



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**USO DEL VOCABULARIO EN LA RELACIÓN PACIENTE-  
TERAPEUTA COMO MEDIO PARA ABREVIAR EL  
PROCESO TERAPÉUTICO**

**INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA**

**OMAR GARCÍA REYES**

**DIRECTORA: MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ**

**SINODALES: MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA**

**LIC. ENRIQUE RICARDO BUZO CASANOVA**

**MTRA. MARTHA LOPEZ REYES**

**MTRA. LAURA ANGELA SOMARRIBA ROCHA**

**4**  
**Facultad  
de Psicología**



**CIUDAD UNIVERSITARIA. MEXICO D.F. 2014.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.



Dedicado a mis padres, Ángeles y Jaime, quienes desde pequeño me enseñaron a luchar por mis sueños y a quienes si madrugar y agotar hasta el último recurso por sacarme a mí y a mi hermana adelante. Por haberse desvelado junto conmigo en muchas noches y sobre todo, por nunca abandonarme y apoyarme en cada decisión que he tomado, buena o mala pero siempre juntos; por todo eso y mucho más... ¡los amo!

## Agradecimientos:

Gracias infinitas a mi Maestra Blanca Mancilla, quien a pesar de sus propias adversidades me compartió parte de su conocimiento y me enseñó el arte de la psicoterapia breve. Gracias a sus comentarios, sugerencias y recomendaciones, es que este informe puede existir. Gracias por sus enseñanzas, pláticas y sobre todo, por ser un excelente ser humano.

A la Maestra Asunción Valenzuela, por brindarme la oportunidad de desarrollarme como profesionista en el centro comunitario, lugar donde más que aprender, desarrolle muchas de las competencias que hoy me permiten hacer un buen trabajo como psicólogo profesionista... muchas gracias...

A mis sinodales, Lic. Enrique Buzo, Mtra. Laura Somarriba y Mtra. Martha López, por dedicarle un tiempo a la revisión de mi trabajo. Gracias por sus comentarios y sugerencias que hicieron mejorar más este informe...

A todos mis amigos por haber sido parte de este bello periodo de mi vida y aquellas personas especiales para mí con quienes compartí parte de este sueño, antes durante y después de la facultad. Pero en especial a mis grandes amigos: Saby, Betel, Rosy, Ana, Alekza, Dany, Héctor, Ivette, Rebeca, Erika, Lucero... por ser parte de mi vida y por dejarme ser parte de la suya, ¡los amiero!

A ti, que te conocí después de iniciado este proyecto, pero que viste realizar mi sueño de ser psicólogo; por impulsarme a ser mejor cada día y aventurarme a hacer cosas que creía no poder hacer, gracias por todo... R

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>I</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>II</b>
<b>1. CONTEXTO LABORAL</b>	<b>1</b>
1.1. Ubicación condiciones del inmueble	2
1.2. Condiciones de funcionamiento	2
1.3. Objetivo General del Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”	3
1.4. Objetivos específicos	3
1.5. Servicios que proporciona el CCAP	4
1.6. Programas de trabajo en el CCAP	4
1.7. Programas académicos en el CCAP	
1.7.1. Residencia en la Maestría de Psicoterapia Infantil	7
1.7.2. Residencia en la Maestría en Psicoterapia Familiar	9
1.7.3. Programa de Prácticas en Escenarios Especializados	10
1.7.4. Programa Único de Especialización en Psicología- Intervención Clínica en Adultos y Grupos	11
1.7.5. Programa de Servicio Social “Dinámica y estructura Familiar en la comunidad Los Volcanes”	13
<b>2. PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL “FORTALECIMIENTO AL TRABAJO COMUNITARIO”</b>	<b>14</b>
2.1. Objetivo General	14
2.2. Objetivos específicos	14
2.3. Actividades específicas	15

2.4.	Modelo de Supervisión clínica en CCAP	16
2.5.	Fluxograma de atención clínica en CCAP	18
<b>3.</b>	<b>MARCO TEÓRICO DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA</b>	<b>19</b>
3.1.	Teoría general de los sistemas	19
3.2.	La teoría cibernética de primer orden	25
3.3.	La cibernética de segundo orden	28
3.4.	La nueva teoría de la comunicación	29
3.5.	Enfoque estratégico de terapia breve	32
	3.5.1 Fundamentos de terapia narrativa	42
<b>4.</b>	<b>MARCO TEÓRICO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA</b>	<b>45</b>
4.1.	Ansiedad	45
4.2.	Falta de control de impulsos agresivos	49
4.3.	Depresión	53
4.4.	Baja Autoestima	57
<b>5.</b>	<b>EL VOCABULARIO EN LA TERAPIA BREVE</b>	
	<b>ESTRATÉGICA: REDUCCIÓN EN TIEMPO DEL PROCESO</b>	
	<b>TERAPÉUTICO EN UN CENTRO COMUNITARIO</b>	<b>59</b>
5.1.	Motivos de consulta-situación a resolver	63
5.2.	Fase de intervención	71
5.3.	Fase de cierre	87
5.4.	Competencias profesionales	90
<b>6.</b>	<b>CONSIDERACIONES FINALES</b>	<b>94</b>
<b>7.</b>	<b>REFERENCIAS</b>	<b>97</b>

## RESUMEN

El presente Informe Profesional de Servicio Social trata sobre el uso del vocabulario, proveniente de la persona consultante o paciente, durante las sesiones de psicoterapia breve estratégica. Estas últimas, se llevaron a cabo durante la prestación de Servicio Social en el Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes", abierto al público el 26 de noviembre de 2006, gracias a un convenio celebrado entre la Facultad de Psicología de la UNAM, y el Movimiento de Pueblos y Colonias del Sur, A. C. ubicado en la delegación Tlalpan, en la colonia "Volcanes". En él se realizan actividades de psicodiagnóstico, terapia de pareja, familia, adultos, grupos, adolescentes, niños y diversos talleres y conferencias. La presente experiencia, se relaciona con la atención psicológica a personas que viven en dicha colonia, o sus alrededores, atendiendo principalmente padecimientos tales como: problemas de ansiedad, control de impulsos agresivos, depresión y problemas alimenticios. Todos ellos, reportados por personas en un rango de edad entre 12 y 50 años y con las cuales se trabajó de manera individual. Durante las intervenciones, se encontró que emplear las técnicas de psicoterapia breve estratégica a partir del vocabulario propio de cada consultante, favorece que el alta del proceso se presente en menor número de sesiones, es decir, se reduce en tiempo el proceso terapéutico en el que se aborda un problema concreto de la persona.

Palabras clave: vocabulario, psicoterapia breve estratégica, proceso terapéutico, sesiones, centro comunitario.

## INTRODUCCIÓN

Hoy en día, la vida de las personas es llevada a un nivel máximo de exigencias, en base a estándares de eficiencia y eficacia. Las afectaciones en el ser humano, a causa de este nivel de vida, pueden observarse a nivel físico e incluso psicológico. Cada vez más, las personas solicitan servicios de salud para atender las diferentes quejas en su vida. La salud mental es una de ellas.

Existen espacios que se dedican a atender problemas de salud mental, entre los que se encuentran hospitales psiquiátricos, centros de salud, servicios públicos o privados, etc. En todos ellos, se busca la pronta recuperación de la persona, y la solución "rápida y efectiva" de los motivos de consulta con que las personas acuden al servicio.

El presente trabajo, busca mostrar una de las maneras en que se trabaja en el Centro Comunitario de Atención Psicológica, "Los Volcanes" (CCAP), abierto al público el 26 de noviembre de 2006, gracias a un convenio celebrado entre la Facultad de Psicología de la UNAM, y el Movimiento de Pueblos y Colonias del Sur, A. C. ubicado en la delegación Tlalpan, en la colonia "Volcanes". A este centro, acuden personas solicitando servicios médicos y psicológicos.

Mi experiencia, se relaciona con la atención psicológica a personas que viven en dicha colonia, o sus alrededores. Los motivos de consulta que llegan a CCAP "Los Volcanes" giran en torno a diversos problemas de salud mental, tales como depresión, agresividad, problemas de familia y pareja, como infidelidad, separación y problemas maritales, entre muchos otros.

Sin embargo, la atención clínica que yo proporcioné se reduce a problemas de ansiedad, control de impulsos agresivos, depresión y problemas alimenticios. Todos ellos, reportados por personas en un rango de edad entre 12 y 50 años y con las cuales se trabajó de manera individual.

Los diferentes programas de atención psicológica que brindan los psicólogos en formación del CCAP, varían de acuerdo al programa que pertenezcan. De igual forma, el enfoque teórico desde donde se "mira" un motivo de consulta depende de esta diferencia entre posturas teóricas. Mi

formación pertenece al Programa de Servicio Social; el enfoque teórico desde donde trabajé fue la Psicoterapia breve proveniente del Modelo Sistémico.

Así, el presente Informe Profesional de Servicio Social, pretende mostrar la manera en que fueron atendidos los pacientes que llegaron a consulta, empleando un enfoque de psicoterapia breve, y en la que el uso del vocabulario de la persona consultante, o comúnmente llamada “paciente”, cobra importancia, pues las técnicas de intervención de la psicoterapia breve estratégica giran en torno a dicho vocabulario.

Con el uso de este vocabulario se logró formular preguntas y devoluciones al paciente que permitieran un cambio en las percepciones del mismo, así como una reflexión sobre su conducta; todo ello se buscó, con el fin de hacer un proceso psicoterapéutico breve.

El objetivo de emplear este tipo de psicoterapia, está basado en las características de los prestadores de Servicio Social en CCAP quienes son aun pasantes de la licenciatura en psicología. Además, el uso de la psicoterapia breve estratégica promueve la pronta solución del motivo de consulta de la persona consultante, evitando alargar el proceso psicoterapéutico, sobre todo, porque la demanda de un Centro Comunitario rebasa, en muchas ocasiones, la posibilidad de brindar ayuda psicoterapéutica de larga duración e inclusive, de brindarla a todo aquel que la solicita.

## 1. CONTEXTO LABORAL

El Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes" (CCAP), fue inaugurado el 26 de noviembre de 2006, como parte de un convenio establecido por la Facultad de Psicología de la UNAM y el Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, A. C., gracias al interés de este último por los problemas que rodean a su comunidad, por el desarrollo de sus diversos grupos sociales y por la búsqueda de solución a los problemas psicológicos que afectan a los habitantes de esta comunidad (Valenzuela, 2007).

Las condiciones de ubicación del CCAP, el alto nivel de marginalidad de la zona, así como la elevada prevalencia de problemas relacionados con la salud mental, constituyen un escenario que permite acercar las actividades de docencia, formación profesional y servicio social de la Facultad, a las necesidades de atención y solución de problemas psicológicos en el ámbito clínico comunitario (Valenzuela, 2007).

Entre los problemas de orden psicológico que más son reportados al CCAP, se encuentran: desintegración y violencia intrafamiliar, alcoholismo, drogadicción, problemas con la sexualidad, problemas de conducta y aprendizaje en niños y jóvenes, depresión, estrés, ansiedad, entre otros (op. Cit.).

De esta manera, el programa de servicio social que se fomenta en el CCAP "Los Volcanes" surge ante la necesidad de atender la demanda de atención clínica psicológica de la población comunitaria que se encuentra dentro del área de influencia de dicho centro (es decir, colonias pertenecientes a la delegación Tlalpan, como son: Los Volcanes, San Pedro Mártir, Los Hornos, El Mirador, Tlalcoligia, San Miguel Topilejo, Tepeximilpa, San Andrés, Pedregal de las Águilas). Sin embargo, la atención clínica no se reduce a esta población, ya que, por lo general, al CCAP acuden personas pertenecientes a otras delegaciones de la Ciudad de México.

## **1.1 Ubicación y condiciones del inmueble**

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

Las instalaciones del inmueble se conforman por tres plantas. En la planta baja, 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 la planta alta, se encuentran una pequeña área de recepción en la cual se encuentra la secretaria del Centro, además de una sala de espera; seguida de tres cubículos (dos pequeños y uno mediano) empleados para la atención clínica psicológica y una sala más amplia para usos diversos (supervisiones, cursos, grupos, etc.), así como dos baños para damas.

Arriba del inmueble, se encuentra un cubículo equipado para la atención a niños (con juguetes y diversos materiales como hojas, plumines, etc.). Entre la recepción y las escaleras que dan a dicho cubículo, se encuentra una pequeña sala de cómputo, con dos computadoras para uso del equipo de profesionales, así como un archivero que contiene parte de los expedientes de los pacientes que han acudido por un servicio psicológico.

## **1.2. Condiciones de funcionamiento**

El funcionamiento del CCAP involucra las siguientes actividades: coordinación general y enlace académico-administrativo, 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 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”**

Contribuir a la formación profesional de los estudiantes a través de su participación en actividades diagnósticas, psicoterapéuticas, preventivas y de investigación, bajo la supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia, desde diversos enfoques teórico-metodológicos de la Psicología, permitiendo la aplicación de sus conocimientos en la solución de necesidades psicológicas en el ámbito comunitario (Valenzuela, 2007).

#### **1.4 Objetivos específicos**

- 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.
- 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.

- 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.

### **1.5 Servicios que proporciona el CCAP**

Entre los servicios que brinda el CCAP se encuentran los siguientes, mismos que dependerán del tipo de consulta que se haga y de la intervención que se crea conveniente realizar:

- Entrevista de evaluación individual y familiar
- Psicodiagnóstico
- Orientación individual y familiar
- Psicoterapia breve
- Intervención en crisis
- Grupos de orientación y reflexión
- Canalización a instituciones
- Talleres
- Conferencias
- Participación en actividades comunitarias

### **1.6 Programas de trabajo en el CCAP**

En CCAP el trabajo es constante y busca crear recursos en el alumno que se desenvuelve prestando su servicio social en el centro comunitario, así como los alumnos de posgrado y de especialidad que cursan estudios y prestan servicios clínicos allí. A continuación se mencionan los programas correspondientes:

**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 los 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.

**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 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 en el CCAP**

Por otro lado, el desarrollo profesional del psicólogo en el CCAP “Los Volcanes” depende del tipo de programa al que se pertenezca, es decir esa será su área de desarrollo. Actualmente, el Centro cuenta con los siguientes programas, tomados de la página de la Facultad de Psicología (2013), tanto de servicio social como académicos:

#### **1.7.1 Residencia en la Maestría de 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.

Su **objetivo general** es el de 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.

Entre sus **objetivos específicos** se encuentra:

Formar 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.

Además, entre las **actividades principales** del estudiante se pueden mencionar:

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

### 1.7.2 Residencia en la Maestría en Psicoterapia Familiar

El programa de residencia en psicoterapia familiar 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 familias y parejas.

Su **objetivo general** es el de 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.

Entre las **actividades principales** que realiza el alumno con las familias y parejas se encuentran:

- ✓ 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

### 1.7.3 Programa de Prácticas en Escenarios Especializados

Programa en el cual, participan, de manera práctica, estudiantes de la Facultad de Psicología que actualmente cursan los semestres 5°, 6°, 7° intermedios de la carrera.

Su **objetivo general** es 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.

Entre sus **objetivos específicos** se puede mencionar:

- ✓ 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 la ayuda de profesionales expertos en el campo clínico, los estudiantes que ingresan al programa pueden apreciar 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 o problemática que podría presentar un paciente.

Por otro lado, entre las **actividades del practicante** se encuentran:

- ✓ El estudiante debe apoyarse de material bibliográfico para poder amplificar 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 de enriquecer su conocimiento y pueda emplear algunas técnicas futuras.

#### 1.7.4 Programa único de Especialización en Psicología-Intervención Clínica en Adultos y Grupos

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.

Entre los **objetivos** que busca este programa de intervención se puede mencionar:

- ✓ 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.

Con esto, se pretende obtener un **perfil del estudiante**, en el cual, la persona 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.

Para lograr que el profesional en desarrollo pueda emplear las características anteriormente mencionadas debe cubrir como requisito las siguientes **capacidades**:

- 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.

### 1.7.5 Programa de Servicio Social “Dinámica y estructura familiar en la comunidad Los Volcanes”

Este programa de servicio social tiene por objetivo: conocer la dinámica y la estructura de las familias en la comunidad que forma parte del radio de atención del CCAP “Los volcanes”.

La meta que se plantea dicho programa es el tener un aproximado de las problemáticas existentes en la comunidad, obtener un perfil de las familias de esta comunidad y a través de los resultados obtenidos, considerar la mejor forma de intervención.

El equipo de estudiantes que conforman el programa de servicio social realiza las siguientes actividades:

- Aplicación de Cuestionario Familiar
- Aplicación de pruebas psicológicas
- Entrevistas
- Integración de Estudios
- Trabajo Comunitario

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

El programa de Servicio Social “Fortalecimiento al Trabajo Comunitario”, fue de los primeros programas en CCAP, formulado por profesionales del área clínica encaminado a atender las necesidades y problemáticas, en cuanto a salud mental se refiere, de la comunidad “Los Volcanes” y zonas aledañas. A continuación se describe el objetivo del programa de Servicio Social, sus objetivos específicos, así como las actividades en qué consiste.

### 2.1. Objetivo General

El **objetivo general** de este programa de servicio social es el de contribuir a la formación profesional de los estudiantes de Psicología a través de su participación en actividades preventivas, psicoterapéuticas y de investigación, bajo la asesoría y supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia y desde diversos campos y enfoques teóricos-metodológicos de la Psicología (Valenzuela, 2007).

### 2.2. Objetivos específicos

A partir de lo anterior surgen los siguientes objetivos específicos a alcanzar:

- ✓ Proporcionar servicios de evaluación, orientación, psicoterapia, rehabilitación, seguimiento y canalización, tanto a nivel individual como familiar y grupal, a usuarios de la colonia Los Volcanes y zonas aledañas.
- ✓ Realizar actividades preventivas para contribuir al fomento de la salud, a la reducción de la incidencia de problemas psicológicos y a la promoción del desarrollo integral de la comunidad, buscando su participación activa.
- ✓ Desarrollar actividades de investigación tendientes a la detección y comprensión de las necesidades de salud, emocionales y psicosociales, para incidir en la solución mediante adecuadas propuestas de intervención.

