puede analizarse a tres niveles: a nivel estadístico, a nivel semántico y a nivel pragmático. Cuando la información es considerada en forma independiente del contenido semántico, de su significado, se convierte entonces en objeto de estudio de la "Teoría matemática de la información" cuyos principios sientan las bases para comprender los otros dos niveles de comunicación.

La Psicología Cibernética es un intento real de producir resultados experimentales sobre la base del método cartesiano para resolver con el análisis de aquellas partes más simples, los problemas más complejos y parte de la base de poder abordar el procesamiento humano de la información como un fenómeno medible, de igual forma que en la física se busca la medición de la materia y/o la energía, en unidades mensurables.

Bateson (1976) la reconoce como una nueva ciencia que se ocupa de la forma y los patrones de organización, en tanto el autor (Acosta, 2000) "la cibernética puede entenderse como la ciencia que analiza racionalmente lo que significa gobernar. Esta función puede ser desempeñada por máquinas siempre que estas sean capaces de captar información del estado de un sistema y de proporcionar ordenes, en función de la información recibida, que determinen la evolución futura de ese sistema".

En base a lo que publicó Wiener en 1948 fue su obra titulada *Cybernetics*, sobre la técnica de los sistemas de mando automático, en la cual desarrollaba

nociones generales en relación con los mecanismos capaces de gobernar. Propuso un método científico nuevo que tomara en cuenta esa contingencia por la cual le atribuye la primer gran revolución de la física del siglo XX que tuvo por resultado que la física no se ocupe más de lo que ocurriría con toda certeza, sino solo de aquellos hechos que tienen probabilidad de ocurrir.

La cibernética es una ciencia que se halla estrechamente relacionada con otras importantes disciplinas, sin cuyo concurso no habría podido desarrollarse, especialmente la lógica matemática, la neurofisiología y la ingeniería, pero también la psicología, la antropología y la sociología.

Por lo que respecta a la lógica matemática, para Wiener «el mismo impulso intelectual que ha llevado al desarrollo de la lógica matemática haya llevado al mismo tiempo ala ideal o actual mecanización de procesos de pensamiento»; más aún: «ha llegado a ser muy evidente que el desarrollo de una teoría lógico matemática está sujeto a la misma clase de restricciones que las que limitan el funcionamiento de una máquina computadora». En cuanto a la neurofisiología, «el carácter de 'todo o nada' de la descarga de las neuronas es precisamente análogo a la elección única hecha para determinar un dígito en la escala binaria, que más de uno de nosotros ha considerado ya como la base más satisfactoria del diseño de la máquina computadora». Otro paralelismo es el que se establece entre la memoria humana, que es una función básica del sistema nervioso, y la memoria artificial de la máquina.

Al principio, el interés de la cibernética se situó en el diseño de máquinas. Sin embargo, el propio Wiener amplió dicho objetivo y lo extendió al entendimiento del funcionamiento de sistemas humanos y sociales (Wiener, 1969).

4.6.1 La noción de circularidad

La cibernética introduce la idea de circularidad a través del concepto de retroalimentación o feedback. El feedback se define como la capacidad de respuesta para el mantenimiento de un estado de equilibrio. El feedback es pues un mecanismo que conduce a la regulación de un sistema. La regulación se produce siempre tras la ruptura de equilibrio. Es decir, cuando el estado

ideal del sistema no coincide con su estado actual. En este caso, el sistema reacciona produciéndose una nueva búsqueda de equilibrio.

La utilización del concepto de feedback rompe la idea de causalidad tradicional en la que los efectos se encadenan de forma lineal. Por el contrario, el concepto de feedback conduce a la descripción de procesos circulares. Un bucle de retroalimentación es una disposición circular de elementos conectados, en la que una causa inicial se propaga alrededor de los eslabones sucesivos del bucle, de tal modo que cada elemento tiene efecto sobre el siguiente, hasta que el último elemento vuelve a retroalimentar el efecto sobre el primero que inició el proceso. La causalidad circular es siempre procesual.

La idea de circularidad desarrollada por Wiener se centra en el feedback negativo. La reacción del sistema tiene un efecto contrario al del elemento perturbador y, por consiguiente, éste busca recuperar el equilibrio a través del mantenimiento del estado ideal. En definitiva, es este un feedback de tipo "conservador" ya que la meta o estado ideal del sistema se mantiene constante. Wiener reconocía además a la retroalimentación como el mecanismo esencial de la homeostasis, la autorregulación que permite a los organismos vivos mantenerse en un estado de equilibrio dinámico.

4.6.2 El concepto de información

La información es para la teoría cibernética un elemento fundamental para la organización del sistema. Lo que el enlace circular de los componentes retroalimenta no es sólo materia y energía, sino que hay allí un proceso informacional y organizacional. Determinar el significado del término información, a pesar de su clara importancia, sigue siendo muy problemático.

El concepto de información utilizado por la cibernética tiene su origen en la teoría comunicativa de Shannon y Weaver que trataba de la transmisión de mensajes y, actualmente está integrada en la teoría de la comunicación. Esta noción de información está basada en la medida de la información a través de unidades elementales de información o bits (binary digits), muy utilizados en la actualidad en la informática y las telecomunicaciones.

A esta dimensión de la información, la cibernética le añade un sentido organizacional. De hecho, un "programa" portador de información lo que hace es comunicar un mensaje a una máquina que computa un cierto número de operaciones. Tal y como afirma Capra, "Wiener enfatizó también el hecho de que el mensaje codificado es esencialmente un patrón organizador, y esbozando la analogía entre tales patrones de comunicación y las pautas de organización en los organismos, sentó las bases de la visión de los organismos vivos en términos de patrones" (1998, p.83).

4.6.3 Patrón/Estructura

La teoría cibernética y la teoría de sistemas se desarrollan a un mismo tiempo y las conexiones entre ambas son muy importantes. La mayor parte de los autores sistémicos utilizan para el análisis de los sistemas el aparato conceptual de la teoría cibernética y, por otra parte, la mayor parte de las cibernéticas tienen una concepción sistémica de la realidad. Por este motivo, es realmente difícil separar ambas visiones y, de hecho, a partir de este momento me voy a referir frecuentemente a aspectos de la teoría de sistemas para poder comprender mejor la propia cibernética.

Desde el punto de vista sistémico, el aspecto fundamental de cualquier estudio basado en los sistemas vivos radica en la síntesis entre el estudio de la substancia o estructura del sistema y el estudio de su forma o patrón. En el estudio de la estructura lo que hacemos es fijarnos en la medida de los elementos que conforman el sistema.

El patrón de estudio básico de la teoría cibernética está basado en la comunicación y el control basado en la idea de circularidad. Cualquier sistema vivo se desarrolla a través de procesos circulares generados por de comunicación y controlados desde el propio sistema.

4.6.4 Evolución y proceso

En un sistema vivo, la evolución se basa en un proceso entre los vínculos establecidos por el patrón y la estructura. "Un sistema vivo es a la vez abierto y cerrado: abierto estructuralmente, pero cerrado organizativamente. La materia y la energía fluyen a través de él, pero el sistema mantiene una forma estable y lo hace de manera autónoma, a través de su autoorganización" (Capra, 1999, p.182).

El empeño de buena parte de los cibernéticos ha consistido en descubrir los patrones de organización comunes a todos los seres vivos. Este es el caso de Bateson, Maturana y Varela quienes consideran que la materia y la mente no son dos categorías separadas sino que representan dos aspectos diferentes del mismo fenómeno de la vida. La mente es un proceso que se identifica con el proceso de la vida.

De ahí viene la pregunta, ¿Qué tiene que ver la cibernética, que automáticamente se le relaciona con la física y la matemática, con la terapia familiar?; aunque para autores como Hoffman (1987) y Keeney (1987), la terapia familiar haya sido el campo propicio donde pudieran germinar las ideas propuestas por la cibernética. Para poder encontrar una relación entre ambas áreas de conocimiento fue importante revisar los conceptos y los temas de objeto de estudio de la cibernética antes mencionados.

4.6.5 Objetivos de la cibernética

La palabra Cibernética la tomo Wiener del término griego *kubernetes* que significa timonel o gobierno, al respecto dice el autor:

"Busque- dice Wiener--, alguna palabra adecuada para el área de control. La única en la que podía pensar era la palabra griega para timonel, *kubernetes*. Decidí que, puesto que la palabra iba a ser utilizada en lengua inglesa, debía aprovechar la pronunciación que en la misma se daba al griego y así fue como concebí el nombre cibernética. (Wiener, 1982, p.350).

Los propósitos de dicha teoría eran desarrollar tanto un lenguaje propio de las máquinas, como las técnicas específicas que permitieran al hombre, no solo encarar los problemas más generales de la comunicación y regulación, sino además establecer un repertorio adecuado de ideas y métodos para clasificar sus manifestaciones particulares por conceptos.

Ashby señala que uno de los objetivos de esta nueva ciencia era *“ofrecer un vocabulario único y un único conjunto de conceptos adecuados para representar los más diversos tipos de sistemas”* y más adelante en el mismo libro, habla de un segundo objetivo cuando dice que *“la cibernética ofrece un conjunto de conceptos que tiene correspondencia exacta en cada rama de la ciencia y por lo tanto puede ponerlas en relación exacta”* (Ashby, 1977, p.15).

De tal manera que la cibernética revela una serie de paralelismos entre la máquina, el cerebro y la sociedad, proporcionando a la vez un lenguaje común por cuyo intermedio los descubrimientos de una rama científica pueden ser empleados en otra rama con gran fluidez y simplicidad.

4.6.6 Surgimiento histórico

La cibernética surge en (1948) ocurriendo al mismo tiempo de otras dos contribuciones que resultaron fundamentales para la ciencia, La Teoría de la Información de Shannon y Weaver (1949) y la Teoría de los Juegos de Neuman y Morgenstern (1947) (en: Bertalanffy, 1986). Todas estas ideas aparecen después de la segunda guerra mundial, para mostrar sus repercusiones no solo en la tecnología sino en las ciencias básicas, proporcionando modelos teóricos para fenómenos complejos que permitieron además tratar fenómenos teleológicos dentro del ámbito científico, que antes habían sido considerados como metafísicos.