### 2.3. Actividades Específicas

Por otro lado, entre las **actividades específicas** que realiza el prestador de servicio social, se encuentra:

- ✓ Entrevista de Evaluación Individual
- ✓ Psicodiagnóstico.
- ✓ Orientación psicológica
- ✓ Psicoterapia Breve, de Juego e Intervenciones en Crisis.
- ✓ Canalización a Instituciones.
- ✓ Seguimiento de casos.
- ✓ Cursos formativos:
  - Psicopatología.
  - Evaluación clínica del niño y el adulto.
  - Integración de estudios psicológicos.
  - Metodología general.
  - El arte de saber escuchar en la Clínica Comunitaria.
- ✓ Trabajo de campo, participación en actividades comunitarias.
- ✓ Actividades administrativas.
- ✓ Sesiones grupales de supervisión y evaluación de casos clínicos.
- ✓ Revisión bibliográfica.
- ✓ Reportes clínicos por sesión.
- ✓ Participación en el encuentro de Centros y Programas en apoyo a la comunidad "Caleidoscopio" en apoyo a la difusión de los servicios que proporciona el centro.

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.

#### **2.4. Modelo de supervisión clínica en 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 el interés de formar recursos profesionales, un proceso de asesoría y supervisión muy estrecha 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-contratransferencia 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).

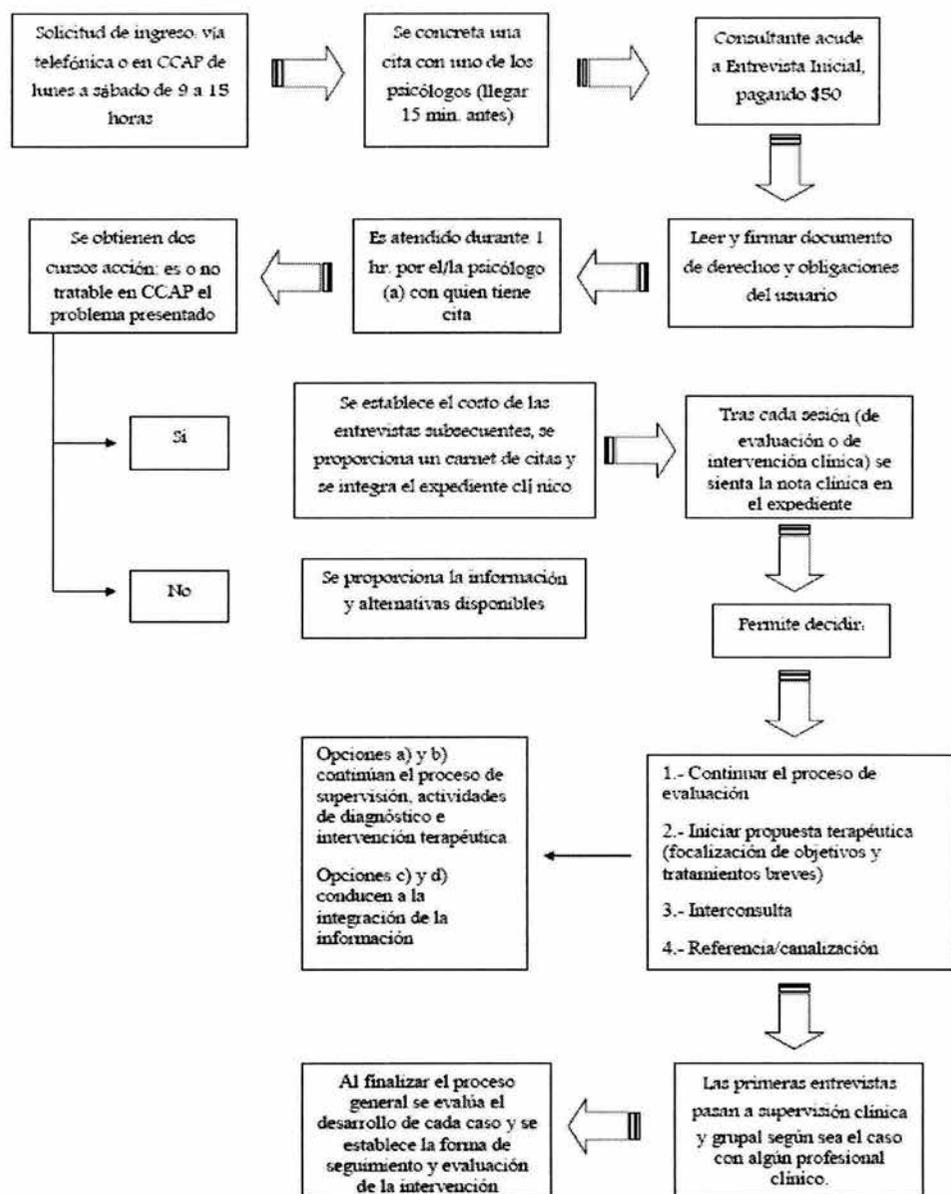
La *supervisión subsecuente* se refiere a aquella que tiene la finalidad de analizar el desarrollo de las actividades de evaluación, la conducción de procesos psicoterapéuticos y/o la terminación del tratamiento. Puede llevarse a cabo sesión por sesión, si así lo decide el supervisor o lo que requiere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

## 2.5. Fluxograma de atención clínica en CCAP

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 MARCO TEÓRICO DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA**

Existen muchas aproximaciones para dar cuenta sobre un mismo fenómeno. En el 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 enfoque sistémico es uno de ellos. La terapia breve estratégica proviene de este enfoque, sin embargo, para poder abordarla, es necesario mencionar las teorías de las cuales se sustenta su aproximación a la conducta humana. A continuación, se describe la Teoría General de los Sistemas, la Teoría Cibernética y la Teoría de la Comunicación Humana, mismas que han aportado a la Terapia breve estratégica gran parte de sus postulados.

#### **3.1. Teoría general de los sistemas**

El concepto de sistema como modelo teórico integrativo representa un nuevo paradigma, pero como lo dice Eguiluz (2007), además de permitirle una variedad de campos de aplicación, también le ha traído problemas en cuanto a la definición de sus particularidades.

Para Bertalanffy, un sistema hace referencia a una serie de elementos que en conjunto son más que la suma de éstos, es decir, forman una entidad distinta (Eguiluz, 2007:104).

La teoría General de los Sistemas (TGS) ya estructurada, apareció hasta el término de la Segunda Guerra Mundial, cerca de 1947, siendo Ludwig von Bertalanffy, a quien se atribuye dicha teoría.

De acuerdo con Gutiérrez Pantoja (1984), algunos elementos del positivismo lógico y otros del materialismo histórico-dialéctico, contribuyeron a sistematizar la TGS. Por su parte, Eguiluz (2007), agrega que estas influencias teóricas llevaron a Bertalanffy a una explicación científica sobre los “todos” y las “totalidades”, aspectos que antes fueran considerados como cuestiones metafísicas.

Sin embargo, para 1954 se forma la Sociedad para la Investigación General de Sistemas, integrada por científicos, entre ellos el biólogo matemático Anatol Rapoport, Kenneth Boulding, el fisiólogo Ralph Gerard y el mismo Bertalanffy, con el objetivo de “impulsar el desarrollo de sistemas teóricos aplicables a más de uno de los comportamientos tradicionales del conocimiento” (Eguiluz, 2007:106). La fundación de esta Sociedad contribuye a que la TGS se reconozca como una alternativa para la investigación científica (op. Cit.)

La TGS se opone a los postulados epistemológicos de otras teorías menos integrativas, donde la realidad ha sido dividida y sus partes explicadas por diferentes ciencias; así, propone que la realidad es una totalidad, que no puede ser prevista o explicada por medio del estudio de sus partes aisladas (Eguiluz, 2007: 106). Así, Sluzki (1987), señala que la Teoría General de los Sistemas tiene por objeto el estudio de las correspondencias o isomorfismos entre sistemas de todo tipo.

#### ✓ **Objetivos de la TGS**

Para Johansen (1986), el propósito de la TGS es descubrir las similitudes o isomorfismos en las construcciones teóricas de las diferentes disciplinas cuando éstas existen, y desarrollar modelos teóricos que tengan aplicación en al menos dos campos diferentes de estudio. Por su parte, Young (1972: en Eguiluz, 2007), explica el término “isomorfismo”, como “la correspondencia de uno a uno entre objetos de sistemas diferentes que preserve la relación entre los objetos”.

De todo esto, se puede entender que entre los diversos fenómenos hay similitudes, de manera que pueden crearse leyes que tengan una estructura análoga en los distintos campos, lo que permite al investigador emplear modelos sencillos para tratar fenómenos más complejos (Eguiluz, 2007).

Por otro lado, Eguiluz (2007), señala que otro de los objetivos de la TGS era encontrar un lenguaje común que sirviera como punto de unión entre las diversas ciencias especializadas, logrando con ello un intercambio de

conocimiento entre científicos, aumentando, con ello, el caudal de la ciencia en su totalidad.

#### ✓ **Postulados teóricos**

Uno de los conceptos básicos para la TGS es el de “sistema”, entendido como “un conjunto de objetos y sus relaciones entre los objetos y sus atributos” (Hall, 1962, en: Johansen, 1986). Agrega Eguiluz (2007), que los objetos son las partes del sistema, que en la mayoría se refieren a entidades físicas, aunque también pueden referirse a objetos abstractos. Los atributos son las propiedades o características que tienen los objetos, ya sean físicos o abstractos.

Sin embargo, Bertalanffy, indica que los teóricos de sistemas, coinciden en que el concepto “sistema”, no está limitado a entidades materiales sino que puede aplicarse a cualquier “todo” que consista en “componentes” que interactúan (Bertalanffy, 1986; en: Eguiluz, 2007).

Es importante también aclarar lo que el autor entiende por “complejidad de elementos”, para ello señala que la complejidad se establece en base a tres elementos: 1) y 2) de acuerdo a su número; 3) y 4) de acuerdo a su especie o clase y 5) y 6) de acuerdo con las relaciones entre elementos. (Op. cit)

Por otro lado, también se mencionan los sistemas abiertos y cerrados. Bertalanffy (1986:32), señala que los “organismos vivos son en el fondo sistemas abiertos, es decir, sistemas que intercambian materia con el medio circundante”, mientras que los sistemas cerrados quedarían comprendidos dentro de la física y la química, entendiéndose aquellos sistemas que no efectúan ningún tipo de intercambio con su medio ambiente (Eguiluz, 2007).

Sin embargo, otra concepción de sistema cerrado lo explica 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; mientras que el sistema abierto es aquel cuya corriente de salida no altera la corriente de entrada (Forrester ;en Johansen, 1986).

De esta manera, Eguiluz (2007), explica que el sistema cerrado no intercambia información ni energía con su medio, manteniéndose de cierta forma aislado; mientras que el sistema abierto, importa y exporta información y energía con su medio circundante.

Otro concepto fundamental para la TGS, es el de "sistema relacional", entendido como "el conjunto constituido por una o varias unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado de una unidad va seguida por un cambio en las otras unidades; éste va seguido de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada, y así sucesivamente (Parsons y Bales, 1995; en: Andolfi; 1985). La importancia del término radica en que el sistema relacional supera y articula entre sí a los diversos componentes individuales.

En relación a las propiedades de los sistemas, se puede referir el concepto de "sinergia"; un objeto tiene sinergia cuando "el examen de una o alguna de sus partes en forma aislada, no explica ni permite predecir el comportamiento del todo" (Fuller en: Johnsen, 1986).

Un principio teórico más que dentro de la TGS es de gran utilidad, empleado para explicar la "realidad", es el de "recursividad", mismo que permite entender como un sistema se vincula con otros sistemas, tanto mayores (suprasistemas) como menores (subsistemas). Los sistemas menores se encuentran contenidos en los mayores que a su vez se contienen en otros de mayor tamaño, pero independientemente de si se trata de un subsistema o un suprasistema, es que cada uno tiene sinergia, esto es, se comporta como un sistema, como un individuo que posee todas las características de su especie o clase (Eguiluz, 2007).

Por otro lado, el concepto de "orden jerárquico", señala una diferenciación progresiva en los sistemas, que va de lo más simple a lo más complejo; el concepto siempre 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 (Eguiluz, 2007).

Otro concepto, de igual importancia para la TGS, es el de "equifinalidad", utilizado para hablar de una importante característica de los sistemas biológicos, la posibilidad que tiene un sistema de alcanzar el mismo resultado o estado terminal aunque varíe el punto de partida (op. cit. ). Teniendo en cuenta que los seres vivos no son sistemas cerrados, no podría hablarse de un estado de equilibrio total, ya que todo sistema abierto trata de alcanzar un estado uniforme (op. cit.).

En relación a esto, Bertalanffy (1986; en: Eguiluz, 2007), señala que los procesos que acontecen en estructuras como de máquina siguen un camino fijo. Así, el estado final cambiará si se alteran las condiciones iniciales o el curso de los procesos. En contraste, puede alcanzarse el mismo estado final, la misma "meta", partiendo de diferentes condiciones iniciales y siguiendo distintos itinerarios en los procesos orgánicos. De esta manera, la *equifinalidad* "es la tendencia a un estado final característico a partir de diferentes estados iniciales y por diferentes caminos, fundada en interacciones dinámicas en un sistema abierto que alcanza un estado uniforme" (Bertalanffy, 1986:136; en: Eguiluz, 2007).

La "entropía" y "negantropía" son términos acuñados para explicar dentro de la termodinámica los procesos irreversibles que ocurren en los sistemas cerrados que alcanzan el equilibrio, precisamente al aumentar el grado de orden (Eguiluz, 2007). Para Simon (et. Al., 1988: 133; en Eguiluz, 2007) "la entropía es una medida aproximada de la desorganización y el desorden" la falta de entropía en un sistema, conocida por "entropía negativa o neguentropía se refiere en términos generales al grado de orden u organización en un sistema cerrado".

Así, se entiende que el cambio de entropía en sistemas cerrados es siempre positivo, porque hay una continua destrucción en el orden. Mientras que en los sistemas vivos, no sólo se produce entropía por procesos irreversibles, sino que también puede haber entrada de entropía negativa. De esta manera, los sistemas abiertos, al mantener el estado uniforme, logran evitar el aumento de entropía desarrollándose hacia estados de orden y

diferenciación creciente, tratando de mantener un estado uniforme, más que de equilibrio (Eguiluz, 2007).

Otro término empleado en el discurso sistémico, retomado del campo de la biología, es el de "homeostasis", que "son los procesos merced a los cuales se mantiene constante la situación material y energética del organismo" (Bertalanffy, 1986; en: Eguiluz, 2007). Sin embargo, de ser originalmente un concepto positivo y deseable, que se trataba de alcanzar, ahora se piensa que hay que romper la homeostasis para producir un desequilibrio, que implica un cambio que eche a andar de nuevo al sistema (Eguiluz, 2007).

Otro concepto directamente relacionado con el de homeostasis, es el de "feed back" o "retroinformación", más ampliamente tratado en la teoría cibernética, es explicado como "la capacidad que tienen los seres vivos para automodificarse cuando se producen cambios significativos en su ambiente" (Eguiluz, 2007: 118). De esta manera, la retroalimentación permite conservar un equilibrio dinámico que se ubique entre la estabilidad y el cambio.

En resumen, se puede decir que dentro de la TGS existen fundamentalmente tres diferentes 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 output, etc.). Y finalmente, en el tercer grupo de conceptos se refieren a la dinámica que lleva al cambio o a la desintegración de los sistemas (adaptación, aprendizaje, coevolución, ciclo vital, crisis, entropía positiva, etc.) (Eguiluz, 2007).

Como es apreciable, el enfoque de sistemas permite estudiar tanto a un organismo como individuo simple, o a una nación como totalidad, tomándose en cuenta el contexto más amplio en el que ocurre la conducta, el evento o la situación; así, la conducta de sistemas abiertos y complejos como lo es el comportamiento del ser humano puede ser entendida como adecuada,

simplemente ampliando el foco, para integrarla a la totalidad de la cual esa conducta forma parte (Eguiluz, 2007).

A continuación, se abordará sobre la Teoría Cibernética de primer y segundo orden, que fue la base técnica de la Teoría General de los Sistemas y que para muchos tuvieron un tronco común, además de ser relativamente contemporáneas.

### **3.2. La teoría Cibernética de primer orden**

Norbert Wiener, autor a quien se atribuye la formulación de la Teoría Cibernética, señala que ésta “es la teoría de la comunicación y del control en así máquinas y en los organismos vivientes (Wiener, 1948; Wiener 1982: 294; en Eguiluz, 2007). Por su parte, Bateson (1976: en Eguiluz, 2007), la reconoce como una nueva ciencia que se ocupa de la forma y los patrones de organización, mientras que Sluzki (1983) señala que la cibernética tiene por objeto los procesos de comunicación y control en los sistemas naturales y artificiales.

Bertalanffy (2006), considera a la cibernética como un subconjunto de su Teoría General de los Sistemas, porque mantiene la esencia de los sistemas; afirma que “la cibernética, como teoría de los mecanismos de control en la tecnología y la naturaleza, fundada en los conceptos de información y retroalimentación, no es sino parte de una teoría general de los sistemas; los sistemas cibernéticos son un caso especial, por importante que sea, de los sistemas que exhiben autorregulación” (en Zamorano, 2011).

#### **✓ *Objetivos***

Los propósitos de la Teoría Cibernética eran desarrollar tanto un lenguaje propio de las máquinas, como las técnicas específicas que permitieran al hombre, no sólo 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 (Eguiluz, 2007).

Por su parte, Ashby (1977:15; en: Eguiluz, 2007) 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 [...] así como ofrecer un conjunto de conceptos que tiene correspondencia exacta en cada rama de la ciencia y por lo tanto puede ponerlas en relación exacta”.

Entre los temas que toca la cibernética, tratándose ésta de “la comunicación y el control” están: la coordinación, la regulación y el orden a través del control. No estudia el mero funcionamiento de los objetos, sino el comportamiento de los mismos (Eguiluz, 2007). Su interés primordial no está en responder a la pregunta ¿qué es esto? sino ¿qué hace esto? (Ashby, 1977; en: Eguiluz, 2007).

Por otro lado se dice que los sistemas complejos son el objeto de estudio de la cibernética, donde no puede aplicarse el método experimental que recomienda variar 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 (Eguiluz, 2007).

#### ✓ **Postulados teóricos**

El término “sistema” es empleado por la cibernética dando el mismo significado que Bertalanffy en su Teoría General de Sistemas. Es “un conjunto de elementos cualitativamente diferente a la suma de sus múltiples componentes y que además cuenta con la particularidad de comportarse de un modo distinto a la forma que guardan los elementos” (Eguiluz, 2007: 127).

Las bases de la Teoría Cibernética pueden rastrearse hasta la Teoría del Control, cuyas reglas tienen validez fuera de la esfera de los sistemas mecánicos; así, pueden explicarse las estructuras de los sistemas biológicos y sociales, aunque éstas mucho más complejas. La totalidad de las relaciones que ocurren dentro de los sistemas complejos se conocen como estructuras (Eguiluz, 2007).

Los sistemas biológicos y sociales tienen estructuras de control que les permiten adaptarse al medio tanto, manteniéndose sin cambio o, cambiando su estructura dependiendo de las alteraciones externas. De esta manera, así como en la TGS, en la Cibernética también existen sistemas abiertos, cuando se produce un intercambio entre el sistema y el medio circundante (Eguiluz, 2007).

Por otro lado, Wiener (1982; en Eguiluz, 2007) pensaba que el grado de organización de un sistema puede ser evaluado en función de la medida de la probabilidad llamada “entropía”. Para él, ésta es “la tendencia a deteriorarse de un sistema cerrado, al deterioro o decadencia desde un estado muy organizado, diferenciado y menos probable, hasta un estado más probable indiferenciado y caótico” (Wiener, 1982: 176; en: Eguiluz, 2007).

Por su parte, Zamorano (2011) considera que son dos los aportes teóricos principales de la cibernética. Por un lado se encuentra la *causalidad circular*, entendida como una red de interacciones por la que, un elemento inicia una variación dentro del sistema, al cabo de un tiempo, recibe las influencias de aquella variación. Y el segundo postulado, la *retroalimentación positiva y negativa*, la primera implica una amplificación de la variación respecto al objetivo que se profundiza en cada una unidad de tiempo transcurrida, mientras que la segunda, se refiere a una reducción de las desviaciones.

Finalmente, señala Eguiluz (2007) que para Wiener hay una diferencia muy marcada entre el comportamiento del animal y el hombre, pues en el primero hay una rigidez mecánica en el comportamiento, mientras que para el segundo, hay una gran fluidez que le permite la expansión intelectual casi indefinida; de esta manera, destaca dos características que distinguen al hombre: la capacidad de adaptarse al entorno a través de pequeños o grandes ajustes al entorno y su probabilidad de aprendizaje que implica también una constante transformación de su propio ser.

### **3.3. La Cibernética de segundo orden**

Esta concepción de la cibernética aparece en los años 70's, gracias a Heinz von Foerster, quien definió la cibernética del primer orden como la *cibernética de los sistemas observados*, mientras que a la de segundo orden como la *cibernética de los sistemas que observan* (Zamorano, 2011). Se diferencia de la cibernética de primer orden, puesto que introduce el uso de modelos como estrategia cognitiva legítima y la observación como acción cognitiva (Aguado, 2003; en Marcuello, 2006).

Para Villamil (2010), la cibernética de segundo orden, se ocupa del observador como parte de lo observado y su objetivo es explicar el observador a sí mismo, es decir, que hace referencia a los sistemas que son capaces de modificar su objetivo o finalidad por sí mismos, sin necesidad de ser guiados por alguien o algo desde fuera del sistema.

Sin embargo, no todos los observadores puestos a observar en un mismo sistema observan lo mismo. En primer lugar, cada observador tiene su propia subjetividad, conformada por una particular experiencia no solo profesional. En segundo término, cada observador tiene sus propios intereses, persigue distintos objetivos, producto de una particular comprensión de la tarea que le ha sido asignada, lo que lo hará buscar en sentidos distintos; y en tercer lugar, cada observador, de acuerdo con la estrategia cognitiva que antes se mencionara, elaborará un modelo del sistema observado (Zamorano, 2011).

Su inicial aplicación a la técnica y sobre todo a la de las máquinas autorreguladas hizo que el denominado *feed-back* (retroalimentación) fuese un eje central de la teoría (Zamorano, 2011).

“Todo lo dicho es dicho por un observador” (Maturana, 1995; en Villamil, 2010), y Foerster (2006; en Villamil, 2010) afirma que “todo lo dicho es dicho a un observador”, a partir de esto establece una conexión fundamental entre tres conceptos, a saber:

- 1) El concepto del observador caracterizado por ser capaz de hacer descripciones, siendo una descripción lo que el observador dice.
- 2) El lenguaje: los dos observadores se conectan a través del lenguaje

- 3) La sociedad: puesto que ambos observadores constituyen el núcleo fundamental de esta.

De esta manera, se puede decir que al realizar el papel del observador, lo importante es observar la propia observación y en última instancia dar cuenta de nuestro propio dar cuenta, con ello queda segura la realización del proceso de autorreferencia e igualmente intercambiar descripciones y conceptos con otros observadores que estén observando lo mismo (Villamil, 2010).

### **3.4. La nueva teoría de la comunicación**

Se habla de “la nueva teoría de la comunicación” para diferenciarla de la teoría de la comunicación propuesta por Claude Shannon y Warren Weaver (1949; en Eguiluz, 2007), que entiende formas de explicación sumamente simples y mecánicas y en donde la retroalimentación queda olvidada, comprendiéndose la comunicación como una simple transmisión de información con un sentido tan limitado del término; es por ello, que actualmente es mejor conocida como teoría de la información, más que de comunicación (Eguiluz, 2007).

Se atribuye el trabajo de Gregory Bateson, en conjunto con su equipo ubicado en Palo Alto California, la formulación de la nueva teoría de la comunicación (Eguiluz, 2007).

#### **✓ *Postulados teóricos***

La teoría propuesta por Bateson y el MRI encabezado por Jackson formula una serie de axiomas que forman el entramado de la nueva teoría de la comunicación. El primero indica que toda comunicación, de este primer axioma se deriva como corolario, el hecho de que es imposible dejar de comunicar (Eguiluz, 2007). Dice Bateson (1979:42; en: Eguiluz, 2007) “el cero, puede, dentro del contexto, ser significativo; y quien crea el contexto es el receptor del mensaje”. Es por ello que este aspecto de la comunicación resulta novedoso, dado que rompe con el enunciado de que “nada puede provenir de la nada”.

Esto implica, que a este grupo de autores les interesa el aspecto pragmático de la comunicación, es decir, las consecuencias que ésta tiene sobre la audiencia y no sólo a nivel de causa-efecto sino en función de la relación (Eguiluz, 2007).

El segundo enunciado señala que “toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación” (Watzlawick et. al., 1989:56; en: Eguiluz, 2007). De esta manera, el contenido es la información que contiene el mensaje, mientras que el aspecto relacional se refiere a qué tipo de mensaje es y cómo debe entenderse.

Así, la comunicación no sólo transmite un mensaje, sino que genera un compromiso y además impone conductas entre los comunicantes; entre más “sana” es la relación comunicacional, más se pierde en el trasfondo el aspecto de la comunicación vinculado a la relación y por el contrario, entre más “enferma” y disfuncional es la comunicación, habrá una constante lucha acerca de la naturaleza de la relación; mientras que el aspecto de la comunicación vinculado con el contenido se vuelve cada vez menos importante (Eguiluz, 2007).

El tercer axioma señala que *“la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes* (Watzlawick et. al., 1989:56; en: Eguiluz, 2007). Esto es, la comunicación puede entenderse como una serie ininterrumpida de intercambios, sin embargo, quienes participan en ese intercambio lo observan estableciendo puntuaciones, es decir, los organismos participantes puntúan la secuencia organizando los hechos de la conducta, cada uno a su manera. Debido a que la puntuación es idiosincrática, es muy común que la falta de acuerdo respecto a la manera de puntuar las secuencias de hechos, sea causa de incontables conflictos en las relaciones humanas (Eguiluz, 2007).

El cuarto axioma se refiere a los dos tipos de comunicación y señala que “Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente” (op. cit.). Entendiéndose “digital”, como aquel lenguaje verbal que emplea la palabra

para referir al objeto, mientras que el "análogo", puede ser referido por un signo, dibujo, etc., guardando mayor semejanza con el objeto.

De esta manera, para los autores, dice Eguiluz (2007), *"el lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica bastante compleja, pero carece de semántica; mientras que con el lenguaje analógico sucede lo contrario, es decir, posee una semántica adecuada pero carece de sintaxis para lograr definir, de manera inequívoca, la naturaleza de las relaciones humanas"...*

El quinto y último axioma señala que "todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia" (Watzlawick et. al., 1989:56; en: Eguiluz, 2007). Este axioma se deriva directamente de los trabajos de Bateson sobre comunicación realizados en la comunidad de Iatmul de Nueva Guinea.

Bateson denominó *"cismogénesis"* al *"proceso de diferenciación en las normas de la conducta individual resultante de la interacción acumulativa entre los individuos"* (Bateson, 1936: 68; en Eguiluz, 2007). Actualmente, solo se hace referencia a los términos interacción simétrica y complementaria. En el primer caso, las relaciones están basadas en la igualdad (mientras más hace uno de algo, más hace el otro de eso mismo), mientras que en el segundo caso, en la diferencia (mientras más se comporta uno de cierta forma, menos se comporta el otro de esa misma manera) (Eguiluz, 2007).

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.

### **3.5. Enfoque estratégico de terapia breve**

Los principios fundamentales del enfoque estratégico de terapia breve surgen en la década de los 70's en el Mental Research Institute de Palo Alto, California, Estados Unidos (MRI) (Calderón, 2009). Definido por Giorgio Nardone, el enfoque estratégico en psicoterapia es "el arte de resolver problemas complejos humanos mediante soluciones aparentemente simples" (Pérez y Rodríguez, 2010).

Este enfoque está basado en una epistemología avanzada donde confluyen múltiples fuentes: la teoría de la comunicación nacida en el campo antropológico con G. Bateson, los desarrollos constructivistas de la teoría cibernética (de von Foerster y von Glasersfeld), los estudios sobre el lenguaje persuasivo de Milton Erikson, los principios teórico-aplicativos de la comunicación desarrollados por Watzlawick, Weakland, Fisch y Jackson en el MRI y por último las más recientes aportaciones del modelo de Giorgio Nardone con la creación de protocolos específicos de tratamiento y el desarrollo del diálogo estratégico (Pérez y Rodríguez, 2010).

Por otro lado, este enfoque forma parte de los modelos sistémicos de intervención; desde su perspectiva, se entiende que los clientes o consultantes forman parte de un sistema (familia, escuela, sociedad, etc.) que está conformado por otros miembros (Calderón, 2009). A partir de la constante interacción de los miembros se construyen pautas o maneras de relación que se mantienen y que comunican la forma de sentir, pensar y actuar de ese sistema y de sus miembros ante las diversas experiencias humanas (Calderón, 2009).

Esta postura epistemológica constructivista reconoce y valida la capacidad del hombre para construir su realidad y de participar de ésta constantemente por medio de la experiencia (op. cit.). Es por ello que la intervención con este enfoque de psicoterapia se centra en la extinción de los síntomas y en la resolución del problema o de los problemas presentados por el paciente o pacientes, por medio de una reestructuración o modificación de la manera en que se percibe la realidad y de las reacciones conductuales

emprendidas por el paciente o pacientes (Nardone y Watzlawick, 1992; en Calderón, 2009).

De esta manera, el problema está determinado por el mecanismo de acciones y retroacciones desencadenado y mantenido por las "soluciones intentadas" que el paciente o los pacientes han utilizado para hacer frente a los trastornos o síntomas actuales; dichas acciones y retroacciones producen pautas y circuitos de relación mantenidos por el sistema del cliente (Casabianca y Hirsch, 1994; en Calderón, 2009).

Calderón (2009) agrega a lo anterior que estas estrategias buscan por lo general, eliminar o controlar el síntoma del problema o la conducta problema pero, por el contrario, ésta se mantiene durante un tiempo, hasta que es leída por uno o varios miembros del sistema como inmodificable, insoportable o de gran gravedad.

Dentro del proceso terapéutico se reconocen tres niveles de intervención. El nivel de la construcción o significado, el nivel de la acción y el nivel de la emoción. El objetivo es intervenir para perturbarlos y de esta manera generar cambios en los circuitos de explicaciones de la experiencia y de la acción (Calderón, 2009).

Así, al construir el problema terapéutico y las diversas estrategias se debe orientar hacia objetivos aparentemente mínimos o "*meta mínima*". El terapeuta debe identificar bien la secuencia o secuencias de acciones y la pauta o pautas que mantienen y favorecen la existencia y función del síntoma o síntomas dentro del sistema, para que un pequeño cambio pueda ser suficiente para producir un gran efecto (Nardone y Watzlawick, 1992; en Calderón, 2009).

De acuerdo con Fisch, Segal y Weakland (1988; en Calderón 2009), el "problema" o motivo de consulta suele implicar los siguientes rasgos: 1) La preocupación manifestada por un cliente acerca de una conducta propia o de otra persona con la que se halla significativamente comprometido; 2) Dicha conducta es considerada, implícita o explícitamente, desviada de la norma, como real o potencialmente molesta o dañosa para quien la emite o para los

demás y 3) Se han hecho esfuerzos para modificar esa conducta, pero no se ha tenido éxito.

Desde esta perspectiva, Giorgio Nardone y Paul Watzlawick (1992) 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).

De acuerdo con dichos autores (1992), el terapeuta desde su primer encuentro con el paciente, en lugar 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.

De esta manera, uno de los primeros movimientos estratégicos en el abordaje de los problemas humanos, es bloquear las soluciones intentadas que conforman gran parte del circuito recursivo de conductas y que sostienen el problema a través del resultado ineficaz; así es que tratando los intentos de solución hacia el problema, implica erradicar poco a poco el problema (Rodríguez, s. f.).

Giorgio Nardone y Paul Watzlawick (1992) también destacan la relación entre conducta y cognición. A través de la reestructuración, como técnica, se modifican los marcos cognitivos de la conducta resultante. Con ello, se produce

un cambio en la perspectiva perceptual-emocional en donde la misma situación es observada desde una óptica diferente y por ende, adquieren un significado diferente (Rodríguez, s. f.).

De acuerdo con Rodríguez (s. f.), la posibilidad de modificar los intentos de solución del consultante, implica compenetrarse en su marco cognitivo. El terapeuta diseñará una o más series de soluciones alternativas que cubren una doble función: quebrar, por un lado, las viejas soluciones ensayadas por el cliente (que se han convertido en problema), y por otro, una gama de nuevas posibilidades que llevan a revertir el circuito recursivo que da como resultado la conducta disfuncional.

Por otro lado, el Mental Research Institute (MRI) propone para la organización y planificación de una psicoterapia breve estratégica las siguientes etapas o fases (op. cit.):

**Llamado telefónico**, en donde el terapeuta comienza a trabajar desde el llamado telefónico, focalizando, centralizando y explorando sutilmente el motivo de consulta. Identificará datos de afiliación, ocupaciones y estructura familiar, para conocer quiénes son los afectados por el problema y decidirá, por último, a quién invitará a terapia.

Posteriormente, se busca **focalizar el problema**, es decir, se exige la definición clara de cuál o cuáles son los problemas desde el primer contacto. Las preguntas que formule el terapeuta se centrarán en precisar una descripción de qué es lo que está sucediendo a la persona. Es fundamental aclarar el problema en forma concreta, evitando deducciones y abstracciones y cómo es el sistema interactivo disfuncional que lo mantiene. No importa el tiempo que se lleve llegar a la definición del problema, pues aparentemente el tiempo que se pierde en la fase denominada de "diagnóstico", se recuperará en la fase estrictamente pragmática.

Una vez hecho esto, el terapeuta plantea los **objetivos y la meta mínima** del tratamiento. Aquí se establecerá el acuerdo sobre el objetivo de la terapia y el planteo de una meta mínima que articula conjuntamente con el

paciente la finalidad del trabajo terapéutico. Esto permite realizar una guía, una orientación, hacia dónde dirigirse, evitando caer en elementos que no atañen al problema en sí y que en numerosas oportunidades sirven como evasión al servicio de la resistencia al cambio.

Durante el diálogo con la persona, se abordan las **soluciones intentadas**, ya que estos intentos, por parte del paciente, por provocar en diferentes momentos una modificación de su conflicto, terminan manteniendo al mismo y engrosándolo; esto da como resultado que la solución repetidamente intentada se convierta en el problema.

Observar quienes integran el entorno del paciente, cómo se estructura su sistema relacional, permite comprobar el grado de influenciabilidad de ciertas figuras cercanas al consultante, cuál es el mensaje que explicitan y cómo contribuyen con éste a sostener las situaciones fallidas.

Por otro lado, en numerosas ocasiones, **las intervenciones** estarán dirigidas hacia la modificación del circuito interaccional del paciente, bloqueando a través de límites explícitos los mensajes fallidos, obteniendo exitosos resultados en la modificación de la sintomatología sin actuar directamente sobre las situaciones ensayadas.

Para todo ello, el terapeuta cuenta con una serie de **herramientas técnicas** con el propósito de intervenir en las distintas fases que propone la intervención con el cliente con el objetivo de cambio; estas serán abordadas en el siguiente subtema.