Son cada vez más los investigadores de las ciencias del hombre -- biólogos, fisiólogos, psicólogos, sociólogos-- que desean incorporar los métodos y las técnicas proporcionadas por la cibernética a su propia

especialidad, algunos de ellos aun piensan que solo conociendo profundamente sobre la electrónica, física o matemática podrían hacerlo. Sin embargo, las ideas básicas de la cibernética, pueden ser aplicadas a cualquier ciencia y son fundamentalmente simples. No por ellos deja de ser necesario un razonamiento claro, elemento indispensable para poder aplicar estos y cualquier otro principio teórico.

Los temas preferidos que toca la cibernética, tratándose esta de "la comunicación y el control" son: la coordinación, la regulación, y el orden a través del control. A pesar de estar relacionada con la matemática, la física y la mecánica, la cibernética no estudia en si el mero funcionamiento de los objetos, sino el comportamiento de los mismos. Tampoco estudia las propiedades de la materia, ni depende de las leyes de la física. De esta forma su interés primordial no está en responder a la pregunta "que es esto?" sino "que hace esto?" (Ashby, 1977).

"La cibernética dice Ashby encara un conjunto de posibilidades mucho más amplio que el real, y entonces se pregunta por qué el caso particular se adecua a la restricción particular ordinaria. En este las cuestiones acerca de la energía no desempeñan casi ningún papel; simplemente se da por supuesta su existencia. Aun más, a menudo carece de importancia el hecho de que el sistema sea cerrado o abierto a la energía; lo que interesa es saber hasta qué punto el sistema está sujeto a factores determinantes y de control.

De tal modo que ningún factor determinante, o señal, o información, pueda pasar de una parte a otra del sistema sin ser registrado como un hecho significativo. De hecho puede definirse la cibernética como el estudio de sistemas abiertos en cuanto a la energía y cerrados en cuanto a la información y control, es decir sistemas de información herméticamente cerrada". (Ashby, 1977, p. 15).

Los sistemas complejos son el objeto de estudio de la cibernética, donde no puede aplicarse el método experimental que recomienda varias de uno por uno los factores estudiados. Cuando los sistemas son complejos, dinámicos e interconectados, de modo tal que la alteración en una variable provoca cambios

en toda la serie de factores, entonces los métodos cibernéticos resultan sumamente adecuados. "La cibernética se destaca entre los métodos aptos para tratar lo complejo" señala Ashby (op.cit.p17), siendo la forma de lograrlo puntualizando primero lo que se puede obtener y proponiendo estrategias generalizadas que puedan emplearse en una variedad de casos.

Un gran merito de Wiener, fue llevar los conceptos de cibernética, retroalimentación e información mucho más lejos de los campos de la tecnología, de modo que alcanzaran los dominios de lo biológico, lo psicológico y lo social.

4.6.7 Postulados teóricos

Según Heinz von Foerster la historia de la cibernética se puede observar como un proceso que se desarrolla en tres niveles de complejidad: una Cibernética de "0 orden", implícita, la Cibernética de "1er. Orden", re-flexión explicitada en la obra de Norbert Wiener (1948), y una Cibernética de "2do Orden", reflexión sobre la reflexión de la Cibernética, resultando imposible acceder a un nivel superior a éste, dado que cuando uno reflexiona sobre la reflexión se cierra el círculo de argumentación; se produce una clausura organizacional que sólo puede trascenderse a sí misma dentro de sí misma (Maturana, H, 1988).

Cibernética "0 orden"

Herón de Alejandría en el año 62 A. C. fue el primero que inventó un sistema cibernético. Este sistema consistía en un mecanismo de retroalimentación negativa que regulaba el líquido que salía de una jarra al llenar un vaso, y se detenía en un determinado momento previsto anteriormente. El sistema de autorregulación se aplicó ya en ese entonces, pero no hubo desarrollos teóricos o reflexiones a ese respecto.

Cibernética de 1er.orden

Primera Cibernética

Desde la época de Herón hasta la aparición de la Cibernética de 1er. orden deberán pasar 2.000 años. En 1932, el biólogo Claude Bernard utiliza el concepto de medio interno para hacer referencia al organismo como sistema y plantear que no es posible considerar a una parte del organismo separada de las otras, y que todas son interdependientes en una dinámica no descriptible en los términos causales corrientes.

A Walter Cannon se debe el concepto de homeostasis. Predecesor directo de Wiener, toma la noción de Claude Bernard del medio interno, y la considera en términos de mecanismos fisiológicos en relación a la constancia del medio. Cannon está interesado en los mecanismos de regulación y la noción de homeostasis surge en la descripción de una red de interacciones recíprocas en la que los distintos componentes del medio interior están en equilibrio dinámico.

Estas nociones estimularon a distintas personas del campo de la Biología, las Matemáticas, la Física, antropólogos, sociólogos e ingenieros electrónicos. Entre ellos, Gregory Bateson, Warren Mc. Culloch, Margaret Mead, John von Neumann y Norbert Wiener.

Norbert Wiener (1954/1967) estudiando la conducta de tiro de los cañones antiaéreos para poder optimizar su objetivo, utiliza el principio de retroalimentación o feedback como una de las bases de su teoría. Dicho principio hace referencia a un mecanismo que reintroduce en el sistema los resultados de su desempeño. De esta manera la información sobre los efectos retroactúa sobre las causas convirtiendo el proceso de lineal en circular. Para que se pueda producir este movimiento de control es necesario tener un sensor que de información respecto a la posición actual del sistema en relación al estado deseado, de manera tal que los mecanismos de corrección de la desviación entre uno y otro puedan actuar. Wiener consideró que el principio de corrección del error es el mismo en las máquinas y en los seres humanos. Este principio está basado en los mecanismos de activación y corrección del error. Wiener lo denominó "Control y comunicación en el animal y la máquina" y

acuñe el término Cibernética en 1948. "Warren Mc. Culloch (1965) la describió como una epistemología experimental centrada en la 'comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio'" (Sluzki, C, 1987).

En esta etapa se consideraba que los procesos de corrección de la desviación (feedback negativo) permitían mantener la organización y que los procesos de ampliación de la desviación llevaban a la desorganización, el caos y la destrucción del sistema. Por lo tanto, la homeostasis como proceso auto correctivo era el concepto predominante.

Segunda cibernética

Fue Magoroh Maruyama (1963) quien definió esta etapa como "segunda cibernética". Él consideró que todo sistema viviente depende para su supervivencia de dos procesos: "morfoestasis" y "morfogénesis". El primero se refiere al mantenimiento de la constancia de un sistema a través de mecanismos de retroalimentación negativa.

El segundo, por el contrario, a la desviación, variabilidad del sistema a través de mecanismos de retroalimentación positiva. Según Maruyama, en cada situación, los procesos de desviación y de amplificación se equilibran mutuamente.

A partir de los trabajos del físico Ilya Prigogine sobre "orden a partir de la fluctuación" se empieza a considerar que la desviación y los procesos que promueven el desorden y la desorganización no necesariamente son destructivos. Las desviaciones o fluctuaciones, si se mantienen y no son contrarrestadas por mecanismos correctores, producen una bifurcación que genera un salto cualitativo hacia una nueva organización. En esta segunda etapa del desarrollo del pensamiento cibernético la ampliación de la desviación y los mecanismos de retroalimentación positiva, procesos favorecedores del cambio, adquieren un nuevo status, son considerados esenciales para la evolución de los sistemas vivientes.

Cibernética de segundo orden

Los nuevos desarrollos de la física cuántica, los aportes del filósofo Ludwig Wittgenstein, del neurofisiólogo Warren Mc. Culloch, del físico, ciberneta, biomatemático y filósofo Heinz von Foerster y los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela constituyen los pilares sobre los que se ha configurado el territorio de la cibernética de segundo orden.

En 1972, la presidenta de la Asociación Norteamericana de Cibernética, Margaret Mead, pronuncia un discurso titulado "Cibernética de la cibernética". Es el Profesor Heinz von Foerster quien sugiere cambiar este nombre por "Cibernética de Segundo Orden" o "Cibernética de los Sistemas Observantes" diferenciándola de la Cibernética de Primer Orden definida como Cibernética de los Sistemas Observados.

La epistemología tradicional considera que la realidad existe independientemente de quien la observa. El pensamiento científico se basa en esta premisa al considerar que la objetividad en la ciencia es fundamental y que por lo tanto, las propiedades del observador no deben estar incluidas en la descripción de sus observaciones.

Como señala von (Foerster, 1987) "Mientras que en el primer cuarto de este siglo los físicos y cosmólogos fueron obligados a revisar los conceptos fundamentales que gobiernan las ciencias naturales, en el último cuarto de este siglo serán los biólogos los que impondrán una revisión de los conceptos fundamentales que gobiernan a la ciencia misma".

En el temprano siglo XX era claro que el concepto clásico de una 'ciencia última', o sea de una ciencia que significara una descripción objetiva del mundo en la cual no haya sujetos (un 'universo sin sujetos') contenía contradicciones.

Para eliminar estas contradicciones, era necesario tomar en cuenta a un 'observador'(al menos un sujeto):

1) Las observaciones no son absolutas, sino relativas al punto de vista del observador (es decir a su sistema de coordenadas: la teoría de la relatividad de Einstein)

2) El acto de observar influye sobre el objeto observado al punto de anular toda expectativa de predicción de parte del observador (es decir que la incertidumbre, la indeterminación, se transforma en absoluta: Heisenberg)". (Óp. Cit).

Para von Foerster "La reintroducción del observador, la pérdida de la neutralidad y de la objetividad, son requisitos fundamentales para una epistemología de los sistemas vivientes" (Op. Cit).

Según este científico, la respuesta a la pregunta: "Las leyes de la naturaleza, los objetos, una fórmula matemática, los números, las leyes, son ¿descubrimientos o invenciones?" (Foerster, 1987) define la posición epistemológica del observador, ya sea que éste considere la existencia de una realidad trascendente a ser descubierta, o se defina como inventor o constructor de la realidad observada. Desde esta posición lo único que un observador puede hacer "...es hablar de sí mismo". "...de todas maneras ¿qué otra cosa puede uno hacer?".

Sugiere por lo tanto modificar la frase de Korszyski: "El mapa no es el territorio" por: "El mapa es el territorio", definiendo una epistemología que da cuenta del observador. Maturana también dirá "Todo lo dicho es dicho por un observador a otro observador, o a sí mismo" (Korszysky, 1958).