Como última fase del tratamiento, se encuentra el **cierre de la intervención**; la terapia concluye cuando la meta propuesta en el contrato fue concretada, es decir, el problema se ha solucionado. A partir de allí, puede proponerse el alivio o solución de otros problemas, en este caso los objetivos son diferentes, por lo tanto se establecerá otro tipo de contrato y la terapia recomenzará como si recién iniciara.

En la culminación se recapitulará el trabajo realizado, y los pasos del proceso compartido, Se remarcará el compromiso adoptado por el consultante,

que posibilitó el cambio y abrió el camino al progreso y a la autonomía personal.

Finalmente, Rodríguez (op. cit.) brinda una visión sobre cómo el terapeuta estratégico breve percibe los cambios de las personas al acudir a una terapia de desde este enfoque. Menciona que una persona, durante el tratamiento puede modificar su perspectiva de lo que consideran problema construyendo con esta formulación anterior una nueva realidad.

Pero también, la persona poco a poco concibe el espacio terapéutico en un espacio de reflexión y creatividad, además de aprendizaje; esto permite el cambio de reglas y significados, que a su vez, propician el bloqueo de soluciones intentadas, quebrando circuitos recursivos. Y por último, pero no menos importante, el espacio psicoterapéutico debe ser un conjunto verbal y corporal que promueva el cambio en la persona además de una mejora en su autoestima.

- ***Estrategias de cambio en terapia breve estratégica***

Existen diversos procesos terapéuticos utilizados con mayor frecuencia en este enfoque de terapia breve. Nardone y Watzlawick (1997), menciona que la eficacia de una estrategia depende mucho del marco de sugestión con la que se presenta el paciente para inducirlo a una colaboración terapéutica que lo predisponga al cambio.

Las estrategias destinadas a la solución de problemas humanos pueden dividirse, de acuerdo a Nardone y Watzlawick (1997), en dos grandes categorías orientadas a la intervención: acciones y combinación terapéuticas y prescripciones de la conducta.

### **1) Acciones y comunicaciones terapéuticas**

- ***Hablar con el lenguaje del paciente:*** esto permite incursionar en su mundo, facilitar la reestructuración de su situación y a la vez connotar positivamente su potencia y sus ganas de cambiar. Calcar gestos,

actitudes, modismos, tonos de voz, posturas corporales, etc., posibilita incursionar en el universo semántico de la persona como efecto persuasivo, con la finalidad de influenciar en su comportamiento.

Para que se produzca el efecto esperado se debe poner en práctica con gran naturalidad y sin que parezca ser una maniobra artificial, pues de lo contrario puede producir el efecto contrario al deseado, dado que la persona puede creer que se le está faltando a la consideración y ponen mayor resistencia.

- **La reestructuración:** implica recodificar el cómo se percibe o cómo se construye la realidad sin modificar el significado de las cosas, sino un cambio de estructura. La reestructuración puede ser un acto comunicativo puramente verbal, o también determinada acción del terapeuta que conduzca a la persona a un desplazamiento de su perspectiva.

Esta estrategia persuasiva no actúa directa y prioritariamente con los aspectos semánticos de la representación de la realidad, sino sobre la estructura perceptiva, en la cual se basan luego las representaciones y las conductas subjetivas.

El terapeuta, en cuanto a la semántica, no ofrece explicaciones afianzadoras sobre el significado de las cosas ni ofrece certezas interpretativas, sino que utiliza la sutil arma de la duda. Las maniobras verbales han de suscitar dudas que ocupen el lugar de la habitual rigidez perceptivo-reactiva de los pacientes, evidenciando fallos en sus sistemas cognoscitivos y comportamentales.

La duda es un carcoma pues una vez dentro, trabaja sola y crece lentamente devorando el espacio de las lógicas preexistentes; moviliza la entropía del sistema y produce una lenta y devastadora reacción en cadena, que puede llevar al cambio del sistema mismo.

- **Connotación positiva:** lejos de ser únicamente un estímulo de dar ánimo y fortaleza, implica un cambio del marco cognitivo que genera la percepción del hecho como problema.
- **Uso de la paradoja y la comunicación paradójica:** La paradoja es un tipo de trampa paradójica en la que tropieza toda la lógica racionalista clásica; consiste en una clase de enunciados que resultan al mismo tiempo verdaderos y falsos, correctos y erróneos.

En el contexto terapéutico, la paradoja posee la propiedad de desquiciar los círculos viciosos y recurrentes de las soluciones intentadas que el paciente presenta de forma obstinada, pues pone en crisis al sistema preexistente de percepciones de la realidad y reacciones ante ella.

- **Uso de la resistencia:** Con un uso contrario al psicoanálisis se prescribe primero paradójicamente y luego se utiliza con fines terapéuticos. Se crea un “doble vínculo” terapéutico, que se manifiesta colocando al paciente en una situación paradójica, en la que su resistencia, llegue a ser una prescripción y sus reacciones un avance en la terapia, es decir la resistencia se utiliza para promover el cambio.
- **Evitar las formas lingüísticas negativas:** El uso de enunciados negativos respecto de la conducta o las ideas del paciente tiende a culpabilizarlo y a producir reacciones de rigidez y de rechazo. Por tanto, en terapia en lugar de criticar y negar la situación del paciente, resulta más eficaz gratificar a la persona para impartir órdenes orientadas a la modificación de su conducta.
- **Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico:** Esta estrategia comunicativa posee la prerrogativa de permitir la comunicación de mensajes aprovechando la forma indirecta de la proyección e identificación que, por lo común, una persona pone en práctica ante los personajes y las diversas situaciones de un relato.

Con ellos se reduce la resistencia pues la persona no es sometida a exigencias directas o a opiniones directas sobre su modo de pensar y comportarse ya que el mensaje llega en forma sutil y de forma metafórica, se producen mensajes evocadores que producen en la persona sensaciones y emociones que abren una brecha en su rígida percepción de la realidad y su reacción ante ella.

Para producir el cambio en la conducta y en las concepciones del paciente esta estrategia debe de adecuarse a la realidad problemática del paciente; inducirán en él cambios efectivos de su esquema de acción respecto al problema que, a su vez, llevaran al cambio consiguiente de sus esquemas perceptivos y cognoscitivos.

- ***Animar desanimando:*** se estimula restringiendo las posibilidades del paciente. Se trata de descreer que la persona pueda lograr realizar una determinada acción.
- ***Ilusión de alternativas:*** la opción es si o no; aunque a final de cuentas, la única opción es sí. Se inventan posibilidades de elección, creando una sensación de libertad, y la vez, induciendo a la acción.

## 2) Prescripciones de comportamiento

Las prescripciones de comportamiento se siguen en la vida cotidiana fuera de la sesión en el intervalo que media entre un encuentro y el siguiente y desempeñan un papel fundamental en terapia estratégica. Estas pueden dividirse esquemáticamente en tres tipologías:

- **Prescripciones directas:** son indicaciones directas y claras de acciones que hay que hacer y que tienden a la resolución del problema presentado o al logro de uno de los progresivos objetivos del cambio; es útil cuando se trata de personas colaboradas sin oposición al cambio. para las que resulta suficiente darles la clave de la resolución del

problema, prescribiéndoles la forma de comportarse frente a la solución problemática para que logren desactivar los mecanismos que la mantienen operante.

Una de sus funciones es la de consolidar, en la fase siguiente a la ruptura del sistema disfuncional que dominan el problema, mediante acciones conscientes progresivas, la capacidad del paciente de hacer frente con éxito a las situaciones antes problemáticas.

- **Prescripciones indirectas:** son imposiciones de comportamiento que enmascaran su verdadero objetivo, es decir se prescribe hacer algo con el fin de producir otra cosa distinta de lo que se ha declarado o prescrito. Utiliza la técnica hipnótica del desplazamiento del síntoma: se atrae la atención del paciente hacia a alguna otra cosa problemática que reduzca la intensidad del problema presentado.

Debido a su propiedad de evitar la resistencia al cambio en cuanto llevan a las personas hacer algo sin que, mientras lo hacen, se den cuenta de ello, desempeñan un papel fundamental en la primera fase de un tratamiento estratégico pues permiten una rápida y eficaz ruptura de la situación de acciones y retroacciones disfuncionales.

- **Prescripciones paradójicas:** ante un problema que se presenta como espontáneo y refrenable resulta muy eficaz prescribir el comportamiento sintomático mismo pues así se coloca a la persona en una situación paradójica en donde tiene que realizar voluntariamente aquello que es involuntario e incontrolable y que siempre ha intentado evitar. La ejecución voluntaria del síntoma anula al síntoma mismo, que en calidad de tal ha de ser algo espontáneo e incontrolable.

De acuerdo con los autores (Nardone y Watzlawick 1997), para que las prescripciones, en todas sus formas puedan ponerse en práctica y resulten eficaces, se requieren estudiarlas atentamente y presentarlas al paciente como verdaderos y auténticos imperativos hipnóticos recurriendo a todas las técnicas

de terapia breve estratégica pues de otra forma los pacientes raras veces ejecutan las prescripciones en especial las indirectas paradójicas.

Por lo tanto las prescripciones deben ser impuestas en un lenguaje pausado y medido, repitiendo varias veces el imperativo, y han de presentarse al paciente en los últimos momentos de la sesión. Es de gran importancia aclarar que, después de haber realizado cada una de las prescripciones, se redefine el resultado y se felicite al paciente por la capacidad que ha demostrado; se le hace tomar consciencia del hecho de que los problemas que le parecían invencibles pueden superarse con cierta comodidad y que el mismo lo ha demostrado con las acciones que ha llevado a cabo (op.cit).

Por otro lado, dentro de las intervenciones psicoterapéuticas que más adelante se mencionarán, y que son fundamento para la realización del presente trabajo, se encuentran algunas que podrían ser más relacionadas a la terapia narrativa; sin embargo, la psicoterapia breve estratégica, tiene varios fundamentos teóricos y prácticos propios de esta terapia. Es por ello que a continuación, se dedica un breve subtema a la explicación teórica de algunos fundamentos de la terapia narrativa.

### **3.5.1 Principios básicos de terapia narrativa**

La Terapia Narrativa fue creada por Michael White, trabajador social australiano, y David Epston, antropólogo de origen canadiense residente en Nueva Zelanda. White y Epston (1989) consideran que la gente se enfrenta a dificultades cuando vive con “historias dominantes” que están “saturadas de problemas”. Estas historias dominantes son restrictivas, no abarcan partes importantes de la experiencia de las personas y/o las llevan a llegar a conclusiones negativas sobre su identidad.

La terapia narrativa utiliza la *exteriorización* como una práctica lingüística que permite separar a las personas de sus conflictos. Separar en una conversación el problema hace que la culpa y el recelo se debiliten, buscando nuevas soluciones (Freeman, Epston y Lobovits, 2001).

Por su parte, Morgan define la *deconstrucción* en la Terapia Narrativa como el “desarmar” o revisar cuidadosamente las creencias y prácticas de la cultura que están fortaleciendo al problema y a la historia dominante (Morgan, 2000).

Otra de las técnicas que esta terapia emplea en la relación terapeuta-consultante, son las *conversaciones exteriorizadas*. Los problemas no son vistos como síntomas o como manifestaciones de alguna deficiencia del cliente. Más bien, se piensa en los problemas como algo separado del cliente, algo externo a él o ella pero que está afectando su vida.

Las personas, con frecuencia reportan que externalizar los problemas les ayuda a ponerlos en perspectiva, y pensarlos de diferente manera. Alice Morgan (2000) explica que las conversaciones exteriorizadas constan de los siguientes pasos: nombrar al problema, explorar los efectos del problema sobre la vida de la persona y “desconstruir” o poner en contexto el problema.

Otra técnica muy frecuente en la terapia narrativa es la de *nombrar al problema*. Aquí, el terapeuta le pide al cliente que describa y nombre al problema. Es muy importante trabajar con las palabras exactas que usa el cliente y se puede invitar también a compartir imágenes o metáforas que describan al problema.

También se exploran los *efectos del problema*. Después de obtener la descripción del problema que al cliente le parezca más acertada y apegada su experiencia, el terapeuta indaga sobre la historia del problema; no para encontrar su causa, sino para entenderlo mejor y para explorar historias alternativas más adelante.

Por su parte, Según Matthews y Matthews (2005) el proceso de la terapia narrativa se enfoca en a construcción de los significados de las experiencias, involucrando los siguientes aspectos:

*Escucha y comprensión*, en donde lo fundamental en la escucha y en la comprensión de la historia de la persona o familia es lo que se selecciona para ser contado al terapeuta y se debe asegurar de entender la relación entre el

relato y familia. Cuando se desarrolla la idea de cómo los sujetos se ven a sí mismos, se asistirá a la construcción de un relato alternativo.

*La desconstrucción de la historia problemática*, en donde el terapeuta colabora a desconstruir la problemática familiar invitando a los miembros a ver el problema desde una perspectiva diferente. *La reconstrucción del relato*, en la que se incentiva a hablar sobre la forma que se preferiría ser y lo que les gustaría que estuviese sucediendo en sus vidas.

Y finalmente, el *sostenimiento del cambio*, en la que la variación es mantenida por el engrosamiento del nuevo relato de la historia y la identificación de la familia con éste. Posteriormente, se validan y resaltan los cambios experimentados por cada miembro.

Por último, La persona sumida en el problema cuenta un relato pobre de su experiencia, el cual constituye la historia del problema. La identidad de la persona se ve saturada por la descripción que hace el problema de ella ante sí misma y ante los demás. La terapia narrativa tiene como objetivo enriquecer la historia mediante la introducción de aquellos detalles que han quedado fuera por el predominio del problema, es decir, la co-creación junto al paciente de una historia alternativa.

## **4 MARCO TEÓRICO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA**

Los Motivos de Consulta en CCAP son variados y abarcan diferentes problemáticas. Sin embargo, no todas las situaciones que se presentan pueden ser abordadas por el equipo de terapeutas que participan en el Centro Comunitario; por lo regular, se seleccionan los pacientes que atenderá cada terapeuta a partir del programa académico que pertenece y que ya ha sido mencionado anteriormente.

De esta manera, la población infantil, trabaja bajo la dirección de Residencia en Psicoterapia Infantil, los problemas de pareja y familia, por la Residencia en Terapia Familiar, y los adolescentes y adultos son atendidos por los residentes de la Especialidad en Adultos y Grupos y Servicio Social.

El presente trabajo, se fundamenta en la atención clínica a pacientes mayores de 12 años en adelante, es decir, adolescentes y adultos. Los motivos de consulta que fueron reportados y atendidos, según el caso, por el presente prestador de servicio social fueron: Ansiedad, Falta de Control de Impulsos agresivos, Depresión y Baja Autoestima. A continuación se describen brevemente dichos padecimientos.

### **4.1. Ansiedad**

El origen de la palabra ansiedad proviene del antiguo latín “anxietas” que significa congoja o aflicción y consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y una gran inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente (Flores, 2010).

De acuerdo con Kaplan y Sadock (1994), la ansiedad es “un estado emocional desagradable en el que hay sensaciones de peligro amenazador, caracterizado por malestar, tensión o aprensión. La ansiedad va acompañada por un patrón característico de descarga del Sistema Nervioso Autónomo (SNA), implicando una tasa respiratoria alterada, un aumento del sudor y

trastornos musculoesqueléticos, con consecuente temblor, sensaciones de debilidad”.

Por su parte Hayaski (1987), en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), define la ansiedad en dos dimensiones:

- 1) Ansiedad estado: condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por aumento de la actividad del SNA. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.
- 2) Ansiedad Rasgo: serán las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad; es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la Ansiedad Estado.

Por otro lado, Tobal (1985, cit. en Tobal y Cano, 1997) explica que: “Se denomina ansiedad a la respuesta, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos, tales como pensamientos, ideas, etc., que son percibidos por el sujeto como peligrosos o amenazantes”.

A partir de esta definición, se entiende que la ansiedad puede manifestarse de tres formas: cognitiva, fisiológica y motora (1985, cit. en Tobal y Cano, 1997; en Flores, 2010):

Las **manifestaciones cognitivas** de la ansiedad se refieren a los pensamientos, creencias y expectativas de las personas: sentimientos o percepción de peligro e inseguridad, sin causas concretas en el entorno que justifiquen ese miedo; desorganización de los procesos superiores cognitivos, que tiene como consecuencia una ineficacia en el afrontamiento de los problemas que le generan falta de concentración, de decisión y la idea de que

las personas que le rodean observan su conducta y se dan cuenta de sus problemas y torpezas.

Respecto a las **manifestaciones fisiológicas**, son cambios en las reacciones biológicas: dificultades de respiración, taquicardia y otros síntomas cardiovasculares, problemas gastrointestinales, sequedad de la boca, pies y manos fríos, diarrea, orinar con frecuencia, palpitaciones, elevación de la presión, sudoración, tensión muscular, falta de sueño, mareos, dolor de cabeza, etc. Finalmente, las **manifestaciones motoras** se refieren a las acciones de las personas que son fácilmente observables por los demás, que el individuo ansioso presenta disminuyendo su eficacia: dificultades en la expresión verbal (bloqueo o tartamudez), movimientos torpes, llanto, movimientos repetitivos de pies y manos, rascarse, respuestas de huida o evitación, así como fumar, comer o beber en exceso.

Así, los trastornos de ansiedad se definen por la presencia predominante de síntomas que suelen ser irracionales, intensos, persistentes y perturbadores. Éstos tienen diferentes formas de manifestación, distintos cuadros clínicos y categorías. De acuerdo con Gándara y Fuentes (1999; en Flores, 2010) los trastornos de la ansiedad más conocidos son los siguientes:

**1. Trastorno de pánico:** aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados de sensación de muerte. Otros síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de asfixia y miedo a "volverse loco", perder el control. Esta crisis causa un estado de permanente preocupación al paciente por el gran temor de que se repita.

**2. Agorafobia:** aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares públicos donde escapar puede resultar difícil o embarazoso y no encontrar ayuda en caso de una crisis de angustia o sus síntomas. Agora es una palabra griega que significa plaza, Phobos es miedo. El miedo a los estímulos agorafóbicos, acompañado de evitación se llama agorafobia. Aunque no necesariamente se presente la evitación, basta que las situaciones se toleren con un elevado grado de ansiedad y necesidad de compañía.

**3. Trastorno de angustia:** se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en una persona sin antecedentes de crisis de angustia o ataques de pánico.

**4. Fobia específica:** presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales, algún objeto o animal específico. El miedo da lugar a comportamientos de evitación. La respuesta de ansiedad a esos estímulos es inmediata. Puede provocar ataque de pánico bien limitado o predispuesto situacionalmente. Son fobias restringidas a un tipo de estímulo.

**5. Fobia social:** se caracteriza por la presencia de ansiedad como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público de la propia persona. Miedo a desconocidos, a la evaluación, a sufrir una situación embarazosa; ponerse nervioso o ser humillado.

**6. Trastorno de ansiedad generalizada:** es la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo, persistente e incontrolable. La persona no es capaz de distinguir qué situaciones producen sus síntomas. No existen estímulos específicos asociados a éstos.

**7. Trastorno de estrés postraumático:** reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intenso por más de un mes.

**8. Trastorno obsesivo-compulsivo:** presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente, lo suficientemente graves para provocar pérdidas de tiempo significativas. Las obsesiones son las ideas y pensamientos intrusivos. Las compulsiones son conductas como por ejemplo lavarse las manos en forma repetida, verificar la cerradura con la llave varias veces, ordenar la ropa en extremo, entre otros.

## 4.2. Falta de control de impulsos agresivos

El concepto de agresión ha sido utilizado para definir tanto procesos como conductas. Un tipo de conducta se puede juzgar agresivo o no agresivo dependiendo de la edad, el sexo y otros factores (Macías y Ruíz, 2011).

La conducta agresiva, al igual que otras, es regida por mecanismos que intervienen en el aprendizaje, podemos mencionar que dicha conducta es adquirida y mantenida por los mismos procesos psicológicos mediante los cuales se aprende el resto del comportamiento (Macías y Ruíz, 2011).

La agresión es una conducta social compleja que involucra la interacción directa o indirecta entre dos o más individuos y que está dirigida a lograr control, en donde se violan los derechos de otros. Dicho control es de naturaleza adversa o coercitiva porque el individuo agredido debe responder de la forma determinada por el agresor, con el objeto de evitar o poner fin a la conducta lesionante o adversiva del agresor (op. cit.).

Por otro lado, se ha clasificado a la conducta agresiva en dos dimensiones: positiva y negativa. La positiva va dirigida a proteger y salvaguardar la vida, la integridad corporal, cuando es constructiva al hombre mismo, y negativa cuando va dirigida a destruir lo creado, cuando se da rienda a los instintos y no se tiene control (Tocaven, 1991; en Macías y Ruíz, 2011).

El hombre utiliza la agresión en forma positiva o negativa dependiendo de su madurez, de sus valores, normas, nivel educativo, ambiente social y las circunstancias que se le presentan, depende en cierta forma de la manifestación del individuo social, porque reacciona de acuerdo a sus circunstancias. No es instinto, es un componente bio-psico-social que responde de acuerdo a las experiencias vividas a su inteligencia, emociones y a su propio instinto de conservación como la raza superior (Macías y Ruíz, 2011).

Por su parte Baron (1976; en Macías y Ruíz, 2011) menciona que se han identificado dos tipos básicos de agresión: agresión hostil y agresión instrumental. La primera es un comportamiento cuyo fin es infligir sufrimiento o causar daño a otro. Este tipo de agresión va siempre acompañado de rabia por parte de agresor. En cambio la agresión instrumental, es un comportamiento en

el que el ataque ajeno es perpetrado con un fin no agresivo. Sin embargo, en ambos casos la intención es dañar a otro ser humano.

Asimismo existen dos tipos de principios psicológicos con respecto a la agresión: el primero sostiene que la agresión es siempre una consecuencia de la frustración, pero además, de la frustración misma hay otros factores psicológicos que deben tomarse en cuenta como son (Megargee, 1976; en: Macías y Ruíz, 2011):

- a) Los que gobiernan el grado de instigación.
- b) Los que se refieren a la inhibición de actos agresivos.
- c) Los que determinan el objeto contra el cual va dirigida la agresión y la forma que toma dicha agresión.
- d) Los relativos a la reducción de la instigación a la agresión.

El segundo principio se refiere a la agresión directa o indirecta. Este supuesto señala que a mayor instigación, provocada por una frustración, se producirán actos de agresión que se dirigen contra el agente percibido (Dollard y cols., 1939, citado en Megargee, 1976; en: Macías y Ruíz, 2011).

Por otro lado, la agresividad suele dispararse ante situaciones que el individuo vive como de amenaza personal, de riesgo a sufrir una agresión, o de pérdida del control sobre una situación. Estas circunstancias se acompañan de "baja tolerancia a la frustración", pues se incrementa la posibilidad de que aparezca una respuesta conductual no adaptativa. Tras la evaluación cognitiva de la situación de riesgo, surge un *impulso agresivo* que se plasmará en una serie de patrones conductuales dirigidos a causar daño en algún objeto concreto de su entorno (Castillo y Ramírez, 2008).

Así mismo, la agresividad impulsiva puede tener diversas manifestaciones como (Magaña, 1995):

- *Irritabilidad*: la persona experimenta emociones de ira o agresividad ante mínimos estímulos, o con frecuencia, mayor de lo habitual.

- *Hetero-agresividad verbal*: la emoción de agresividad desencadena amenazas verbales o lenguaje provocativo en el entorno.
- *Hetero-agresividad física*: la emoción desencadena el estado más grave de conducta violenta, que genera daño físico en el medio.

El Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia (2001), define "impulsivo" a alguien que suele hablar o proceder sin reflexión ni cautela, dejándose llevar por la impresión del momento; así mismo, define el "impulso" como un deseo o motivo afectivo que induce a hacer algo de manera súbita, sin reflexionar.

La impulsividad es una conducta que se manifiesta como resultado de la toma de decisión prematura, antes de disponer de toda la información necesaria (fase de preparación / aspecto cognitivo), también de la dificultad para realizar las acciones de forma apropiada (fase de ejecución / aspecto motor) y, por último, de la incorrecta valoración de las consecuencias a largo plazo de la conducta que se realiza (fase de evaluación de las consecuencias / falta de programación), aunado a una dificultad en la concentración (aspecto atencional) (Ros y cols, 2004; en: Castillo y Ramírez, 2008).

De esta manera, Eguiluz y Segarra (2005; en Castillo y Ramírez, 2008) explican que esta falta de control racional, es la causante de los comportamientos que suelen tener resultados negativos para la persona, bien porque se expresa fuera del contexto apropiado, por ser apresurados o porque conllevan riesgo para el individuo u otras personas.

De acuerdo a Eguiluz y Segarra (2005), la impulsividad se puede clasificar por la:

- 1) Imposibilidad de inhibir la conducta (modelo de inhibición): se muestra un patrón generalizado de comportamiento en el que predomina la incapacidad para inhibir los distintos tipos de conducta y otras funciones de la mente, como las emociones. Lo anterior impregna la personalidad del individuo en todas sus esferas, y se percibe por los miembros de su grupo social como un sujeto impredecible e irreflexivo.

- 2) Imposibilidad para resistir un impulso (modelo obsesivo): la persona presenta incapacidad de resistir un impulso, pulsión o tentación a actuar una situación, también experimentan un aumento de la ansiedad o tensión antes de actuar. Después de la gratificación o durante la realización de la misma, suele aparecer un estado de placer, gratificación o de alivio, así como una sensación de culpa, arrepentimiento o autorreproche. Por último, estos actos parecen agravarse en cuanto a frecuencia e intensidad en los momentos de mayor ansiedad o estrés.

Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición (DSM-IV, 1996), señala que la característica esencial de los trastornos del control de impulsos es la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás. En la mayoría de los trastornos que conforman esta sección de dicho manual, el individuo percibe una sensación de tensión o activación interior antes de cometer el acto y luego experimenta placer, gratificación o liberación en el momento de llevarlo a cabo. Después del acto puede o no haber arrepentimiento, autorreproches o culpa (Castillo y Ramírez, 2008).

Para la finalidad de este escrito, únicamente se describe a continuación el "Trastorno explosivo intermitente", mismo que se caracteriza por la aparición de episodios aislados en los que el individuo no puede controlar sus impulsos agresivos, dando lugar a violencia o destrucción de la propiedad. De acuerdo al DSM-IV (1996), los criterios diagnósticos para dicho trastorno son los siguientes:

- A) Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.
- B) El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.

- C) Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. Trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maniaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. Drogas, medicamentos) o una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

### 4.3. Depresión

El término depresión derivado del latín *de* y *premere* (apretar, oprimir), y *deprimere* (empujar hacia abajo), y con los significados que vienen de estos términos latinos de empujar hacia abajo, oprimir, rebajado en categoría o fortuna.

El término se ha utilizado en varias ocasiones indistintamente para designar un síntoma afectivo (tristeza), una entidad nosológica (padecimiento con signos y síntomas que permiten una clasificación individual) y un síndrome (conjunto de signos y síntomas comunes a un grupo de enfermedades), siendo esta última acepción la que desde el punto de vista médico se considera más adecuada (Mendoza y Soto, 1990).

En la clínica, la depresión se ha deducido en base a los estados verbales o autoreportes que proporciona la persona en el que se enumeran términos descriptivos asociados con estados internos como pueden ser la tristeza, desesperación, irritabilidad, falta de valor e intento de suicidio. Sin embargo, también se han manejado algunas conductas observables: disturbios en el sueño, poco apetito, reducción en el nivel de actividad, etc. (Lewinsohn y Rosenbaum, 1987).

Para Rojtenberg (2001), la depresión es una perturbación compleja, es un síndrome, con diferentes matices sintomáticos promovidos por múltiples

causas que afecta al sujeto tanto por el alto grado de sufrimiento psíquico que le promueve como por sus secuelas personales y sociales.

En cuanto a estos comportamientos, Norberto (1997) los agrupa en dos categorías:

- 1) **Comportamiento Cognitivo-Verbal:** En este tipo de comportamiento se incluye tristeza, desesperación, culpa, falta de valor (baja autoestima), irritabilidad, pesimismo, apatía, infelicidad, pánico difuso, autorreproche, distorsión negativa del medio ambiente e incapacidad.
- 2) **Comportamiento Somático-Motor:** Retardo en la prontitud de la respuesta, decremento en el nivel de trabajo y en actividades recreativas, baja de apetito, cabeza colgada, llanto, agitación, torcerse las manos, perturbaciones en el sueño, pérdida de interés en la conducta sexual, fatiga, reducción en la producción verbal, evitación o reducción en la interacción social, conducta suicida, carencia de contacto visual; entre muchas otras

Por otro lado, la ansiedad, que se llega a confundir con la depresión por presentarse frecuentemente a la vez, frente a la sensación de pérdida y la ausencia de emociones positivas habituales en la depresión, la ansiedad y angustia se relacionan con el temor, la preocupación e inseguridad producidos generalmente por el sentimiento de peligro o amenaza.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene

carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

De acuerdo al Instituto Nacional de la Salud Mental de Los Estados Unidos (2009), existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico:

**El trastorno depresivo grave**, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

**El trastorno bipolar**, también llamado enfermedad maniaco depresiva, no es tan común como la depresión grave o la distímia. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo que van desde estados de ánimo muy elevado (por ejemplo, manía) a estados de ánimo muy bajo (por ejemplo, depresión).

**El trastorno distímico**, también llamado distímia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distímia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

**Algunas formas de trastorno depresivo** muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen: depresión psicótica, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.

**Depresión posparto**, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto.

**El trastorno afectivo estacional**, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera.

Sin embargo, de acuerdo con Guadarrama (et. al. 2006) las características claves por medio de las cuales se podrían definir los desórdenes depresivos son:

- Estado de ánimo triste o carácter bajo
- Anhedonia (incapacidad para disfrutar o sentir emociones positivas)
- Energía reducida

Seguendo al mismo autor, se encuentra que existen dos posibles orígenes en la etiología de la depresión:

- 1) La depresión exógena o reactiva, obedece a una causa externa generalmente bien definida (pérdida de un familiar o un ser amado, pérdida monetaria, enfermedad invalidante entre otras).
- 2) La depresión endógena: no tiene causa externa manifiesta, lo cual lleva a considerarla una alteración biológica como ocurre con la psicosis bipolar (maniacodepresiva) o unipolar (depresiva). Aparecen al menos cuatro de los siguientes síntomas y durante más de dos semanas: alteración del apetito, del sueño, de la actividad psicomotora, del funcionamiento cognitivo, de la energía física, pérdida de la sensación de placer, sentimientos de culpa e ideación suicida. Pueden aparecer también síntomas psicóticos congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Finalmente, en la vida diaria los estímulos que pueden generar depresión son multifactoriales, todos ellos tienen como denominador común el constituir

estresares con valor afectivo sólo para el individuo afectado, dicho valor afectivo, varía de individuo a individuo, es la variable que introduce la diferencia en la respuesta (Guadarrama et. al. 2006).

#### **4.4. Baja autoestima**

Branden (1993), plantea que la Autoestima corresponde a "una sensación fundamental de eficacia y un sentido inherente de mérito", agrega que es como la suma integrada de confianza y de respeto hacia sí mismo. Se diferencia de *autoconcepto* y de *sí-mismo*, ya que el primero atañe al pensamiento o idea que la persona tiene internalizada acerca de sí misma como tal; mientras que el sí-mismo comprende aquel espacio y tiempo en que el Yo se reconoce en las experiencias vitales de importancia que le identifican en propiedad, algo así como el "mi".

Marsellach (s. f.; en: Cobos, 2011) menciona que las personas que tienen una alta autoestima presentan rasgos tales como ser más independientes y responsables, además de desarrollar capacidades para afrontar nuevos retos con entusiasmo, tolerancia a la frustración y la capacidad de influir en otros. Por su parte, Aguilar (1995; en Cobos, 2011) explica que las personas que tienen niveles elevados de autoestima saben escuchar, son optimistas, establecen buenas relaciones interpersonales en las cuales ven sus propias necesidades, son capaces de desarrollar su propio talento y creatividad, tienden a buscar experiencias sin importar los fracasos, se arriesgan a diferentes situaciones y son personas seguras de sí mismas.

Por el contrario, entre las características que distinguen a las personas con baja autoestima, de acuerdo a Bizama (1995; en: Cobos, 2011), está la tendencia a pasar inadvertidas, temen expresar sus ideas, se ven tristes o enojadas, piensan que los demás los rechazan, son tímidas y caen fácilmente en comportamientos agresivos.

Al respecto, Aguilar (1995; en: Cobos, 2011) señala que las personas con baja autoestima son individuos que no aceptan fácilmente cuándo están equivocadas, no se abren fácilmente al diálogo; tienden a culparse de los

problemas, lo cual conduce al pesimismo y depresión; son personas que establecen relaciones interpersonales pero no piensan en sus necesidades, además de tener un alto nivel de censura, lo cual hace que no desarrollen sus habilidades al máximo y que normalmente se sientan infelices aún cuando tengan éxito; temen al rechazo y al fracaso, creen que no son merecedores de ciertas cosas y por consiguiente pierden confianza en sí mismos; dudan de sus habilidades, incluso de las que ya han demostrado.

En el diagnóstico de la valoración de sí mismo es posible reconocer dos tipos de problemáticas. Para cada una de ellas la intervención terapéutica requiere de distintas modalidades (Huerta, s. f.).

Por un lado, la Baja Autoestima Situacional, se manifiesta o abarca sólo áreas concretas dentro de la vida del sujeto; mientras que en la Baja Autoestima Caracterológica, esta disminución tuvo habitualmente su origen en experiencias tempranas de abandono, descalificación, abuso o maltrato. La sensación de "maldad", "culpa", "inmerecimiento" o "incompetencia" es más global, tendiendo a cubrir varios aspectos o ámbitos de la vida de la persona (Huerta, s. f.)

## 5 EL VOCABULARIO EN LA TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA: REDUCCIÓN EN TIEMPO DEL PROCESO TERAPEUTICO EN UN CENTRO COMUNITARIO

El presente Informe se realizó a partir de las actividades que el prestador de servicio social realizó dentro del programa de Servicio Social “Fortalecimiento al Trabajo Comunitario”, con residencia en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” (CCAP), y en el que las actividades se desarrollan dentro del área formativa de la Psicología Clínica.

De acuerdo al cronograma del Centro, entre las actividades a realizar por parte del prestador de servicio social se encuentran: entrevista inicial, evaluación psicológica, orientación psicológica, psicoterapia individual, referencia institucional (canalización interna y externa), trabajo comunitario, seguimiento de casos, reportes clínicos por sesión, talleres, entre otras. Todas ellas, realizadas en tiempo y forma por el presente prestador de servicio social.

Las actividades antes mencionadas fueron supervisadas por profesionales del Área Clínica de la Facultad de Psicología de la UNAM; principalmente, por la Coordinadora del CCAP, y la supervisora del equipo de servicio social en dicho centro, asignada previamente por la Coordinadora del mismo. Ambas, encargadas de brindar al prestador de servicio social, una visión profesional sobre su actuación en el centro, así como guiar en el proceso de la adquisición de competencias profesionales.

Las actividades realizadas por el presente prestador de servicio social, se concentraron principalmente en:

- **Entrevistas de primera vez** con pacientes que solicitaban atención psicológica
- **Evaluación psicológica:** mediante pruebas psicométricas y/o proyectivas, así como mediante la entrevista diagnóstica.
- **Referencia institucional:** a personas a las que, por la naturaleza de su demanda, no se les podía ofrecer un servicio profesional que cubriera dicha necesidad.