La cibernética de segundo orden nos introduce en la observación del observador. El objeto de estudio pasa a constituirse en el observador observando su propia observación; cibernéticamente hablando, la cibernética se transforma en cibernética de la cibernética, o cibernética de 2do orden.

Von Foerster está interesado en explicar la naturaleza de la vida, los procesos cognitivos, el problema de la percepción, del conocimiento de los objetos y la naturaleza del lenguaje, para lo cual incursiona en las matemáticas, la neurofisiología, la computación y la cibernética, reflexionando sobre las nominalizaciones, los silogismos lógicos, las paradojas, la causalidad y las explicaciones, para desarrollar los conceptos de recursividad, autorreferencia, auto-organización, complejidad y autonomía de los sistemas vivientes.

La circularidad y la retroalimentación, temas centrales de la cibernética, están representadas por el ouroborus, la serpiente mítica que se muerde su propia cola. Estos conceptos están implícitos en la noción de recursividad, las operaciones que se repiten sobre sí mismas, siendo la autorreferencia una noción particular del concepto más general de recursividad. Con respecto a ella, von Foerster analiza la exclusión de las paradojas del pensamiento lógico aristotélico - toda proposición debe ser verdadera o falsa -, dado que éstas son falsas cuando son verdaderas y verdaderas cuando son falsas, y también su exclusión de la Teoría de los Tipos Lógicos de Whitehead y Russell - la paradoja de la pertenencia a sí misma o no, de la clase de todas las clases -, y plantea que las paradojas surgen de las proposiciones autorreferenciales o reflexivas, ("Soy un mentiroso" Epimiménides de Creta) preguntándose: "¿qué sucede si la autorreferencia es el modus-operandi del organismo humano?". La respuesta afirmativa a esta pregunta resuelve el dilema planteado por las paradojas.

La epistemología tradicional plantea que los datos son incorporados a través del sistema sensorial y luego procesados por el cerebro para generar una acción. Desde la posición constructivista se considera que "Hay efectivamente un continuo proceso circular y repetitivo en el que la epistemología determina lo que vemos; esto establece lo que hacemos; a la vez nuestras acciones organizan lo que sucede en nuestro mundo, que luego determina nuestra epistemología" (Op.cit).

Para von Foerster, los objetos son construidos a través de las acciones motoras, es decir que el conocimiento es inseparable de la acción. "Piaget desarrolló en 1937 en 'La construcción de la realidad en el niño' la idea de que la cognición surge de la adquisición de habilidades sensomotoras. El clarificó la naturaleza recursiva de estos procesos al llamar nuestra atención sobre las acciones circulares de lo sensorial siendo interpretadas por lo motriz y, de la misma manera, aquellas motrices siendo interpretadas por lo sensorial". Von Foerster coincide con Piaget al proponer su imperativo estético: "Si decides ver aprende a actuar".

Otro de sus aportes ha sido la incorporación del término computación a los procesos cognitivos. Según Von Foerster el conocimiento es la computación de descripciones de una realidad. Utiliza este término en sentido amplio como "toda operación por medio de la cual se transforma, modifica, rearregla, ordena, y demás, entidades físicas observadas ('objetos') o sus representaciones ('símbolos')" (Foerster, 1973). Al postular que toda descripción se sustenta en otras descripciones que son también cómputos, propone definir el conocimiento como procesos ilimitadamente recursivos de cálculo, es decir, la computación de la computación de la computación, etc.

En su análisis del lenguaje von Foerster plantea que se lo puede considerar desde dos puntos de vista diferentes: el lenguaje en su apariencia, que se refiere a las cosas como son, o el lenguaje en su función, que se refiere a las nociones que cada uno tiene de las cosas. Desde la primera posición uno es un observador independiente, separado del Universo y el lenguaje es monológico, denotativo, descriptivo, sintáctico; dice como eso es. Desde la segunda posición uno es un actor participante en mutua interacción con los otros y el lenguaje es dialógico, connotativo, constructivo, semántico, participativo, es como uno dice. "Cuando pronuncio algo, no me estoy refiriendo a algo allí afuera. Más bien, género en Ud., toco, por decir -como un violinista pulsando una cuerda, lo toca a Ud. con su música- toda una resonancia de correlatos semánticos".

La clausura operacional del sistema nervioso, la auto-organización y la autorreferencia están inextricablemente ligadas a la autonomía de los sistemas vivientes, pero "la autonomía implica responsabilidad. Si yo soy el único que decide cómo actúo, también soy responsable por ello".

Finalmente, la cibernética de segundo orden abre un espacio para la reflexión sobre el propio comportamiento y entra directamente en el territorio de la responsabilidad y la ética. Dado que se fundamenta en la premisa de que no somos descubridores de un mundo exterior a nosotros, sino inventores o constructores de la propia realidad, todos y cada uno de nosotros somos fundamentalmente responsables de nuestras propias invenciones.

Según Von Foerster el cambio fundamental que implica asumir esta posición no sólo se manifiesta en el quehacer científico, docente, empresarial o tantos otros, sino en la comprensión de las relaciones humanas en la vida diaria.

4.7 LA TEORIA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA

Desde el enfoque sistémico de la comunicación, uno de cuyos máximos representantes es Paul Watzlawick, autor de la obra aquí reseñada, la comunicación se puede definir como un “conjunto de elementos en interacción en donde toda modificación de uno de ellos afecta las relaciones entre los otros elementos” (Marc y Picard, 1992, p. 39).

Esta definición nos acerca al concepto de sistema, cuyo funcionamiento se sustenta a partir de la existencia de dos elementos: por un lado, la energía que lo mueve, los intercambios, las fuerzas, los móviles, las tensiones que le permiten existir como tal; y por el otro, la circulación de informaciones y significaciones, misma que permite el desarrollo, la regulación y el equilibrio del sistema.

En este sentido, la comunicación es un sistema abierto de interacciones, inscritas siempre en un contexto determinado. Como tal, la comunicación obedece a ciertos principios: el principio de totalidad, que implica que un sistema no es una simple suma de elementos sino que posee características propias, diferentes de los elementos que lo componen tomados por separado; el principio de causalidad circular, según el cual el comportamiento de cada una de las partes del sistema forman parte de un complicado juego de implicaciones mutuas, de acciones y retroacciones; y el principio de regulación, que afirma que no puede existir comunicación que no obedezca a un cierto número mínimo de reglas, normas, convenciones. Estas reglas son las que, precisamente, permiten el equilibrio del sistema.

En la obra clásica de Watzlawick, Beavin y Jackson, Teoría de la comunicación humana (1971), se hace hincapié en estos principios básicos del sistema. La totalidad se explica afirmando que “cada una de las partes de un sistema está relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca

un cambio en todas las demás y en el sistema total" (Watzlawick et. al., 1971, p. 120).

El principio de causalidad circular se explica a partir del concepto de retroalimentación, proveniente del enfoque cibernético inaugurado por Norbert Wiener en 1948. Por último, el principio de regulación es nombrado a partir del término equifinalidad, comprendido como el conjunto de elementos que dotan de estabilidad al sistema.

4.7.1 Orígenes de la teoría de la comunicación humana

Desde los años cincuenta, los investigadores de la llamada "Escuela de Palo Alto", también conocida como "Colegio Invisible", dieron cuenta de las situaciones globales de interacción de las que participa el ser humano. Si bien durante esa época el modelo lineal de la comunicación propuesto por Shannon y Weaver gozaba de una posición dominante en la reflexión teórica sobre la comunicación, algunos investigadores norteamericanos trataron de partir de cero en el estudio de los fenómenos comunicativos. Fue así como se pasó del modelo lineal al modelo circular de la comunicación, enormemente influido por las ideas de la cibernética de la que proviene el concepto de feed-back o retroalimentación.

Teoría de la comunicación humana se publicó originalmente en 1967, en un momento en que a las aproximaciones funcionalistas y críticas en comunicación se sumaron (como respuesta) los aportes del pensamiento sistémico propuesto por la Escuela de Palo Alto, también conocida como Colegio Invisible.

Para los representantes de Palo Alto, procedentes de disciplinas como la antropología (Gregory Bateson, Ray Birdwhistell, Edward Hall), la sociología (Erving Goffman) y la psiquiatría (Paul Watzlawick, Don Jacskon), entre otras, la investigación y reflexión sobre la comunicación sólo puede darse a partir de la formulación de la siguiente pregunta:

¿Cuáles son, entre los millares de comportamientos corporalmente posibles, los que retiene la cultura para constituir conjuntos significativos?

Para hallar respuestas a esta interrogante, los investigadores del Colegio Invisible partieron, en un primer momento, de tres consideraciones básicas: 1) La esencia de la comunicación reside en procesos de relación e interacción; 2) Todo comportamiento humano tiene un valor comunicativo; y 3) Los trastornos psíquicos reflejan perturbaciones de la comunicación.

Bateson menciona: podrían habernos enseñado algo acerca de la pauta concreta: que toda comunicación exige un contexto, que sin contexto no hay significado, y que los contextos confieren significado porque hay una clasificación de los contextos (Bateson, 1980, p.16).

Bajo esta concepción del mundo, lo que resulta relevante es la relación, la forma y el orden, implícitos en todo organismo vivo en lugar de hacer énfasis en cantidad relevante en el mundo newtoniano de la física.

Para Bateson resulta de gran importancia, dado que es la base donde se apoya su epistemología, dejar clara la diferencia entre el mundo de la particular newtoniana y el mundo de la comunicación, que equivaldría al mundo humano.

Puede decirse que la teoría de la comunicación se va figurando poco a poco con el trabajo que realizó Bateson y su equipo, en Palo Alto. Todo surge desde que se iniciaron sus investigaciones para explicar un tipo particular de comportamiento ocurrido entre el niño y su madre. Posteriormente, al observar que había diferencias entre las conductas de juego y combate de los animales del zoológico de San Francisco, Bateson conecta ambas observaciones para hablar de un “metalenguaje”, que significa un “patrón recurrente” que clasifica a la conducta desde un nivel más elevado.