- **Orientación Psicológica y psicoterapia breve:** principalmente a adolescentes y adultos.
- **Actividades administrativas:** manejo del archivo clínico del equipo de servicio social y de estudiantes de la Especialización en Intervención Clínica en Adultos y Grupos.

Sin embargo, el grueso de actividades desempeñadas durante la estancia en dicho programa de servicio social, se concentró en la atención clínica a personas mayores de 12 años, es decir, adolescentes y adultos y en un contexto de atención individual; esto, ya que los residentes de otros programas académicos en CCAP, se encargan de darle atención a otros sectores de la población que consulta: niños, parejas, familias, grupos, etc. En relación a la "atención clínica", puede referirse a: entrevista inicial, orientación psicológica, psicoterapia breve, evaluación psicológica, referencia institucional e integración de informes psicológicos.

Por otro lado, durante la prestación de servicio social, se observó que la demanda de atención psicológica en el CCAP es tan elevada, que la lista de espera puede llegar a contener más de 50 hojas de Pre-consulta (que llena una persona que solicita la atención psicológica, acudiendo al centro o vía telefónica con la recepcionista). Esto implica, que una persona puede esperar a ser atendido en CCAP de 1 mes a 3 meses, o en ocasiones más tiempo.

Esta situación, causada por las condiciones del inmueble y por cuestiones administrativas, da como resultado que no todas las personas que solicitan atención psicológica en CCAP puedan ingresar a obtener un servicio profesional de carácter psicológico.

Por otro lado, las personas que son llamadas para ser atendidas, deben ser evaluadas tanto psicológicamente como socioeconómicamente, para determinar si su motivo de consulta, situación a resolver o problemática puede ser abordada con un profesional en formación, como son los prestadores de servicio social, o los estudiantes de alguna residencia o programa académico del centro.

Sin embargo, las personas que tras ser evaluadas psicológicamente, y se ha determinado que su motivo de consulta puede ser tratado en CCAP (con ayuda de la supervisión clínica individual y grupal del terapeuta encargado del caso y su supervisor) son aquellas personas que son consideradas “pacientes” o “consultantes” y que iniciaran un tratamiento acorde a las necesidades de cada caso.

El equipo de servicio social en CCAP es formado bajo un enfoque de *psicoterapia breve estratégica*, puesto que el prestador de servicio social está en formación profesional y cursa los últimos semestres de la carrera de psicología; además, de no formar parte de un curso que forme psicoterapeutas. Sin embargo, la adquisición de este tipo de psicoterapia breve, se hace mediante *cursos formativos* (seminarios, supervisión clínica, referencias bibliográficas) y con la *práctica clínica* con los pacientes (que después es supervisada con el profesional y experto en la materia para tomar decisiones de cada caso).

El presente trabajo pretende reflejar cómo, durante las sesiones de intervención clínica con pacientes e incluso con personas que únicamente están consultando por primera vez, el empleo del vocabulario adecuado puede llevar a que la persona cambie la percepción que tiene sobre su “problemática” y logre con ello la implementación de nuevas soluciones que puedan mejorar su sintomatología. Sin embargo, no es cualquier vocabulario, sino el que proviene de los consultantes propiamente, esto es, palabras, frases u oraciones que ellos estructuran como forma de expresión a su problema y que son apropiadas por el terapeuta con fines terapéuticos.

Durante mi estancia en CCAP, participe en las actividades del cronograma de actividades del programa de servicio social, dividido en dos etapas principalmente: cuatro meses como *co-terapeuta* y ocho meses como *terapeuta*. Durante la primera etapa, presencie entrevistas iniciales, evaluaciones psicológicas, referencias institucionales y psicoterapia breve, reporte de sesiones e integración de informes psicológicos; en todas ellas, logre establecer un primer contacto con las personas que llegaban a consulta.

Durante la segunda etapa, como terapeuta, fui el encargado de realizar las actividades del cronograma, ya sin un terapeuta que guiara el proceso terapéutico, y más bien como el encargado de brindar el servicio que ofrece el CCAP a las personas que buscan atención psicológica, pero que para llegar a este punto de intervención, resulta conveniente realizar una fase de evaluación psicológica en la que se toman diversas decisiones en función de buscar la mejora del motivo de consulta de la persona.

De esta manera, en el siguiente cuadro se muestra el número de personas que fueron atendidas por el presente prestador de servicio social, así como el tipo de atención que se brindó:

ACTIVIDAD	NÚMERO DE PERSONAS
Entrevista Inicial	19
Evaluación psicológica	19
Psicoterapia breve/ orientación psicológica	5
Referencia institucional (canalización interna o externa)	5
Total	19

Cada una de las personas señaladas en el cuadro anterior, acudieron por primera vez a CCAP solicitando ayuda psicológica. Se encontraron en lista de espera, y esperaron el llamado telefónico que les indicó la existencia de un espacio con un terapeuta disponible para abordar su problemática.

Las personas atendidas durante la estancia en CCAP fueron "citadas" por la recepcionista del centro; los motivos de consulta muy pocas veces fueron pre-seleccionados por el terapeuta. De esta manera, una persona llegaba a consulta, con el prestador de servicio social, y durante el primer contacto, es decir, durante la entrevista inicial o pre-consulta, era necesario indagar su

motivo de consulta y un panorama general sobre su dinámica familiar y personal.

Por otro lado, es importante mencionar que, durante la sesiones, el terapeuta y/o co-terapeuta ingresaban con una tableta, hojas en blanco y una pluma, con la finalidad de anotar cualquier frase, palabra o material proveniente de la persona con el fin de emplearlo en función del propio proceso terapéutico. A partir de estas anotaciones, se realizaba una mejor supervisión clínica de los casos, e incluso, dichas anotaciones (transcripciones de palabras, frases o vocabulario en general de la persona durante las sesiones) son las que permiten la realización del presente trabajo.

### **5.1 Motivos de consulta-situación a resolver**

Una de las técnicas primordiales en psicoterapia breve estratégica se vuelve primordial durante el primer contacto, emplear *el lenguaje del consultante* y no el propio, facilita la empatía y propicia que el llamado “rapport” se consiga de una manera más rápida y sencilla. A continuación se menciona cómo se determinó la problemática a resolver, de los 5 pacientes en intervención clínica, y que forman parte de la experiencia del presente informe. Por cuestiones de confidencialidad, se utilizan dos letras que indican un sobrenombre.

#### **↓ Paciente Gh**

Un joven de 14 años de edad de sobrenombre Gh acudió a consulta llevado por la preocupación de su madre, al observar un comportamiento inusual en su hijo. En este caso, tomaron el caso una Terapeuta y un co-terapeuta (presente prestador de servicio social).

Al preguntar a la madre el motivo por el que llevaba a su hijo a consulta, respondió describiendo la sintomatología del joven: *“presenta náuseas, migraña, y un comportamiento extraño, se ha golpeado contra la pared, desde ayer hasta hoy que lo lleve al doctor”*. Evidentemente, esta situación alarmó a

la madre allí presente. Sin embargo, al entrevistar al joven, era imposible emplear las palabras usadas por su madre para describir su problemática.

Se debía emplear el mismo vocabulario que el joven allí sentado proporcionara a los dos terapeutas. La pregunta inicial fue *¿Gh, sabes cuál es el motivo por el que tu mamá te trae aquí?* La respuesta del joven fue: *“mi mamá me trae aquí porque golpeaba la pared, los vasos o cosas así, pero es muy exagerada porque yo estoy bien”*. A partir de entonces, co-terapeuta y terapeuta iniciaron la indagación de su propio motivo de consulta y no el de la madre, pues quien asistiría a sesiones terapéuticas era el joven y no la madre.

Por otro lado, además de emplear las mismas palabras del joven, surgió la necesidad de tomar la misma postura corporal del mismo, es decir, al hablar del “lenguaje del consultante”, no solo se limita al ***lenguaje verbal*** sino también al ***lenguaje no verbal*** o paraverbal. De esta manera, en lugar de tomar una posición en la silla que mostrara rigidez, como el cruzar las piernas, y una expresión facial inmóvil y poco expresiva, se recurrió a una postura más liviana, sin cruce de piernas, hombros relajados y expresión facial menos neutra y con pequeñas gesticulaciones que mostraran atención hacia lo dicho por el joven, y por otro lado, que ayudaran a crear una mejor empatía con él.

A partir de entonces, todas aquellas preguntas elaboradas por el terapeuta y/o co-terapeuta, debieron estar debidamente estructuradas a partir del vocabulario que el joven empleara, y que tuvieran el potencial de resonar en la persona en busca de la reestructuración, que se pretende con la terapia breve estratégica. De esta manera, estructurando preguntas tales como: *¿Para qué rompes los vasos? Te hemos preguntado si te gustaría resolver algo y dices que no, nos podrías explicar un poco, ¿Qué pasa por tu cabeza cuando rompes los vasos o golpeas la pared?*, se hizo posible que aquel joven de 14 años, lograra “pensar” en su motivo de consulta, esto es, definir un problema psicológico que pudiera ser abordado en un proceso psicológico, y sobre todo, percibiera de una manera distinta la forma en que su enojo estaba siendo canalizado.

### ↓ Paciente Lp

Otro ejemplo de la necesidad de emplear el mismo lenguaje verbal y no verbal con un paciente, se presentó con Lp, un joven de 14 años, que de igual forma fue llevado por su abuela materna al observar en el chico un comportamiento agresivo, que se reflejaba en su manera de hablar con las personas y con su forma de ser en casa y escuela, donde se reportaban diversas peleas en las que el joven participaba.

Al preguntarle sobre si sabía el motivo por el cual era llevado a CCAP, contestó: *"dicen que soy agresivo y que tengo que cambiar mi forma de ser"*. El motivo de consulta del joven aun distaba de emanar de sí mismo; emplear las palabras "dicen" y "tengo que", evidenciaba la repetición de lo que sus padres o familiares le decían.

Sin embargo, la entrevista inicial se desarrolló con el vocabulario que el joven empleaba y que el presente prestador de servicio social debió captar con atención y sin error alguno. *¿Dices que los demás dicen que eres agresivo? ¿Quiénes dicen que eres agresivo? ¿Que crees que haces tú que los demás lo consideran agresivo? ¿Cómo es ser agresivo?* Estas preguntas fueron la base para que el joven percibiera su propio comportamiento y al finalizar la entrevista inicial comentara: *"Bueno, si soy muy agresivo, no me gusta que me regañen, desde los 12 años me volví muy agresivo"*.

En este caso, el joven reestructuró aquel motivo de consulta por el que fue llevado, pues en lugar de hablar sobre lo que se dice o se espera de él, habló ya sobre la percepción de su propio comportamiento: *"soy muy agresivo" "desde los 12 años me volví muy agresivo"*. Ambas frases estructuradas con el vocabulario del consultante permitieron la elaboración de futuras preguntas que buscaron en la persona una nueva forma de percibir su problemática.

### ↓ Paciente Rb

Se ha dicho, que una vez que se presenta la entrevista inicial con una persona consultante, se inicia una fase de evaluación psicológica en la que, se evalúa la salud mental de la persona, en búsqueda de las condiciones adecuadas para poder trabajar, de manera psicológica, con esta. Durante dicha

fase, se exploran diversas áreas de la persona: familiar, sexual, de pareja, etc.; pero también, se explora el **motivo de consulta**, intentando rastrear desde cuándo se presenta la sintomatología, los factores desencadenantes y cómo ha sido que la persona ha intentado dar solución a ella.

Sin embargo, desde la entrevista inicial, o en su defecto en las entrevistas de evaluación, el motivo de consulta de la persona debe abordarse de manera tal, que la persona consultante defina concretamente aquella situación o problemática que busca resolver al acudir a CCAP. En algunos casos, una sola entrevista no es suficiente para definir la problemática a resolver.

De esta manera, el terapeuta debe llevar a la persona a un momento de reflexión sobre su problema, en el que pueda determinar en específico aquella situación que le genera conflicto y que desea cambiar. Un ejemplo de esto, se presenta con la paciente Rb, quien solicitó ayuda psicológica, describiendo lo siguiente: *"siento que tengo baja autoestima, no soy una buena esposa, no soy buena madre y soy una fracasada por trabajar en donde estoy y no ejercer la carrera que estudie"*.

El motivo de consulta parece concentrarse en sentimientos y pensamientos negativos de la propia persona hacia sí misma, sin embargo, había que indagar más sobre el asunto. A partir del vocabulario que la persona empleaba se formularon las siguientes preguntas: *¿Usted dice que tiene baja autoestima, no es buena esposa, es fracasada por no trabajar en lo que estudio y no ejercer su carrera, estoy en lo correcto?* Una vez afirmada la pregunta, el paso siguiente fue indagar a qué se refería la persona en relación a los elementos que mencionó como motivo de consulta.

Así, se estructuraron preguntas del tipo: *¿A qué se refiere usted en relación a que no es buena esposa? ¿Cómo es ser no buena esposa? ¿A qué se refiere con tener baja autoestima? ¿Cómo es para usted tener baja autoestima? ¿A qué se refiere usted con no ser buena madre?* Mientras la persona respondía a estas preguntas surgía otra aun más importante y que fue la clave para abordar su motivo de consulta: *¿Cómo es ser buena esposa, buena madre y no ser fracasada?*

A partir de la comparación entre lo real y lo imaginario en la persona, en relación a su motivo de consulta, se presentó la necesidad de abordar aquella posibilidad de “actuar” de una manera diferente a como hasta el momento se había actuado, es decir, desde la psicoterapia breve estratégica, intentar aquellas soluciones que distan de las ya intentadas y que son causantes del mantenimiento del problema. Así, Rb definió: *“ser buena esposa significa tener más comunicación con mi pareja, más intimidad y relacionarme más con la familia de mi esposo; ser buena madre significa ser más comprensiva, inculcarle muchos valores, escucharlos cuando me hablen y no ser fracasada, el ejercer mi carrera en un lugar o empresa grande”*. Estas nuevas opciones generadas en las primeras sesiones de entrevista con la consultante, ayudaron a definir el problema de la persona identificando que los pensamientos negativos de sí misma respondían a una baja autoestima y a partir de los elementos encontrados se comienza a establecer un primer contacto en la intervención clínica.

#### ⚡ Paciente As

Por otro lado, en ocasiones acuden a consulta personas que presentan una sintomatología característica de ciertos trastornos, como la depresión en el caso de los trastornos del estado de ánimo, y son capaces de advertir de ellos, pero que aun se presenta una dificultad para comprender su situación y la complejidad de la misma. En estos casos, el motivo de consulta parece no ser claro, y en un ambiente Comunitario, en el que los procesos psicológicos no pueden alargarse dadas las condiciones materiales y administrativas, se hace necesaria la pronta **“externalización del problema”**.

As es una joven de 25 años, complexión delgada y quien evidentemente acude a su primer entrevista en CCAP con bajo tono emocional aplanado, expresión facial aplanada, tono de voz bajo y desinterés por casi todas las cosas (anhedonia). Al preguntar cuál es la razón por la que acude al centro responde: *“me cuesta trabajo hacer las cosas, he estado pasando por una mala racha desde hace un año, a principios de este año terminé una relación de cinco años, que me hizo deprimirme pero la gotita que derramó el vaso fue la pérdida de mi mascota; en donde más me da el bajón es en mi casa”*. Durante

la entrevista inicial, la petición de la persona hacia los terapeutas, era *"que me ayuden a sentirme mejor conmigo misma, siento que soy insegura, es lo que me gustaría cambiar y también cambiar mi relación con mi familia pues hay resentimiento hacia ellos"*.

Durante la supervisión clínica del caso, el motivo de consulta de la persona parecía muy amplio y no tan específico; debía concretarse y definirse de manera tal, que los prestadores de servicio social pudieran abordarlo clínicamente. Tras algunas sesiones con la joven, y luego de haber conversado sobre aquellas situaciones que la hacían sentir de esa manera, se estructuró una frase-pregunta, empleando el vocabulario que la mujer había proporcionado hasta entonces, como una manera de hacerla ver la relación entre todas aquellas situaciones y su estado de ánimo.

*"As: hemos hablado hasta este momento sobre algunas situaciones que te hacen sentir sin ganas de hacer nada, estas en una situación difícil porque hay una mala racha donde has perdido a tu mascota, a tu pareja, te dan bajones, hay indecisión y tienes una tendencia a compararte con tus compañeros del trabajo y con tu familia... ¿tienes alguna frase que englobe todos estos problemas? La persona responde: "si, la inseguridad es lo que tengo, desde que recuerdo siempre, hasta para hacer amigos me cuesta trabajo, tratar en mi la inseguridad me ayudaría a empezar a arreglarme conmigo misma"*.

En este caso, la persona una vez realizada la fase de evaluación se encontró un cuadro depresivo importante, que no debía dejarse pasar por alto, dada la ocurrencia de episodios depresivos a lo largo de la historia de vida de la persona; sin embargo, bajo un modelo de psicoterapia breve estratégica y el contexto comunitario en el que se daba la situación, el motivo de consulta de la joven, quedó reducido a *"tratar mi inseguridad"*, misma que posteriormente quedó definida y específica para fines terapéuticos y de brevedad al proceso en patrones de conducta que poco a poco la persona fue modificando, es decir, implementó nuevas soluciones a su problema.

## ↓ Paciente JI

Dentro de la psicoterapia breve estratégica se habla de una “*meta mínima*”, es decir, el objetivo terapéutico que será alcanzado a partir de la construcción del problema terapéutico. La clarificación de esta meta a corto plazo, permite que el proceso terapéutico se centre en un objetivo focalizado (Rodríguez, s. f.) Una vez que se alcanza esta meta mínima, se puede emprender la definición de algún otro problema terapéutico, mismo que sería abordado con una estrategia, tal vez diferente a la del primer problema.

Sin embargo, en un contexto comunitario como el del CCAP, no muchas veces pueden abordarse diferentes problemas terapéuticos, en especial, cuando llega una persona consultante y aparecen en su diálogo diversas situaciones a resolver. En estos casos, resulta conveniente encontrar la relación entre todas las quejas reportadas por la persona, y unificarlas en un problema terapéutico que pueda ser tratado en breve tiempo.

Jl, un señor de 34 años, acababa de sufrir una separación con su esposa, con la cual llevaba 14 años de matrimonio, misma que decidió dejarlo e irse de casa por el consumo constante de alcohol de aquel hombre. Durante la entrevista inicial, su problemática fue mencionada de la siguiente forma: “*necesito ayuda urgente por la separación de mi esposa, ya que mi estado de ánimo es muy inestable*”.

Evidentemente, la persona conocía la forma en que reacciona, emocionalmente hablando, ante situaciones de este tipo; sin embargo, el motivo de consulta referido no dice mucho sobre la sintomatología y sobre la problemática a resolver. Al preguntarle qué le gustaría resolver al acudir a CCAP, el hombre respondió: “*que me ayuden a volver con mi esposa, quererme a mí mismo, no estar en el sube y baja de mis emociones y ser alguien estable*”.

De esta manera, solo tres de las cuatro expectativas de la persona eran viables de ser abordadas en un proceso terapéutico; así, elaborando una meta a corto plazo del posible tratamiento, dos de esas expectativas parecían corresponder a una falta de *Estabilidad Emocional*, mientras que una de ellas,

se relacionaba fuertemente a un problema de Autoestima. Sin embargo, al paciente, había que presentarle la impresión del objetivo terapéutico para comenzar a trabajar sobre él o corregirlo. Para ello, el empleo de su propio vocabulario, era necesario, pues permitiría escucharse a si mismo pero a partir de otra persona y reflexionar sobre lo ya dicho.

La propuesta le fue presentada de la siguiente manera: *"mire yo tengo la impresión de que busca dos cosas al venir aquí, por un lado se encuentra su Autoestima, y por el otro su Estabilidad Emocional, que implica mantener su estado de ánimo constante, usted me puede corregir si no está de acuerdo"*. El paciente afirmó positivamente ante la anterior afirmación y justo allí comenzó la intervención clínica.

Sin embargo, una vez que se determina el problema terapéutico y se acuerda en frente del paciente si es o no el problema o situación a resolver, la siguiente tarea es identificar aquellas técnicas de la terapia que pueden ser benéficas o dar buen resultado en la persona. En el caso de JI, una vez que acepto que su problema tenía que ver con falta de Auto Estima y un desequilibrio en su Estado Emocional, se estructuraron, a partir del vocabulario empleado por la persona, preguntas estratégicas que buscaron llevar al paciente a un estado de reflexión sobre su manera de actuar ante el problema.

*"Parece que esto es un problema de cooperación, porque JI tiene que cooperar para lograr ser una persona estable, no estar en el sube y baja de sus emociones y quererle a sí mismo, o ¿usted qué piensa?"* El paciente dijo que sí; a partir de entonces, la tarea fue buscar aquellas excepciones que hasta entonces la persona no había mencionado pero que podrían servir como vehículo para buscar los recursos suficientes y poder enfrentarse a las situaciones actuales.

## 5.2 Fase de intervención

Sin embargo, una vez que se presenta la entrevista inicial, se evalúa psicológicamente a la persona consultante y se determina que puede atenderse psicológicamente en CCAP, el siguiente paso consiste en planear sesión tras sesión, la vía que deberá seguir la intervención clínica; ello se determina, a partir del marco teórico que sustenta el tipo de psicoterapia que se brinda y las estrategias y/o técnicas terapéuticas que serán útiles a cada caso. Como se ha dicho, la intervención clínica con las personas antes mencionadas se basó en la psicoterapia breve estratégica. A continuación, se mencionan fragmentos de las sesiones con los pacientes/consultantes que reflejan la importancia del uso del vocabulario, del terapeuta y del paciente, como una vía para propiciar la “reconstrucción” esperada en terapia breve, y que coadyuva a la reducción en tiempo de un proceso terapéutico.

### ↓ Gh

En el caso de Gh quien aceptó tener un problema de control de impulsos agresivos, evidenciado al momento de enojarse, en el cual, generalmente golpeaba o rompía vasos; se presentó una negativa para la segunda sesión, en la que explicaba que él no necesitaba ayuda sino más bien su mamá: *“Ella es la que necesita ayuda, mi papá a veces llega a beber alcohol y eso como que le recuerda a su niñez y la pone triste”*. Sin embargo, la madre solicitaba un servicio psicológico para su hijo y éste debía saberlo, es así que se formuló la siguiente *situación paradójica*: *“Gh: entendemos que dices no tener problema alguno, y que más bien, es tu mamá la que lo necesita, pero fíjate que al parecer a ella le preocupa tu comportamiento, pues te ha traído aquí, ¿Cómo hacerle para que tu mamá comprenda que no necesitas resolver algún problema aquí?”*

Pero, la única respuesta obtenida tras esta frase, era que terapeuta y co-terapeuta debían hablar con la madre del joven y decirle que no había ningún problema. Sin embargo, Gh y su madre reportan situaciones en las que su falta de control de impulsos agresivos se mostraba desde hacía un tiempo atrás: golpear paredes o puertas, golpear a su gato e inclusive un consumo de

solventes desde hacía 1 año, causaban malestar, principalmente a la madre de Gh.

Al recibir negativa para tener un trabajo terapéutico, se ideó, bajo supervisión clínica, un contrato verbal, en el que se proponía un trabajo terapéutico con el joven en no más de 5 sesiones, pero antes, se describieron aquellas situaciones en la vida de Gh que reflejaban un “problema”, esto con la finalidad de externalizar el problema: *“Oye Gh, hemos escuchado lo que nos has dicho y nos hemos creado una impresión, mira te comentamos: creemos que existe un problema un tanto considerable puesto que has comentado que cuando te molestan no puedes pensar y ocurre que golpeas la puerta de tu casa o alguna pared a tu vaso, así como vasos si es que están a la mano, los tiras al suelo o los golpeas contra la mesa y se rompen, además has comentado que llegaste a consumir solventes aunque parece que la última vez tiene algunos meses...sin embargo, después te preguntamos si quieres resolver algo aquí pero dices que no, explícanos esto un poco más”*

El joven aceptaba, después de escuchar esto por parte del co-terapeuta (presente prestador de servicio social), que existía un problema, así que lo siguiente fue estructurar aquel contrato de intervención clínica con el siguiente vocabulario: *“Bien, entonces tú con nosotros, vamos a hacer un contrato, qué te parece si nos vemos una vez a la semana, y cada semana tú evitas golpear puertas o paredes, romper vasos e incluso golpear a tu gato y si logras sostenerlo las siguientes cuatro veces más que nos veamos, en la quinta ocasión te damos de alta, ¿crees que puedas cumplir con este acuerdo?”.* La respuesta del joven fue afirmativa, de esta manera, el siguiente paso fue idear una manera de monitorear el cumplimiento de dicho contrato. Esto se logró, en primera instancia, delimitando aquellas situaciones que generaban enojo en la persona y que, al no ser controlado, se manifestaba en actos agresivos, empleando para ello, una escala del 0 al 10 donde 0, significaba poco enojo y 10 mucho enojo.

Así, se le preguntaba a Gh: *“Pensando en esta escala, dínos Gh, del 0 al 10, ¿Qué tanto te hace enojar tu sobrino (que no recoja su cuarto o la casa), tu gatito (que entre a tu cuarto y le deje pelos a tu ropa o cama), que no te salgan*

las cosas y no jugar bien futbol cuando sales con tus amigos? La respuesta del joven fue la siguiente: "Mi sobrino me enoja 8, el gato 10, que no me salgan las cosas 10 y no jugar bien 7".

El objetivo de cada sesión, consistió en indagar su control de impulsos agresivos en las cuatro anteriores situaciones e impulsar que siguiera con dicho cambio. Entre las soluciones que la persona implementó durante la fase de intervención se encuentran:

**Primo:** "me distraigo, me voy al deportivo a jugar futbol, no lo olvido pero si me calma un poco" "recojo sus cosas y lo mío lo mantengo recogido" "he tratado de hacer entender a mi sobrino, le explico que no debe ser desordenado o que las chicas no lo van a querer así".

**Gatito:** "he intentado cerrar mi puerta, a veces no entra pero a veces se mete quién sabe cómo pero ya no le pego, solo lo saco".

Se le preguntó a Gh sobre este cambio de la siguiente manera: "¿cómo le has estado haciendo para evitar actuar de manera agresiva?" y el joven respondió: "trato de aguantarme el enojo y trato de distraerme, me voy a comprar a la tienda o me voy al parque". Algo importante de mencionar, fue que empleando esa misma escala del 0 al 10, donde 0 significó poco enojo y 10 mucho enojo, se preguntó durante la segunda sesión, en qué posición se encontraba en ese momento, respondiendo que en el número 7; durante la cuarta sesión, está misma pregunta se le planteó y Gh respondió que ahora se consideraba en el número 5.

Para poder connotar positivamente, era necesario conocer qué había ocurrido para que el chico bajara de nivel de enojo y para ello, se empleó la siguiente pregunta "¿Cómo la has estado haciendo para lograr bajar de posición en la escala?". Gh refirió: "pues tratando de distraerme". La connotación positiva se estructuró de la siguiente forma: "Que bien Gh, parece que el que te distraigas saliendo a la tienda o saliendo al parque a jugar futbol ha funcionado, pero ¿qué podrías hacer para que lograras bajar de ese cinco donde te ubicas hoy a por ejemplo, el 2?". En esta frase, no solo se buscó connotar positivamente el mantenimiento del contrato, sino también prescribir

directamente un comportamiento: dejar de actuar de forma agresiva. La única opción que Gh reconocía viable para seguir bajando en esta escala, era “distraerse”, entre otras cosas, porque argumentaba que en realidad irse de casa era su mejor opción, pero aún no podía hacerlo.

#### ↓ Lp

Lp una vez que mencionó que buscaba un cambio en su manera de ser, pues se aceptaba como una persona agresiva desde que tenía 12 años, lo siguiente consistió en indagar cuáles habían sido las soluciones que había dado a su conducta impulsiva. Formular una pregunta hacia su “agresividad” como él la nombraba resultó en lo siguiente: *¿Dices que eres “agresivo”, qué sería lo que te gustaría cambiar en este espacio?* El joven respondió: *“le tengo mucho coraje a mis papas, nunca me han tratado bien, así que me gustaría llevar las cosas más relajadas, que estemos más juntos y cuando tengamos problemas podamos hablar”*.

De esta manera, el joven vislumbraba ya una posible causa de su agresividad, *“le tengo mucho coraje a mis papas”*; argumentaba un mal trato por parte de ellos, sin embargo, buscaba llevar las cosas más *“relajadas”*. Así, lo siguiente fue estructurar preguntas a partir del vocabulario que la persona había mencionado y que podían servir para provocar una “reestructuración”,

Una pregunta elaborada para tal fin, fue la siguiente: *“Dices que le tienes coraje a tus papás, ¿a qué se debe esta situación?”* El joven respondió: *“Desde que yo nací, mi papá se fue, lo veía un rato y me llevaba con mi abuelita; cuando se enojaba me decía que era un “pendejo”, hubo una ocasión en que le pegue porque empezamos a pelear y le dí una patada”*. El chico tenía una molestia por ser “mal tratado” por sus padres, sin embargo, él estaba haciendo algo similar al contestar y golpear...

Desde una visión sistémica, se considera al paciente o consultante como parte de un sistema (familia, escuela, sociedad, etc.) conformado por otros miembros, que durante la interacción entre sí construyen pautas o maneras de relación que se mantienen y que comunican la forma de sentir, pensar y actuar

de ese sistema y de sus miembros ante las diversas experiencias humanas. En el caso de Lp, la manera de relacionarse con sus padres y con los miembros de su contexto, parecía evidenciar una "identificación proyectiva". Lo siguiente fue estructurar una pregunta que bien podía aceptar o rechazar la persona.

*"Bien, dices que eres agresivo, porque tienes coraje hacia tus papas, pues nunca te han tratado bien; por otro lado dices que tu papá te dice "pendejo" cuando está enojado y comentas que te ha llegado a pegar cuando se enoja... ¿qué ocurre contigo cuando te enojas? El paciente, pensativo, responde: "empiezo a sentir un coraje y golpeo". En ese momento, el estructurar una frase que evidenciara la identificación con el comportamiento de su padre parecía acomodarse al contexto de la sesión buscando producir un cambio en la perspectiva de la persona. Dicha frase fue la siguiente: "Con esto que comentas, el que cuando tú te enojas, sientas un coraje y golpees, es muy similar a lo que observas en tu papá, la impresión que tengo, puedes corregirme si me equivoco, es que te identificas con aquello que criticas, es decir, no te agrada que te peguen y te hablen con groserías, pero cuando tú te enojas también dices groserías y golpeas".*

Aquella frase produjo en el joven unos minutos de silencio, después, con risa al hablar afirmó que sí, que estaba haciendo justo lo que no le gustaba. Con ello, el chico emprendió la búsqueda de nuevas conductas que evitaran llevarlo a una situación agresiva. Entre ellas mencionó: *"no contestarle a mis papás cuando me regañen, mejor los escucho, porque si les contesto ellos me siguen diciendo de cosas; también, mi novia me está ayudando a estudiar y estoy cumpliendo con mis tareas en la escuela; cuando alguien me quiere molestar o me avienta mis cosas, ya no le digo nada, mejor guardo silencio y evito contestarle porque si le contesto ya no podré controlarme".*

Es decir, el chico comenzó un cambio perceptual que se orientaba a la esperada "reestructuración" del problema. Comenzó a observar su participación en el enfriamiento de su comportamiento agresivo e implementó soluciones a su problemática que antes no había intentado. Por otro lado, la elaboración de la frase por parte del terapeuta, correspondía a uno de los principios de la Teoría de la Comunicación Humana, pues el contenido de la misma era en si la

información sobre la relación entre su comportamiento y el de su padre, y por otro lado, el aspecto relacional buscaba que el joven la interpretara de manera tal, que buscara implementar un nuevo tipo de comportamiento que no cumpliera con la identificación proyectiva antes mencionada.

#### ✚ Rb

Durante la segunda sesión con la persona, se hablaba nuevamente de su sintomatología, "lloro mucho, a veces soy agresiva, presto poca atención". Sin embargo, Rb narró una situación en la que aparecieron sentimientos de inferioridad y enojo, la situación fue la siguiente: *"me encontré con una amiga de la escuela y me contó que ya estaba trabajando, que tenía un buen puesto porque era secretaria ejecutiva y que ganaba muy bien, me preguntó que yo donde estaba, y le dije que estaba trabajando en un taller, pues como hojalatera, porque eso es lo que hago, en ese momento me sentí muy inferior a ella porque tiene un cargo mucho mejor, se han realizado"*. Se presentaba pues el momento oportuno para emplear esta situación o anécdota verbalizada por la persona con fines terapéuticos.

*"Si le entiendo bien, esta situación con la persona de su escuela la hizo sentirse inferior, corríjame si me equivoco, ¿en qué es inferior usted a esa persona?, se le preguntó a Rb, misma que agregó: "yo no me siento tan realizada, en lugar de ascender, descendí y no he sabido manejar mi matrimonio, o sea es un poco estable pero con altibajos, además si me calificara como mamá y esposa un 7 y en el trabajo un 4 o 3"*. Esta calificación que la persona hizo sobre sí misma, se empleó para reflexionar sobre las tres esferas que la mujer determinaba como "afectadas" en su vida: esposa, madre y trabajo.

De esta manera, se le preguntó: *"Rb, usted dice que como mamá se calificaría como 7 y como esposa 7 también, y en cuanto a su trabajo 4 o 3, usemos esto que menciona y veamos, en una escala del 1 al 10, ¿0 que significa para usted en cuanto a ser madre, esposa y su trabajo?"* La persona explicó: *"Pues como esposa el 0 significa fracaso y 10, tener mejor*

*comunicación, tener más intimidad, mayor convivencia y tener una mejor relación con la familia de mi esposo y con la mía...en cuanto a ser mamá, el 0 significa fracaso también y 10 dedicar el 100 % a mis hijos, más comprensión, inculcarle muchos valores, enseñarles el respeto y tener más comunicación y en cuanto a mi trabajo, 0 sería también el fracaso y 10 el ejercer mi carrera en un lugar o empresa grande”*

Esta percepción de la realidad en Rb, servía como un medio para encontrar aquellas posibles soluciones que pudiera implementar para combatir aquellos sentimientos generados a partir de la propia percepción de sí misma, y que bien podrían estar al servicio de la mejora sintomatológica de la persona. Así, lo siguiente fue estructurar una pregunta que pudiera llevarla a la reflexión sobre qué podría hacer para mejorar en esa escala que ella misma planteaba: *“¡Muy bien Rb! , parece que tiene claro en qué posición se encuentra y por qué es que se encuentra allí en cuanto a ser madre, esposa y trabajadora, pero veamos ¿qué hace falta para aumentar del 7 al 10, en relación a ser madre y esposa, y que podría hacer para llegar tal vez, al 6 o 7 en cuanto a su trabajo?*

Evidentemente, se esperaba que la persona nombrara posibles soluciones conductuales que pudieran implementarse lo más próximo en tiempo, y lograr así avances sesión tras sesión. Esto ocurrió, ya que Rb mencionó lo siguiente: *“pues como esposa, pidiendo ayuda profesional, dejar mis quehaceres domésticos para platicar más con él, aunque mi esposo tiene mucho trabajo y por lo regular en casa también trabaja; en cuanto a mis hijos, pues siempre al llegar del trabajo puedo subir a saludarlos, en lugar de llegar directo a la cocina; como mi hijo se duerme en las tardes puedo bajar a la niña y platicar con ella y así cuando baje el niño a comer escucharlo mejor a él aunque también a veces me distraigo con mi mamá o el FB así que puedo decirle a mi mamá que mejor platiquemos en otro momento. Y de mi trabajo, pues tendría que encontrar un empleo de secretaria”.*

Esta escala, se revisó sesión tras sesión, buscando evidenciar si la persona estaba poniendo en práctica las soluciones a sus problemas que ella misma elaboró. Durante las sesiones finales de la intervención con Rb, mencionaba que había logrado dejar de platicar tanto con su mamá, y lograba

ponerle más atención a sus hijos, “*ya platico más con ellos, aunque a veces los dos quieren hablarme al mismo tiempo pero le digo al que interrumpe que primero estaba hablando su hermano, que ahorita que termine lo escucho*”.