Estas ideas provienen tanto de la Cibernética (Wiener y Rosenblueth), como de la lógica matemática (Whitehead y Rusel). De ahí Bateson parte para marcar la diferencia entre dos tipos de comportamiento de los individuos dentro del grupo, lo que responden con más de la misma conducta o menos del mismo comportamiento (++ ó --), a lo que le da el nombre de “cismogenesis simétrica” para distinguirlo de la “cismogenesis complementaria”, donde los involucrados en relación desarrollan comportamientos contrarios, lo que significa que

mientras uno hace más, el otro responde con menos de la misma conducta (+- ó -+).

A partir de fundamentos y constructos teóricos de las teorías que anteriormente fueron abordadas, surge un enfoque de psicoterapia, de corte breve, conocida como Enfoque Estratégico de Terapia breve. A continuación se abordará su definición conceptual, fundamentos teóricos y las consideraciones prácticas que todo psicoterapeuta que guste de llamarse “Estratégico” debe tener.

4.8 TERAPIA BREVE

La terapia breve focalizada en la resolución de un problema dirige su atención a un problema específico y determinando, atendiendo especialmente al circuito internacional sostenedor del problema, e interviniendo luego en forma deliberada para lograr los cambios deseados (Szprachman, 2003).

Esta línea terapéutica parece sencillo de aplicar, pero requiere mucha dedicación y destreza para que su aplicación logre resultados deseados. En un principio las personas que lo consultan es para resolver algún problema, la fase que propone esta línea terapéutica es identificar y definir clara y concretamente cual es el problema que el sujeto trae.

La hipótesis fundamental es que las soluciones intentadas por las personas para resolver dichos problemas, son las responsables de que los mismos persistan. Precisamente es por eso que el tratamiento está enfocado en aquello que el sujeto está haciendo y su resultado para resolver su problema.

Por lo tanto la terapia breve cuenta con principios generales que son lineamientos generales a seguir para aplicar hasta la línea terapéutica como lo señala Szprachman y que serán mencionados a continuación:

Orientación hacia el problema: El problema que un consultante nos trae es aquel que él está listo para tratar. No es necesario explorar profundamente en la búsqueda de patologías.

Problemas de interacción: los problemas que la gente trae a consulta son considerados como dificultades que surgen en las relaciones entre personas o problemas de interacción. Este abordaje no solo puede aplicarse a problemas generados en ámbitos familiares sino problemas de cualquier tipo de organización.

Las dificultades irresueltas como formadoras de síntomas: Cuando las diarias dificultades a las que se enfrenta no son manejadas adecuadamente, se transforman en problemas; como la "solución" las ratifica, la "solución" es el problema.

Transiciones naturales de la vida: Las transiciones naturales de la vida, tales como el matrimonio, nacimiento de hijos, muerte de seres queridos, etc., son tan generadoras de problemas como cualquier dificultad que se nos presente, iniciadora de problemas como enfermedades, accidentes, pérdidas de trabajo.

Evaluación equivocada de la magnitud de las dificultades: Tanto una dificultad menor visualizada como un problema, como la negación de la existencia de un verdadero problema, son generadoras de problemas.

Soluciones que intensifican la dificultad original: Una vez que una dificultad comienza a verse como un problema, la continuación y a menudo la exacerbación del mismo resulta de la creación de una onda positiva de retroalimentación centralizada muy a menudo alrededor de aquellas mismas conductas de los individuos dentro del sistema con las que tratan de resolver dicha dificultad.

Persistencia del problema debido a un manejo inadecuado: El persistir de los problemas a través del tiempo hasta convertirse en lo que usualmente se denomina "crónico", no se debe a algún defecto del individuo sino a un inadecuado manejo del problema. Los problemas crónicos resultan de esfuerzos sostenidos por un largo periodo en la aplicación de una solución inadecuada.

Conductas lógicas pero no efectivas: La resolución de problemas en general requiere, como medida, una sustitución de las pautas de la conducta que la sostienen por retroalimentación.

Un cambio efectivo: Promover un cambio beneficiosos, efectivo aun cuando la solución parezca ilógica.

Pequeñas metas: Generalmente el cambio se efectua mas fácilmente si la meta del cambio es razonablemente pequeña y está claramente establecida.

Concepción eminentemente pragmática del problema: Se tratan de basar las concepciones e intervenciones en la observación directa, durante el tratamiento de que es lo que pasa en los sistemas de interacción humana, como persisten y como se los puede alterar más efectivamente.

4.8.1 TERAPIA BREVE ESTRATEGICA

Otro aspecto que se maneja durante la intervención con los pacientes en el centro comunitario y que de alguna forma ha sido el más empleado, dada la situación administrativa y de demanda del CCAP es la Terapia Breve Estratégica (TBE), con ella se pueden adecuar las diferentes problemáticas demandadas en el ámbito clínico y se dice que esta terapia está basada por “una intervención terapéutica breve, orientada a la eliminación de los síntomas y a la resolución del problema presentado por el paciente; su planteamiento no se expresa en una terapia de comportamiento, ni en una terapia sintomática, si no en la reestructuración modificada de los modos de percepción de la realidad y de las siguientes reacciones del paciente”. (Nardone, 2000).

De otra forma, el recurso de información acerca de la historia clínica del paciente representa un medio para poner puntualmente las mejores estrategias de resolución de los problemas planteados, y no un procedimiento terapéutico como en las formas tradicionales que se utilizan en psicoterapia

Desde el primer encuentro que tiene el terapeuta con el paciente en vez de estudiar su pasado, debe focalizar la atención y la valoración en estos elementos: (Nardone, 2000).

- a) Lo que sucede dentro de los tres tipos de relaciones interdependientes que el sujeto vive consigo mismo, con los demás y con el mundo;
- b) El modo en que el problema presentado funciona dentro de ese sistema relacional;
- c) Como el sujeto ha tratado hasta ese momento de combatir o resolver el problema (los- intentos de solución-);
- d) Como es posible cambiar tal situación problemática – de la manera más rápida y eficaz- (Nardone y Watzlawick, 1990, pág. 48).

Una vez acordado con el paciente los principales objetivos a seguir en la terapia, sobre la base de las primeras interacciones terapéuticas (diagnostico- intervención), se procede a construir una o más hipótesis sobre los puntos detectados; se precisan y aplican las estrategias para la resolución del problema presentado.

En caso de observar que la intervención va funcionando, por lo general se debe mirar una reducción sintomática desde los primeros pasos del tratamiento, además de un cambio progresivo de la percepción de sí mismo, de los otros y del mundo que perciba. Esto se reflejara cuando el paciente se perciba un poco más flexible con respecto a la realidad, con un incremento progresivo de la autonomía personal y de la autoestima por la constante posibilidad de resolver el problema.

“La primera formulación de una terapia breve estratégica se debe al grupo de investigadores del MRI (Mental Research Institute) de Palo Alto (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974; Weakland y otros, 1974); estos autores han sintetizado el enfoque sistémico con aportaciones técnicas de la hipnoterapia de Milton Erickson, con el objetivo de formular modelos sistemáticos capaces de hacer evolucionar el enfoque estratégico de

Erickson a la terapia haciéndola pasar de puro arte, o magia, a procedimiento clínico repetible". (Op.cit)

Actualmente, debido a la demanda social y al éxito en la aplicación de este enfoque de la Terapia Breve Estratégica va incrementando en el campo de la investigación así como en la literatura específica ampliando un poco el panorama en el ámbito clínico.

Una forma sencilla de presentar la terapia estratégica es destacar que es lo contrario de las terapias tradicionales. El enfoque estratégico en psicoterapia puede ser definido como «el arte de resolver problemas complejos humanos mediante soluciones aparentemente simples». Con el aval de una rigurosa metodología de investigación empírico-experimental, el enfoque estratégico en psicoterapia representa una perspectiva revolucionaria respecto a los modelos convencionales de intervención psicoterapéutica, y en su base se encuentra una teoría compleja y avanzada. Una característica distintiva de este modelo de terapia es su capacidad de producir cambios en tiempos breves (generalmente algunos meses) incluso en casos de trastornos muy enraizados y que persisten desde hace años.

El modelo estratégico está basado en una epistemología avanzada en la que se recogen y confluyen múltiples fuentes: la teoría de la comunicación nacida en el campo antropológico con G. Bateson, los desarrollos constructivistas de la teoría cibernética (von Foerster y von Glasersfeld), los estudios sobre el lenguaje persuasivo de Milton Erickson, los principios teórico-aplicativos de la comunicación desarrollados por Watzlawick, Weakland, Fisch, Jackson en el Mental Research Institute de Palo Alto (California), y por último las más recientes aportaciones del modelo de Nardone (Escuela de Arezzo, Italia) con la creación de protocolos específicos de tratamiento y el desarrollo del dialogo estratégico.

"Sobre la base de estas indicaciones es lícito prever una realidad que la aproximación estratégica a la terapia breve, por haber demostrado una mayor eficacia y eficiencia con respecto a los otros modelos terapéuticos,

experimentara una creciente expansión, no tanto por una evolución interna del campo de la psicoterapia, en el que persisten fortísimas rigideces y resistencias al cambio" (...) (Op.cit).

4.8.2 Origen de la Terapia Breve Estratégica

La Terapia Estratégica que floreció en la década de 1980 se centraba en tres grupos excepcionales y creativos: el centro de terapia breve del MRI (Weakland, Watzlawick y Fisch); Mara Selvini Palazzoli y sus colegas de Milán; y, naturalmente, Jay Haley y sus colegas del Family Therapy Institute de Whashingto, D.C. El maestro, Milton Erickson, era una escuela en sí mismo. Lo que hizo que la terapia estratégica fuera tan popular era que ofrecía un sencillo marco de referencia para entender por qué las familias se quedan atascadas y un ingenioso conjunto de técnicas para ayudarlas a seguir adelante.

Según la metáfora cibernética, las familias se quedan atrapadas en pautas difusionales cuando se aferran a soluciones que no funcionan. "El truco consiste en conseguir que prueben algo diferente. Si la esencia de la conducta neurótica es la obstinación en comportarse de una manera contraproducente, la esencia de la terapia estratégica es hacer que la gente pruebe algo diferente". (Haley/ Richeport, 2006).

Desde esta perspectiva, Giorigio Nardone y Paul Watzlawick (1992; en Rodríguez, s. f.) sugieren algunos puntos importantes de cómo debe pensar un terapeuta estratégico breve, para desarrollar claramente y en forma organizada, el abordaje al cliente (en cuanto a las técnicas, tácticas y estrategias adecuadas):

El terapeuta desde su primer encuentro con el paciente, en vez de estudiar su pasado, centra su interés y valoración en:

- Qué sucede en el interior de las tres clases de interacciones independientes que el sujeto vive consigo mismo, con los demás y con el mundo.
- Cómo funciona el problema que se presenta en el interior del sistema relacional

- Cómo el sujeto ha intentado, hasta el presente, combatir o resolver el problema (soluciones intentadas).
- Cómo es posible cambiar esta situación problemática de la manera más rápida y eficaz.

Después de haber construido una o más hipótesis sobre estos puntos, y después de haberse puesto de acuerdo con el cliente respecto al objetivo, o los objetivos de la terapia, se determinan y se aplican las estrategias para la resolución del problema presentado.

Otra manera objetiva en las intervenciones es proporcionarles a los pacientes la oportunidad de vivenciar experiencias, enmarcadas de tal manera que les permitan percibir y reaccionar de maneras alternativas a las problemáticas planteadas (Sánchez, Luz Mary, 2005)

- Son directivos, es decir el poder lo tiene el terapeuta, que es quien diseña as estrategias
- Evitan una teoría elaborada de la personalidad y de las disfunciones.
- Les interesa intervenir del modo más rápido y eficaz
- El cambio surge de la ruptura de las pautas de pensamiento y acción que se han rigidizado
- Se centran en los recursos de las personas y no en sus deficiencias.
- No hablan de resistencia, ni de interpretación, ni de explicación.
- Le ponen especial cuidado a la comunicación analógica de las familias y el terapeuta utiliza esta observación, de manera consciente en sus intervenciones.
- El pasado no es imprescindible como explicación significativa para la terapia. Se centran mas en el presente (el aquí y el ahora) y en el futuro.
- Los sentimientos no ocupan un lugar central en el proceso terapéutico.
- Enfatizan la importancia de que el terapeuta sea flexible y creativo.

- Aunque a nivel epistemológico se mueven en la cibernética de segundo orden, en la intervención se mueven en la cibernética de primer orden, pues se consideran los expertos y como tales mantienen la jerarquía durante el proceso terapéutico.
- No encaran las variables socio-políticas que afectan la vida de los miembros de la familia.
- Trazan una estrategia ordenada y escalonada (en etapas) para cada problema. Es decir se interesan en la evolución de las respuestas a las intervenciones ya sea para reforzar o corregir la estrategia trazada (flexibilidad).

En pocas palabras, la Terapia Estratégica, se interesa en el modo en que las secuencias repetitivas revelan y reflejan la forma. Además de la influencia de Milton Erickson y Gregory Bateson, los principales representantes de este enfoque fueron influenciados por Salvador Minuchin.

4.8.3 Características de la Terapia Estratégica

Se mencionan las principalmente las características que definen la Terapia Breve como lo señala (Op.cit)

Como estrategia: se focaliza principalmente en el problema presentado, pues se considera que si el problema presentado se convierte en el centro de las intervenciones terapéuticas, esto ayudara a mantener la motivación de la familia en el cambio, mientras paralelamente se van logrando los cambios estructurales. No les interesa proporcionarles a la familia conocimientos sobre la forma en que están funcionando, sino ayudarles a cambiar las secuencias para que resuelvan los problemas presentados.

La observación de las secuencias: también les permite definir la estructura de la familia, convirtiéndose la reorganización de la familia en otro objetivo terapéutico. En el estudio de la estructura de la Familia juegan un papel muy importante la jerarquía y los límites intergeneracionales. Estos objetivos estructurales se conectan directamente con el problema presentado por la familia.

Hay un nivel de explicación e interpretación: de los síntomas, se puede llegar a hacer conexiones con la historia y con el ciclo vital de familia. Aunque esto se considera útil para la familia.

Trazan una estrategia ordenada y escalonada: (en etapas) para cada problema. Es decir, se interesan en las respuestas a las intervenciones ya sea para reforzar o corregir la estrategia trazada (flexibilidad).

Se considera que los síntomas son una metáfora de lo que está ocurriendo, cumplen una función de protección o estabilización en la familia. Constituyen la solución (disfuncional) de la familia al problema. Las familias hacen lo que pueden.

Cabe mencionar que otro exponente que fue participe dentro de este enfoque es Jay Haley, donde participo desde 1962 en las investigaciones del Instituto de Salud Mental de Palo Alto (M.R.I). En 1976 dejo Palo Alto y se unió a Salvador Minuchin en la Philadelphia Child Guidance Clinic, donde se influenciaron mutuamente.

En 1973 Haley acuñó el término "Terapia Estratégica" para describir el trabajo de Milton Erickson y posteriormente ese término se extendió al trabajo terapéutico en el que el clínico diseña de manera activa intervenciones específicas para cada problema orientadas a manejar las resistencias y lograr el cambio lo más rápidamente posible.

Los enfoques ubicados bajo el rotulo de terapia breve y terapia breve estratégica (Watzlawick, Nardone 2000) se caracterizan por que creen que el análisis de las ideas y de las secuencias repetitivas que rodean a los síntomas, constituye un nivel de explicación suficiente; se consideran innecesarias las inferencias sobre su propósito, su función, o sobre la estructura familiar (Cade y O'Halon, 1.995; Shazer, 1.9887, 1986; Fisch y otros, 1.984; O'Hanlon y Weiner- Davis, 1.993; Watzlawick, Weakland y Fish, 1.985). Las secuencias interaccionales son observadas para identificar pautas de pensamiento y conductas que se refuerzan mutuamente.

5. FORMACIÓN DE RECURSOS Y COMPETENCIAS PARA EL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL EN UN CENTRO COMUNITARIO

De acuerdo a la Secretaría de Educación Pública (2012), *“El Servicio Social es una actividad que todo estudiante de educación superior, que recibe un título profesional, deberá realizar como retribución a la sociedad por los estudios que recibe; sin embargo en la actualidad no sólo debe considerarse como un simple requisito, sino como una oportunidad de desempeño y desarrollo profesional”*.

La situación laboral exige cada vez más que los egresados de licenciatura posean conocimientos, habilidades y actitudes, es decir competencias, situación de la licenciatura, adecuadas para que puedan ser útiles y funcionales en las distintas áreas de trabajo. Durante la licenciatura gran parte de lo aprendido por un estudiante, tiene que ver con conocimientos meramente teóricos; sin embargo existe la necesidad de que el estudiante cada vez más se vea inmerso en situaciones prácticas que le permitan integrar ese conocimiento teórico con la experiencia vivencial de aquello en lo cual se forma.

Durante mi estancia en la facultad de Psicología pude percatarme que el trabajo práctico-clínico tenía ciertas limitaciones en cuanto a la posibilidad de que cada alumno pudiera tener una práctica personalizada, debido al gran número de alumnos por aula y a la falta de espacios adecuados para dichas prácticas

Esto me impulsó a que en séptimo semestre tomara la decisión de realizar mi servicio social en un lugar donde pudiera realizar mis prácticas clínicas, donde yo pudiera aprender y crecer en el ámbito profesional. En un inicio no tenía conocimiento o no encontraba el lugar indicado, para realizar mi primera experiencia en el contacto clínico presencial con un paciente, hasta que me di a la tarea de indagar centros clínicos o comunitarios donde ofrecen la oportunidad de que el estudiante empiece a tener contacto con el trabajo terapéutico así como el campo laboral al que se emerge dicha institución, en este caso el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”.

Debo mencionar que, el trabajo clínico, a pesar de que la universidad brinda los conocimientos teóricos y algunos prácticos, que en ocasiones resulta insuficiente, como en lo referente a espacios para agendar o atender a un paciente, la posibilidad de realizar entrevistas etc., para llevar a cabo la experiencia vivencial del trabajo clínico, el cual propicia un primer contacto con pacientes que acuden en busca de ayuda psicológica, por ejemplo, los que la solicitan en CCAP, los cuales acuden con una demanda distinta.

En el proceso de mi formación en CCAP pude obtener una serie de competencias, que me permitieron llevar a cabo el trabajo terapéutico con cada paciente que llegaba con un motivo de consulta diferente, lo que resultó enriquecedor y complemento para mi formación profesional. En mi estancia de un año, supe que no bastaba con una revisión bibliográfica ya que no es lo mismo implementar una definición que proporcionan los libros de texto a fomentarlo a la práctica del ejercicio clínico, la cual me llevará a realizar un proceso terapéutico con un paciente, sino que era importante llevar a cabo una supervisión para poder afinar detalles o características en relación al proceso terapéutico que se debía llevar con el paciente; por otro lado, realizar una primera entrevista, la forma de indagar información sobre la historia clínica de los pacientes y además de esto puede enriquecer más sobre las pruebas psicológicas que revisé a lo largo de mi estancia en la universidad.

La supervisión, anteriormente mencionada, se llevaba a cabo de forma individual, manejando la “terapia breve estratégica” que fue aprendida mediante la revisión teórica y la experiencia de la docente a cargo de supervisión, con la finalidad de no llevar un proceso largo sino delimitar el problema actual que presentaba dicho paciente. Cabe mencionar que este tipo de terapia que se manejó en CCAP en este caso el Programa de servicio social “*Fortalecimiento al Trabajo Comunitario*” que tiene como característica no buscar las causas “profundas” del problema ya que lo que se considera, no es el modo en que el problema se ha formado en el pasado, sino como éste se mantiene en el presente; centrándose en la interacción presente y en las conductas observables que mantienen el problema.

5.1 Experiencia adquirida como formación profesional.

El objetivo principal de llevar a cabo mi servicio social en CCAP fue el de hacer entrevistas y aplicar pruebas psicológicas, (con fines de psicodiagnóstico), todo como parte de lo que conformaba el programa que prescribió la UNAM al momento de realizar un servicio para la comunidad y sus alrededores, ofreciendo un centro de atención psicológica.

Sin embargo no solamente realicé ese tipo de actividades sino se me brindó la oportunidad de realizar una intervención mediante la "terapia breve estratégica", donde me di cuenta que la mejor herramienta que tengo como psicólogo en formación, es la de aprender a observar, el saber escuchar y hacer un análisis de lo que se exponía en cada caso clínico, considerando también el constante aprendizaje, ya fuese de una teoría que hablara de una situación en particular de la demanda del paciente, mediante la revisión bibliográfica o tomando en cuenta la opinión de la profesional docente que estaba a cargo de supervisar a los alumnos que pertenecían al programa de servicio social, donde tenía marcado como objetivo, adquirir experiencia y formarme como parte de un ambiente laboral mediante la constante enseñanza y entrenamiento terapéutico, sobre las herramientas o sugerencias que se me hacían al momento de llevar a cabo la supervisión individual.

El aprendizaje empezaba desde el momento que se me brindó la oportunidad de entrenarme para realizar un trabajo psicológico dentro del ámbito clínico, qué en ocasiones podría ser interventivo, con ayuda de la co-terapia donde todo comenzaba desde escuchar como los terapeutas a cargo de un caso clínico realizaban la entrevista con el paciente así como observar la interacción terapeuta-paciente, mediante estrategias desde la forma de dirigirse al paciente, tener tacto al momento de indagar información, identificar y devolver la pauta recursiva así como tomar apuntes sobre algunos aspectos importantes durante la sesión del paciente con el desarrollo de la competencia de la abstracción, análisis y síntesis = capacidad de observación.

Cabe destacar que además de las estrategias empleadas durante la sesión de un paciente, las sesiones de supervisión tanto a nivel individual como grupal; la sesión grupal se inicia en el momento en el que un terapeuta propone exponer un caso que este atendiendo así como el proceso que se esté llevando en sus sesiones terapéuticas, con el objetivo que una vez expuesto el caso las docentes profesionales y terapeutas en conjunto puedan dar una impresión diagnóstica y brindar asesoría de equipo en la cual los elementos que el terapeuta no detectara en su proceso puedan ser abordadas o reafirmar las impresiones que el terapeuta a cargo sugiere con algunos elementos propuestos para que se adecue al proceso del paciente.

La sesión individual se lleva a cabo por medio de la docente responsable del programa que en este caso es el de Servicio Social, donde de forma personalizada cada terapeuta expone los casos de pacientes que está llevando a cargo y el proceso que está manejando con cada uno de ellos y con estos elementos poder afinar las dudas del terapeuta o las impresiones que se tiene del caso con el fin de adecuar un trabajo terapéutico que sirva para conducir su tratamiento de una manera objetiva, se propone la fase de evaluación en algunos casos o la forma de cómo abordar un tema que esté relacionado con el motivo de consulta del paciente en curso.

Las impresiones que tiene el terapeuta respecto al caso que está atendiendo se pueden complementar con las visiones directas del docente, con la finalidad de llevar de manera objetiva un caso clínico; estas supervisiones son un apoyo fundamental al momento de tomar una decisión del trabajo que se tenía que realizar con el paciente o si se requería la aplicación de pruebas psicológicas esto me daba apertura para enriquecer la información del paciente en menos tiempo y al tenerla a la mano poder sugerir una impresión diagnóstica o complementarlo con el punto de vista con el terapeuta que estaba a cargo.

En muchas ocasiones note que el papel que llevaba a cabo un terapeuta es complejo, pues desde el primer momento en que se realiza una entrevista

inicial o cuando ya propiamente durante una intervención, surge en la persona información que bien podría estar o no relacionada con el motivo de consulta reportado desde un inicio; además me percate del estilo diferente de cada terapeuta al indagar información, y el empleo de técnicas que fueran adecuadas para cada caso. Por otro lado, el empleo del lenguaje es una clave fundamental al momento de conducir una entrevista, pues no es conveniente utilizar el mismo lenguaje para todos los pacientes que acudían a sesión, aprendí que cada paciente debe tener un trato personalizado según su contexto.

Con el paso del tiempo pude afinar estas habilidades que había observado durante los primeros 6 meses, donde gracias a la ayuda de la supervisora a cargo del programa de servicio social, junto con las docentes profesionales del área clínica, logre profundizar el trabajo terapéutico que se llevo con cada paciente y al mismo tiempo en la aplicación, calificación e interpretación de las pruebas psicológicas donde tomaba en cuenta la sugerencia de las profesionales, permitiéndome abarcar diferentes puntos de vista, que cabe aclarar que esto se lograba gracias a las diferentes perspectivas que las docentes manejaban en CCAP dentro del ámbito de la psicoterapia, teniendo la flexibilidad de abocarme a la posible solución más rápida o sugerencia que me encaminaba a llevar a cabo la intervención con un paciente.

Los 6 meses posteriores como terapeuta en el Servicio Social me permitió afinar la observación y la escucha atenta mediante las valiosas intervenciones que se me sugería a partir de hacer contacto conmigo mismo en cuanto qué y cómo me hacía sentir el material o contenidos del paciente al momento de llevar a cabo la supervisión donde de forma individual se exponía el caso y los elementos detectados importantes en relación con su motivo de consulta lo cual con la ayuda del docente profesional conducía el trabajo terapéutico que se tenía que realizar con el paciente o de manera grupal donde se exponía el caso clínico comentando desde el motivo de consulta, la indagación de información y los elementos encontrados del paciente, esto para recibir

opiniones de otros docentes profesionales o terapeutas que tenían un poco más de experiencia al momento de conducir un caso.

Se empleaba la opinión de todos, sugerencias en la aplicación de pruebas o en la propia entrevista donde se retomaban aspectos que se tenían que profundizar más para conocer elementos que hablaban del paciente y en relación a su problemática de tal manera que cuando se me daba alguna instrucción o algún simple manejo con un paciente con determinada demanda podía tener más confianza al momento de llevar el proceso terapéutico sin dejar de lado el enfoque que se me ofreció inicialmente de manera estratégica.

Comenzando así a tener contacto directo con el usuario manteniendo a mi cargo de 5 a 8 pacientes aproximadamente que presentaban diferentes demandas que a veces no correspondían al motivo de consulta inicial, o que en ocasiones mediante la entrevista se podían detectar aspectos que no tenían relación con lo que refería su motivo de consulta o tras la evaluación empleada. Esto implica que se debe diferenciar entre la queja y el problema.

Se sugerían otros elementos para el trabajo terapéutico y por lo tanto ahí comenzaba el trabajo desde el momento que se realizaba la indagación sobre el problema actual que presentaba un paciente de tal forma que se focalizara mediante la supervisión que servía de gran ayuda en el momento de sugerir un trabajo terapéutico o revisando un proceso de psicodiagnóstico para esclarecer el motivo de consulta con el objetivo de solo trabajar sobre esa problemática y buscar que el paciente mediante sus recursos ofreciera alternativas de solución.

La supervisión clínica, individual y grupal, sugerían una revisión bibliográfica sobre técnicas o el trabajo por realizar, pero no fue lo mismo a partir del momento de su intervención por lo tanto bajo la terapia estratégica que manejo el programa, se sugerían preguntas que aterrizaran para abordar la indagación de información o el empleo de técnicas que me sugerían las docentes en el momento de la supervisión grupal.

5.2 Principales competencias desarrolladas en CCAP como prestador de Servicio Social

La participación del prestador de servicio social tiene un papel importante al momento de llevar a cabo un proceso terapéutico, pues este permite un desarrollo tanto a nivel teórico como práctico ante las demandas presentadas por cada uno de los pacientes en CCAP, tales demandas me permitieron ir formando una serie de competencias que facilitaban el trabajo practico-clínico, permitiéndome desenvolver y al mismo tiempo formarme en el campo clínico.

A continuación comencare a describir cada una de las competencias que fui adquiriendo a lo largo de mi estancia en la universidad dentro de un marco referencial teórico y que me permitió afinar habilidades y competencias que se requerían dentro del campo clínico y que como estudiante de Psicología me permitió profundizar y conocer de manera practica el trabajo terapéutico que se maneja en el centro comunitario.

- **Relaciones interpersonales:** Cuando ingrese a CCAP me di cuenta que el ambiente que manejaban las diferentes docentes, era un clima laboral establece y mantiene relaciones profesionales constructivas en un marco de empatía y respeto, también existía el trabajo en equipo ya que se revisaban los casos y esto permitía desenvolverme en el trabajo tanto a nivel individual como grupal.

Lo mismo sucedía con los pacientes a los que atendí, ya que para crear un clima de confianza en el trabajo terapéutico, se necesitaba tener esa empatía en el primer contacto, por ejemplo cuando se realizaban entrevistas de primera vez, esto le daba una gran apertura al trabajo y brindaba la oportunidad de llevar a cabo este proceso. Esta empatía con el paciente se lograba dándole al paciente la oportunidad de manifestar sus emociones y por lo tanto mostrarle sentirse comprendido, y contenido con el objetivo de fortalecer emocionalmente al paciente

intentar ver el mundo a través de los ojos del paciente para comprender su situación. Cuando esto se logra el trabajo terapéutico puede ser más enriquecedor.

- **Escucha activa:** este tipo de desarrollo terapéutico permite que el conocer y además saber escuchar es fundamental en terapia. Al escuchar, a un paciente abre la posibilidad de que hable de sí mismo, y sobre la problemática actual que lo condujo a recibir apoyo profesional y con la ayuda del psicólogo le permita comunicar información relevante y aumentar la posibilidad de comprender mejor al usuario; a su vez se potencia la relación terapéutica y finalmente se anima a los pacientes a ser más responsables de su proceso de cambio y a ver al terapeuta más como un colaborador que como un experto; esto brinda la oportunidad que la intervención terapéutica tenga éxito.

- **Intervención:** Este tipo de desarrollo del trabajo terapéutico clínico es una competencia que se lleva a cabo mediante actividades que me servían para promover un adecuado desarrollo sobre la salud mental del paciente con el objetivo de incrementar el funcionamiento positivo y un sentimiento de bienestar en cada paciente que atendí al momento de realizar la intervención esto se logra a través de psicoeducación y tratamiento psicológico que era recomendado por el profesional docente en supervisión clínica individual o grupal. Todo este trabajo se logra enfocándose mediante la terapia breve estratégica basándose en los lineamientos o características de la misma.

Comencé atendiendo alrededor de 5 pacientes observando su motivo de consulta inicial, con esto se realizaba la entrevista inicial encaminado al motivo que refería el paciente explorando el problema actual y los posibles antecedentes los cuales brindaban información además de esto se realizaba un llenado de cuestionarios con el paciente los cuales permitían conocer datos del paciente así como el estado socioeconómico de este anudando a datos generales del mismo.

Una vez encontrando los elementos en relación a su motivo de consulta se fijaban los objetivos del trabajo terapéutico que se haría con el paciente, después bajo sugerencia de la supervisión individual se buscaba información o el marco de referencia del tema a tratar con la finalidad de conocer acerca del tema que se necesitara revisar.

Posteriormente una vez revisado el marco teórico del tema, las sugerencias hechas en supervisión individual se llevaba a cabo la intervención terapéutica con el objetivo de que el paciente pudiera descubrir los recursos que podrían ayudarle a mejorar el problema que presentaba, en varias ocasiones algunos pacientes eran referidos por las instituciones por alguna situación o problema que presentaba en ese entorno a lo cual la tarea era poder abordar la situación de tal manera que el paciente pudiera trabajarlo mediante los recursos o mediante autorregistros que servían para que se pudiese dar cuenta de su situación y poder solucionarla.

Algunas veces no se llevaba a cabo todo el proceso con el paciente porque necesitaban un tratamiento adicional a la orientación psicológica brindada (trabajo psicológico-psiquiátrico) de tal manera que se realizaban canalizaciones a otras instituciones especializadas para tratar el problema que presentaba un paciente; por ejemplo: Un paciente acudió al centro con motivo de depresión la cual se fue trabajando a lo largo de las sesiones, sin embargo, no solo era llevar ese tipo de tratamiento si no que tenían que realizar una evaluación psiquiátrica cuando la depresión era mas severa; entonces se redactaba un documento en el cual se especificaba porque era referido anexando las impresiones diagnosticas y con esto el paciente pudiese continuar su proceso psicológico. En algunas otras situaciones, esto no ocurría así, ya que había casos que no podían ser atendidos y requerían especialistas a cargo de su problemática y solo se les realizaba una entrevista inicial.

Una vez que se atendía un paciente lo que se realiza es el llenado de informe psicológico del sujeto donde se anotaba el número de expediente y se extraían los datos que se indagaban al momento de la entrevista y el llenado de cuestionarios con la finalidad de armar su informe psicológico donde contenían datos generales del paciente, familiograma que exploraba el núcleo familiar del paciente, y se reportan las sesiones que se llevan a cabo con el paciente y si era su caso la evaluación que se realizaba con resultados para poder complementar la información que proporcionaba el paciente. Este informe es una herramienta de utilidad para el terapeuta porque con él se puede revisar el proceso del paciente en su trabajo terapéutico y llevar un control en sus resúmenes de sesión.

- **Búsqueda de información:** Este tipo de competencia es de suma importancia cuando se lleva a cabo la supervisión clínica, a pesar de que es una sugerencia para enriquecer la información o problemática del paciente, es importante llevar una revisión bibliográfica, la cual permite obtener información precisa o fundamentos teóricos que permite abarcar alternativas de solución o propuestas a la hora de realizar una intervención terapéutica.

En este caso por medio del la o las docentes profesionales, recomendaban literatura o investigación acerca del tema en relación con la problemática del paciente ya que en ocasiones desconocía del tema y por lo tanto se requería buscar información que me permitiera esclarecer dudas con respecto a la problemática del paciente o estudios que había sido realizados anteriormente con personas que presentaban una problemática similar. Además había elementos prácticos que no sabía como llevarlos a cabo y para poder comprender las técnicas, el trabajo de intervención con el paciente necesariamente se tenía que realizar la búsqueda de información para mayor comprensión y poder ejecutar el objetivo terapéutico que se implementaba con cada paciente.

- **Trabajo Integrativo** : Durante el trabajo terapéutico que se realiza con cada paciente, en muchas ocasiones no es suficiente una teoría o perspectiva psicológica que explique determinado problema; sin embargo existen diferentes alternativas o diferentes perspectivas psicológicas que brindan un entendimiento sobre el asunto a tratar o demanda del paciente, adecuándolo a su propio enfoque y de esta manera ofreciendo una opción que pueda mejorar la salud mental o disminuir la demanda inicial del paciente para llevar a cabo la intervención clínica. Por ejemplo, en algunos casos se requería hacer un registro de conductas de pacientes que eran agresivos por lo tanto a veces el paciente desconocía la situación o el problema que generaba su agresión entonces se le recomendaba este autoregistro donde el paciente aprendiera a detectar las situaciones y las reacciones ante el mismo. Cabe destacar que se podía combinar el trabajo realizado con algunas estrategias que ofrecían alguna perspectiva psicológica o simplemente algunas técnicas que fueran adecuadas para el tratamiento del paciente.

- **Trabajo en equipo**: Es una de las competencias que considero básicas a la hora de laborar en un campo clínico donde se debe trabajar conjuntamente para la posible alternativa o solución de un problema que presente un paciente y que algunas ocasiones el terapeuta no logre mirar una alternativa para mejorar el trabajo clínico terapéutico, se busca la participación de otros terapeutas que están a cargo en CCAP para poder realizar una intervención adecuada que en algunas ocasiones va a requerir de una evaluación psicológica, que sería propuesta por los profesionales que están a cargo de los pacientes que se presentan en el centro así como compartir la experiencia que les ha llevado a lo largo de su estancia de su formación.

Algunas actividades como la planeación e integración de algún taller, reportes del archivo clínico si es que se encuentra completo el expediente o no, difusión de la información psicológica sirven para que

se lleve a cabo un trabajo en conjunto con otros terapeutas a cargo de los casos clínico con los cuales se pueden compartir ideas o experiencias en alguna actividad a realizar.

- **Planeación, fundamentación e implementación de un taller:** En mi caso en conjunto con el programa de servicio social creamos un taller preventivo para adolescentes sobre el tema de violencia en el noviazgo donde se llevaba a cabo la indagación de información, integración de cartas descriptivas y marco teórico que me sirvieron de utilidad para poder crear un taller en el cual se requería un análisis en conjunto para llevarla a la práctica clínica en un escenario que tuviera una posible relación con el tema.

Una vez realizado dicho trabajo de manera teórica se procedió a su aplicación a una población de educación secundaria en una colonia cercana al centro, con la finalidad de crear conciencia en los alumnos a cerca del tema y que entre los integrantes puedan adquirir herramientas de prevención cuando viven sus primeras experiencias en el noviazgo.

En cuanto al trabajo en equipo realizado los resultados positivos del taller realizado permite tomar en cuenta opiniones de otros terapeutas con la finalidad de afinar los objetivos, en este caso lo que se quería difundir en el taller preventivo se pueden elaborar en conjunto de manera que se aborden diferentes ideas para adecuar el trabajo mediante la organización de cada uno de los integrantes y de forma ligada al proyecto.

En resultados negativos podría mencionar que el tiempo es una limitante para cada integrante del equipo ya que cada uno tenía en diferentes horarios asignados a pacientes y en varias ocasiones no se lograba a conformar todo el equipo, una vez ya terminado el trabajo la parte practica tuvo una limitante en cuanto a la asignación de roles que fungía cada terapeuta en el escenario practico para impartir el trabajo.

- **Evaluación:** se lleva a cabo durante el proceso terapéutico que lleva un paciente en el momento que este busca la ayuda para disminuir o mejorar algunas situaciones que está viviendo en la actualidad o alguna dificultad que impide tener un bienestar a nivel salud mental, mediante ello se realizan evaluaciones para conocer un poco más acerca de su personalidad o algunas características que se detecten a la hora de llevar a cabo una intervención y que por lo tanto permite dar cuenta de los procesos y características mentales del paciente todo bajo un rubro de comportamiento ético y de confidencialidad a la hora de obtener los resultados de dichas evaluaciones.

Para llevar un trabajo terapéutico adecuado en ocasiones se utilizaba la entrevista psicodiagnóstica la cual mediante la indagación de información se sugerían las impresiones diagnósticas del paciente al cual se le daba una intervención o se realizaba y determinaba el tipo de evaluación, esto se logra con la ayuda del supervisor a cargo del programa y con las impresiones del psicólogo a cargo del caso; se usaban pruebas psicológicas proyectivas para conocer rasgos de personalidad del paciente o pruebas psicométricas que solo algunos pacientes lo requerían.

La evaluación psicológica me ayudo en encontrar elementos que tuviesen relación con el paciente o con la problemática actual así mismo me permitió ver un panorama o esquema general acerca del paciente con esto podía reafirmar las impresiones que me daba el caso o simplemente para conocer un poco más del paciente mediante las pruebas que en muchas ocasiones arrojaban datos muy importantes que podrían ser utilizados en el trabajo terapéutico.

6. CONSIDERACIONES FINALES

El objetivo dentro de mi servicio social en cuanto a la formación profesional fue que a través del desarrollo del mismo, se pusieran en práctica las capacidades y habilidades que durante la carrera de Psicología se van adquiriendo como parte teórica- práctica, además de apoyar el desarrollo de otras habilidades o conocimientos con las que el estudiante no contara.

Específicamente, el objetivo del IPSS fue, hacer un énfasis de la importancia del papel que juega el estudiante de Psicología dentro del ámbito clínico desarrollando habilidades y al mismo tiempo tener un contacto vivencial con la comunidad “Los Volcanes y sus alrededores”. Esto permite que el estudiante pueda afinar habilidades y descubrir las competencias que adquiere al momento de tener un trabajo clínico con un paciente al recibir atención psicológica.

Tomando en cuenta lo mencionado en la formación del estudiante de psicología dentro del rubro clínico cabe destacar que aún hay trabajo por realizar para brindar servicios psicológicos de calidad y al mismo tiempo contar con los recursos necesarios que necesita el psicólogo en formación con respecto a las condiciones del centro. Tales condiciones se ven reflejadas ante la demanda de los usuarios además las cuestiones administrativas que se manejan en el Centro Comunitario, así como las necesidades propias de la población.

Dentro de un contexto cabe resaltar a la Universidad Nacional Autónoma de México así como a la Facultad de Psicología que contribuyeron en un proyecto importante al momento de brindar un servicio profesional que se adecuó a las limitaciones económicas de la población. Si bien este tipo de apoyo que brinda la universidad con la ayuda del Movimiento Popular de los pueblos y Colonias del Sur, A. C. hicieron mancuerna para lograr establecer un centro que apoye a la comunidad que en varias ocasiones no tiene la oportunidad de tener un servicio a nivel de Salud en general.

El nivel socioeconómico es un factor importante para la comunidad ya que efectivamente refleja la marginalidad de la población, pues son familias con ingresos económicos bajos, que a veces son muy extensas y que las condiciones con respecto a sus viviendas de la misma forma son escasas.

Asimismo, de la población que acude al Centro y es económicamente activa, solo una cuarta parte tiene un empleo fijo, en el cual se tienen ingresos más estables, mientras que las tres cuartas partes restantes no perciben un sueldo o remuneración, o tiene ingresos muy inestables por el tipo de ocupación (oficios).

Los usuarios que acuden a CCAP son, mayoritariamente niños y adolescentes, razón por la que los motivos de consulta más frecuentes son relacionados con el desempeño escolar o cuestiones de Violencia intrafamiliar, sin embargo, esto no quiere decir que no se presenten otro tipo de problemáticas al mismo tiempo (como por ejemplo: Abuso sexual, depresión, ansiedad, co- dependencia, agresividad, etc. Por lo que es importante poner atención en esta comorbilidad y atender de forma acertada las problemáticas sin minimizar o engrandecer algún síntoma.

Otro factor que es importante resaltar es la cuestión en nivel de horario que se les ofrece a los usuarios ya que permite un espacio en un turno matutino lo cual no brinda la posibilidad de recibir apoyo psicológico a algunos usuarios que se encuentran laborando por las tardes y que ante una grande demanda de los usuarios tuvo que brindar una apertura de tomar atención los fines de semana (sábado), en un horario de 9am a 2pm.

Sin embargo, tal apertura lo que provoco fue que muchos usuarios requirieran su servicio el día sábado lo cual causo una gran lista de espera que ya antes estaba establecida, esto se vio reflejado principalmente con la población adolescente que en muchas ocasiones tienen que dejar pendiente la situación académica para poder adquirir un servicio y que es una limitante por la

ausencia de las instituciones a las cuales permanece este tipo de población. Por lo tanto se hace la sugerencia de abrir espacios en el turno vespertino para poder atender a la población que día a día requiere ayuda profesional en beneficio a la población y al centro mismo recibiendo atención de calidad.

Finalmente otra consideración que es parte del trabajo clínico en el centro comunitario es las limitaciones que existen en espacios, se ve reflejado en el hecho de que las instalaciones del Centro están reducidas, por lo que en algunas ocasiones no se ha tenido la capacidad para atender a la población en horarios que se saturan. Así, que, para considerar la posibilidad de atender un mayor número de personas, hay que tomar en cuenta estas deficiencias en los espacios y en cuanto a personal.

En cuestión de personal ya que actualmente solo se contó con 4 Prestadores de Servicio social dando apoyo a brindar atención psicológica con los usuarios que acudían al centro, además de los integrantes de los diferentes programas académicos que ofrece la Facultad de Psicología, daba una limitante en atención a los pacientes ya que no se podía tomar la lista de espera y llamar a los usuarios que meses atrás requerían de un servicio.

No se debe olvidar que este es un centro de atención a nivel primario y que por ello la capacidad para atender a toda la población es insuficiente, sin embargo, la labor que se hace en él es plausible, ya que en la mayoría de los casos se ha dado algún tipo de respuesta con la que se espera contribuir al bienestar de esta población, ya sea dando información, canalizando o atendiendo directamente.

Se puede observar la atención psicológica brindada hasta ahora, en este año, generalmente ha sido individual, pero el impacto se extiende hacia la familia y hacia la comunidad.

REFERENCIAS

- Acosta, L. Las matemáticas del siglo XX una mirada en 101 artículos: Cibernética y teoría de sistemas. *Artículo de revisión Números*, ISSN 0212-3096, N°. 43-44, 2000. págs. 233-236.
- Amaris, S (2006): Aproximación a las propuestas en psicoterapia dinámica breve de D. Malan y P. Sifneos. Tesis de la Universidad Pontificia Boliviana, Medellín.
- Andolfi, M. et. al. (1985) *“Detrás de la máscara familiar”*, Amorrortu.
- Arnold, M; D. Rodríguez. El Perspectivismo en la Teoría Sociológica. *Revista Estudios Sociales (CPU)*. Santiago. Chile. N°64. 1990^a.
- Baringoltz S.; Levy, R. (2007). *Terapia cognitiva: Del dicho al hecho*”. Buenos Aires: Editorial Polemos. p. 378
- Brarda, G. (2007). Del dicho...: el vuelo del águila. En Baringoltz, S. y Levy, R. (Comp.). *Terapia cognitiva: Del dicho al hecho*. Buenos Aires: Polemos.
- Bertalanffy, L. V. (1976). *Teoría general de sistemas*. México: Fondo de cultura económica.
- Boscolo L.; Bertrando, P. (2009) *Terapia Sistémica Individual*. Buenos Aires 2° Edición: Editorial Amorrortu.
- Camacho, M. (2006). *Panorámica de la Terapia Sistémica*. Extraído de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo33.pdf>.
- Capra, F (1998). *La trama de la vida*. Barcelona: Anagrama
- Castañedo, C. (1997). *Terapia Gestalt*, España, Herder, p. 194, 208.
- Díaz, P. I. (2007). *Técnica de la entrevista psicodinámica*. México: Editorial Pax.

- Espina & Bagoña (1996). *Terapia Familiar Sistémica: Teoría clínica e Investigación*. Madrid. Editorial Fundamentos.
- Feixas, G; Miro, M.T (1993): *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona. Paidós.
- Grof Stanislav. (1994). *Psicología transperental: nacimiento, muerte y trascendencia en psicoterapia*. Enric Tremps (traductor). 2º Edición. Barcelona. Editorial Kairós. p. 502.
- Hernández, N. A. (2007). *Manual de la psicoterapia cognitivo: conductual para trastornos para la salud*. México; Editorial Libros en red.
- “Intervención clínica en adultos y grupos” (2013). Facultad de Psicología, UNAM. Extraído de <http://www.psicologia.unam.mx/pagina/es/293/puep-intervencion-clinica-en-adultos-y-grupos>
- Johansen, O. (1993). *Introducción a la teoría general de sistemas*. México: Editorial Limusa.
- Johansen; Bertoglio. (1997). *Introducción a la Teoría General de los Sistemas*. México. Editorial: Limusa.
- Kort, R. F. (2006). *Psicoterapia Conductual y Cognitiva*. Editorial CEC, S.A.
- Korzybski, A. (1958). *Science and Sanity: An Introduction to Non-Aristotelian Systems and General Semantics*. Lakeville, CT: International Non-Aristotelian Library.
- Kris, J (1990) *Corrientes fundamentales en Psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Latorre, E. E. (1996). *Teoría General de Sistemas, Aplicada a la solución Integral de Problemas*. Santiago de Cali: Universidad del Valle.
- Lega, L (1991). La terapia racional emotiva: Una conversación con Albert Ellis. En V. Caballo (coord.), *Manual de técnicas de terapia de modificación de conducta*. Madrid.
- Lega, Leonor; Caballo, Vicente; Ellis, Albert (1997). *Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Lennin, M. (2008). *La Psicología de la Gestalt: Síntesis*. Extraído de <http://cgnauta.blogspot.mx/2008/04/la-psicologa-de-la-gestalt-sntesis.html>
- Marc, E.; Picard, D. (1992) *La interacción social. Cultura, instituciones y comunicación*. Barcelona: Paidós.
- Mata J.L (s/f): La terapia psicodinámica de Madrid. Centro psicoanalítico de Madrid.
- Mahoney, M. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Maturana, H., von Foerster, H. (1988). *Biología, Cibernética y Comunicación*, Seminario organizado por la Asociación Sistémica de Buenos Aires, Argentina.
- Millán, M. A.; Serrano, S. (2002). *Psicología y familia*. Madrid: Cáritas Española. p. 308.
- Nardone G. (2000). *Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Madrid: Editorial Paidós.
- Perls, Fritz. *El enfoque guesáltico y testimonios de terapia*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Plaud, J. J. (2001). Clinical science and human behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1089-1102.

- "Programa de Escenarios Especializados" (2013). Facultad de Psicología, UNAM. Extraído de <http://www.psicologia.unam.mx/pagina/es/293/puep-intervencion-clinica-en-adultos-y-grupos>
- "Programas de servicio social estudiantil registrados ante la dirección general de profesiones por institución prestataria". SEP. Recuperada Julio 25, 2013, de <http://sincehgo.sep.gob.mx/recuento/adjuntos/SERVICIOSOCIAL.pdf>
- Sánchez, R. L. M. (2005). *Aspectos históricos y enfoques de la terapia familiar*. Colombia: Ed. Unidad De Artes Gráficas de La Facultad de Humanidades. pags. 143
- Santacruz, S.; Valiente X. y Velásquez, L. (2011). *Introducción a la Terapia Gestalt*. Chile: Universidad Internacional SEK / Universidad de Concepción. Extraído de <http://clasepatxi.files.wordpress.com/2011/02/introduccion-terapia-gestalt.pdf>
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas familiares*, vol. 3 (2). p. 65.
- Soria, T. R. (2010) Tratamiento sistémico en problemas familiares. Análisis de caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 13 (3).
- Sprachman, H (2003). *Terapia breve: Teoría de la Técnica*. 1 Ed. Buenos Aires.
- Stanislav, (1994). *Psicología Transpersonal Nacimiento, muerte y trascendencia en psicoterapia*. 3era Edición, Editorial Kairos
- Trull E; Phares J. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. 6ª Edición, México: Editorial Thompson.
- Valenzuela C. (2007). "Programa general del centro comunitario de atención psicológica" "Los Volcanes". México, D. F.

- Vázquez, Cesar. (2010). *Psicoterapia Gestalt: conceptos, principios y técnicas*. España: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/cvasquez/gestalt2.shtml>
- Von Foerster, H. (1987). *Sistemi che osservano (Sistemas que se mantienen)*. Roma: Astrolabio. pp. 152, 29, 30, 28, 25.
- Watzlawick, P.; Beavin, J. H. y Jackson, D. (1971) (2002) "*Teoría de la comunicación humana*". Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- Wiener, N. (1969). *Cibernética y Sociedad*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.