Sin embargo, este recurso no fue el único que se empleó con la persona, ya que ésta contaba con otros recursos que fueron aprovechados; este es el caso del uso de la metáfora, un recurso lingüístico que en ella fue de buen provecho. Para la séptima sesión, Rb mencionaba, “*me siento como una tubería por donde pasan emociones y pensamientos, pero existe un tapón que no deja que me exprese lo que quiero expresar*.” La primera pregunta elaborada por el terapeuta fue la siguiente, *¿Usted menciona un tapón, en una tubería que no deja pasar emociones y pensamientos, sabe a qué se debe que este tapón esté allí?* Sin embargo, Rb desconocía la razón y en el momento no se le ocurría por qué o a qué se debía ese “tapón”; por ello, se intentó elaborar una pregunta ambivalente de la siguiente forma “*Bien, entonces si le entiendo bien, este tapón que no se sabe de dónde proviene o por qué está allí, evita que exprese emociones y pensamientos, ¿si este tapón que está allí no estuviera que pasaría en usted?*” Ella agregó: “*de no estar, podría ser más sociable, tendría más tranquilidad conmigo misma, estaría bien con mis hijos, haría actividades con ellos y estaría bien con mi esposo*”.

Fue así como se empleó la siguiente técnica a partir del vocabulario empleado por la persona, “*Si, parece que este tapón no deja que usted haga algo que ya viene buscando, como el poder expresar lo que siente y lo que piensa, y como está allí pues es bastante complicado quitarlo de esa tubería*” Animar desanimando fue lo que se intentó con esta frase; en aquella sesión se habló sobre una imposibilidad para platicar sobre lo que la persona sentía y pensaba, sobre todo con su esposo; al cerrar con esta frase la sesión, propicio que la siguiente sesión se hablara del intento que la persona había hecho en la semana por platicar con su marido.

De esta forma, la solución intentada fue la siguiente: “*ayer platicué con mi esposo, de las cosas me molestan últimamente de la relación, que ya casi no platicamos y que casi no pasa tiempo con nosotros*”. La persona refería tener complicaciones para encontrar un momento adecuado para hablar con su

esposo, pues siempre lo hacían minutos antes de dormir, mientras se recostaban en la cama y era muy brevemente, pues él le decía que ya quería dormir. Sin embargo, Rb mencionó haber hecho lo siguiente un día anterior: *“el lugar, fue cuando tuvimos que ir a la casa de mi mamá por agua porque no teníamos, y pues nos sirvió porque pudimos platicar sin que mis hijos estuvieran”*. Finalmente, Rb reportaba una sensación de *“desahogo”* al haber logrado platicar con su esposo.

Para fortalecer la implementación de esta nueva solución a su problema, se connoto positivamente tratando incluir vocabulario que la persona justo acababa de mencionar: *“Pues Rb esto de haber logrado encontrar un lugar diferente a su dormitorio, y un tiempo distinto a cuando están a punto de dormir, como lo hizo en este caso al ir a casa de su mamá, ha sido bastante benéfico para usted, logró decirle a su esposo algo que ya tenía tiempo de querer hacerlo como decirle lo que piensa y siente de su relación, me da gusto que haya logrado esto”*.

Otra metáfora que Rb empleó durante una de las sesiones, fue la siguiente: *“me pasa como un globito, que se va llenando hasta que llega un momento en que explota, sólo que a veces no explota con la persona correcta y casi siempre exploto con mi esposo”*. De la frase, el vocabulario que llamaba la atención era *“globito”*, *“llenando”* y *“explota”*; evidentemente la frase completa reflejaba uno de los síntomas que la persona reportaba en la entrevista inicial, *“agresividad”*. Lo siguiente fue estructurar una pregunta, empleando el mismo vocabulario que Rb para conocer más sobre la situación: *“Si le entiendo bien, usted dice que es como un globito, que se va llenando y llega un momento en que explota... para entenderla un poco mejor, dígame Rb, ¿de qué se llena el globito y con qué explota?”*

Rb respondió: *“pues se llena de coraje cuando me enojo y no digo nada, casi siempre lo termino sacando con mi esposo aunque él no tenga la culpa, pero siempre nos peleamos cuando están mis hijos allí”*. Una pregunta paradójica fue lo siguiente empleado por el terapeuta: *“Entonces si le entiendo bien, ¿su esposo es el culpable de que usted se enoje con otras personas y por eso es mejor explotar con él?”* Ella respondió: *“Pues no yo sé que no tiene la*



*culpa, pero casi siempre lo que hago es callar hasta que ya no aguanto más y exploto*", mencionaba la persona. Se estructuró la siguiente pregunta: *¿Y qué podría hacer para no explotar con quien no es causante de su enojo, como su esposo?*, y la persona explicó: *"tal vez calmarme y buscar un momento para decir lo que me enoja"*. Para finalizar, una prescripción de comportamiento directo, tomando de lo último mencionado por Rb fue lo que el terapeuta empleó al final de la sesión: *"Bien pues parece que lo que podría hacer para evitar explotar de coraje con su esposo, o con quien no tenga participación en su enojo, es, como usted lo dice, calmarse y después mencionarle a esa persona con quien se enoja la razón por la cual se enoja"*

#### ↓ **As**

Dentro de la descripción que la persona hizo sobre su problemática a resolver, se encuentran las siguientes características conductuales: *"quiero dejar de ser insegura, me cuesta trabajo tomar decisiones, me tardo mucho en decidir y eso me pone nerviosa; debo quererme un poco más, ver los puntos buenos que tengo, que no siempre soy yo la que tiene la culpa y que no siempre los errores son míos, pues siempre pienso que soy yo la que falló y no los demás"*. En esta conversación, lo que llama la atención es el vocabulario que emplea la persona, y a través de los pensamientos negativos poder monitorear la intervención clínica: *"tomar decisiones"*, *"quererme un poco más"*, *"no siempre los errores son míos"* y *"pienso que yo soy la que fallo"*. Evidentemente, estas palabras y frases construidas a partir del vocabulario de As reflejan los tipos de pensamientos negativos que ella tenía de sí misma.

En esta joven, la problemática a resolver fue su "inseguridad", ésta quedó delimitada y acordada junto con la propia persona, y tras una fase de evaluación psicológica en que se aplicaron instrumentos psicológicos, sobre todo de tipo proyectivo, la sesión 9 implicaba el inicio de la intervención como tal.

Sesiones posteriores, se concentraron en un malestar de la persona, muy recurrente, y que debía relacionarse con su motivo de consulta: *"me*

*cuesta demasiado hablar de lo que siento, no me gusta que lo sepan porque pasaría exactamente igual que en mi casa, que me creen débil, pequeña, y no quiero que me vean como mi familia*". La relación con su motivo de consulta resultaba en un malestar generalizado de pensamientos negativos sobre sí misma, en cuanto a su capacidad de expresar sentimientos y pensamientos, no solo con sus familiares, sino con amigos e incluso, en la relación paciente-terapeuta, puesto que en esta última, se notaba durante las primeras 10 sesiones una dificultad en As por llorar o reír.

Así, As reportaba una situación que le causaba ansiedad y que le producía cierto nivel de apatía: *"mis hermanos se muestran apáticos y no aportan gasto económico a la casa y no ayudan en los quehaceres, siempre dicen que están trabajando, aunque esta situación ya ni debería importarme"*. Sin embargo, lo que se buscaba era reducir la incidencia de su sintomatología, procurando encontrar nuevas soluciones a su problema; es por ello, que la siguiente pregunta le fue planteada: *"¿Cómo podría ser más equitativa la cuestión de los deberes de la casa y tus hermanos?"*, As respondió *"podría buscar una actividad que pudiera realizar por las tardes para no estar en casa y así, ellos podrían entender que como yo no estoy, alguien más debe hacer las cosas"* Sin embargo, en un principio, la opción de "buscar una actividad" no fue muy bien aceptada por la persona pues mencionaba: *"el trabajo recaería sobre mi mamá y pues es lo que menos quiero "*. Pero, un punto clave fue que el terapeuta señaló una impresión clínica de la situación que escuchaba: *"As es entendible y seguramente complicado en pensar dejarle toda la carga a tu mamá, pero me da la impresión, corrígeme si me equivoco, de que la que busca quitarse esa "carga" no es su madre sino tu"*. Evidentemente este comentario desconcertó a la persona, sin embargo, ella agregó *"no me molesta ayudar a mi mamá, sino más bien el que todas las responsabilidades caigan sobre mí"*.

Esta situación, se resolvió en las siguientes sesiones, pues As implementó la siguiente solución: *"lo que hago ahora es que los fines de semana dejo todo recogido, y me salgo, y me ha funcionado porque ya fueron entendiendo que yo hago mi parte del quehacer en la semana y el fin les dejo todo recogido y ya después no estoy"*. Ante esta situación, el terapeuta

estructuró una connotación positiva: “¡As qué bien!, parece que el que ahora salgas los fines de semana y salgas de casa habiendo hecho tus quehaceres ha sido muy bueno para tí”. En futuras sesiones, esta nueva solución había permanecido en la persona y le proporcionaba la satisfacción de ya no discutir con su familia por ella tener que hacer el quehacer de la casa y los demás no.

Sin embargo, otra situación que fue bien aprovechada por el terapeuta, y que tenía relación con su problemática a resolver, fue la siguiente: “Alfonso me pidió que le hiciera el proyecto del diseño de su casa, pero he podido avanzar poco a poco porque es mucho, y a veces se enoja conmigo porque no lo tengo listo aun, pero es que yo tengo otras cosas que hacer”. Una pregunta se formuló buscando encontrar el motivo por el cual ella había aceptado hacer dicho proyecto: “¿cómo fue que decidiste realizar este proyecto para tu hermano?”. Al responder, As dio la pauta para confrontar un aspecto supervoico, pues mencionó: “lo acepté porque es mi hermano y siempre me enseñaron a ayudarnos entre nosotros mismos”.

La devolución de la situación por parte del terapeuta se hizo de la siguiente forma: “sí, es entendible que en una cultura como la mexicana, se nos enseñe a ayudarnos entre la familia, sin embargo ¿esas palabras son realmente tuyas?”. As refirió: “pues no es que mis papás siempre nos han enseñado eso, o sea, en un principio acepté hacer solo los planos arquitectónicos pero mi hermano poco a poco ha ido agrandando cosas al proyecto, y no me molesta pero pues me cuesta trabajo decirle que solo puedo ayudarle con los puros planos”. Con esto último, se evidenciaba una dificultad de la persona para poder expresar lo que pensaba, pero además, una dificultad para poner límites a sus relaciones interpersonales en cuanto qué puede y qué no puede dar en ella, tratase de trabajo o cuestiones sentimentales.

De esta manera, una prescripción de comportamiento directo fue estructurada por el terapeuta, evitando usar vocabulario no empleado por la persona: “Si, parece que el no poder decirle a tu hermano hasta dónde podrías ayudarlo con el proyecto de su casa es algo que cuesta trabajo, aunque bien podría pensarse qué se puede hacer ante esto, cómo resolver la situación y

*comenzar a poner límites, es decir, hasta dónde puedes ayudar a alguien independientemente si es tu hermano u otra persona”.*

As aceptaba que tenía falta de límites, sin embargo, angustiaba el cómo decirle a su hermano, pues le preocupaba que se molestara u ocasionara problemas en la familia. Por ello, se recurrió a un ensayo de la situación, donde se le pidió que imaginara que tenía a su hermano enfrente, y que era el momento para decirle lo que a los terapeutas acababa de mencionar. As refirió: *“le diría, Alfonso, la verdad yo solo puedo ayudarte con los planos arquitectónicos, lo demás discúlpame pero pues ya se me complica”.* Sin embargo, As también propuso un discurso para su madre: *“la verdad yo te voy a seguir apoyando aunque si tu quieres seguir dándoles gusto a tus hijos, en no hacer nada, pues no puedo cambiarte”.*

Estos dos ensayos fueron connotados positivamente, pues mostraban un intento, hasta el momento idealizado, sobre cómo poder hablar con su hermano y su mamá en relación a las situaciones que con cada uno de ellos, le producían ansiedad e incomodidad.

Durante su sesión 13, As, comentó que había logrado hablar con su mamá, ella hablo de la siguiente forma: *“platique con mi mamá, sobre lo que pasa con mis hermanos y la casa, me dijo que es muy difícil que ellos se involucren porque son muy necios, pero ella me dio la razón y me dijo sorprendida que no sabía cómo ella se sentía con esta situación y me planteó poner límites en la familia”.* Sin embargo, esta plática, además de propiciar el que As lograra hablar sobre sus sentimientos y pensamientos, trajo consigo un insight en la persona, en relación a su comportamiento y el de su madre pues agregó: *“me di cuenta de que yo repito el mismo patrón que ella pues buscamos dar nuestro mayor esfuerzo, dar de más, aunque nuestro bienestar esté de por medio”.*

Se buscó, más que el que la persona hablara más sobre esta proyección con su madre, el que se reforzara la individualidad de As ante la persona de su madre; para ello, se estructuró la siguiente pregunta: *“Me parece muy bien que te hayas dado cuenta de esta situación, en que parece que estas siguiendo el patrón de tu madre, pero ¿qué puedes hacer con este descubrimiento ahora?”.*

Esta pregunta, ayudó a que la persona reflexionara sobre sí misma y finalmente agregara: *"primero pensar en lo que Alejandra quiere, y si está en sus posibilidades o no ayudar a la gente, pues dar de más lo hacía por culpa, porque sentía que les fallaba, pero ahora sé que no debo hacerlo por obligación"*.

Esto mostraba que As estaba comenzando a adquirir mayor conocimiento sobre sí misma, pero además, estaba intentando llevar a cabo la implementación de límites en diversas esferas de su vida; desde una perspectiva sistemática, un movimiento en un elemento del sistema provocaría que se fueran produciendo movimientos en los demás elementos de dichos sistemas, esto ocurrió con el sistema familiar de As, una vez ella habló con su madre sobre sus sentimientos hacia la dinámica familiar, pues poco a poco los hermanos fueron participando más en los quehaceres de la casa, pero sobre todo, As logró conversar con otras personas en cuanto a sus sentimientos. Esto se presentó en la siguiente sesión, donde, a pesar de no haber recibido una respuesta favorecedora, As se sentía satisfecha por haber hablado sobre esta situación.

La persona refirió: *"hable con mi hermano, le dije que no podía hacerle lo demás del proyecto más que los planos arquitectónicos, se molestó, me dijo que no valoro el trabajo, sin embargo, me sentí muy bien de haberlo hecho, pues pude decirle hasta dónde podía ayudarte y hasta dónde no"*. El terapeuta reforzó esta sensación ante la situación connotando positivamente de la siguiente forma: *"sí, parece que el poder hablar con alguien con quien ya desde antes se había buscado la oportunidad hace sentir bien, y parece que el que hayas logrado hablar con tu hermano fue muy bueno para ti, pues como ya habías comentado, poner límites era necesario"*.

Sin embargo, para la sesión 18, la muerte de su segunda mascota la tomó por sorpresa. Sin embargo, la situación se presentó con la oportunidad de reflejarle a la persona la pauta recursiva de comportamiento en cuanto a las pérdidas y duelos, situación que se mostraba en las primeras sesiones y que eran elementos importantes del grado de depresión que presentaba.

Jl, mencionaba a su tercera sesión, *“durante el día me siento bien, se me olvida porque platico con otras personas en el taxi, pero al llegar a mi casa y ver que estoy solo, me da tristeza y coraje”*. El trabajo terapéutico consistiría, como habían acordado consultante y terapeuta, en abordar aspectos de Autoestima y el Estado Emocional fluctuante de la persona. En la frase que recién mencionaba, aquel hombre mostraba dos sentimientos, aparentemente opuestos, ante una situación que se le presentaba. Indagar sobre estos dos sentimientos podría llevar a encontrar una relación entre estos y su problemática a resolver.

*“Entiendo que una situación como la que me comenta definitivamente que genera coraje y tristeza como usted menciona, pero para entenderlo un poco más, dígame Jl, ¿qué parte es la que le causa coraje y cuál tristeza?”* La persona respondió de la siguiente forma: *“me da coraje porque recuerdo que tuve muchas oportunidades para cambiar con mi esposa y nunca las aproveche, y tristeza cuando llego a mi casa y veo que estoy solo y me da coraje también porque fue mi culpa”*.

Dado que la intervención debía ser breve, entrar en detalles profundos sobre el origen de la tristeza y el coraje, en relación a su historia de vida, podría llevar más tiempo de lo previsto. Así, el punto central a tratar era la forma en que respondía conductualmente a este coraje y tristeza que se relacionaba directamente con la separación de su esposa. Se formuló la siguiente pregunta: *“Si le entiendo bien, usted dice que siente tristeza y coraje cuando llega a su casa y ve que está solo, pero también dice que fue su culpa, ¿cómo le puede hacer para no sentirse así?”*

La persona mencionó dos opciones: *“salirme a trabajar, lo cual me calma un poco pero después me vuelvo acordar y otra vez me siento mal, y tomar alcohol, aunque hasta ahorita no lo he hecho porque por eso se enojó mi esposa”*. Lo siguiente, al apreciar aun la dificultad para mencionar algunas otras opciones que pudieran ayudar a su problemática, fue dar una connotación positiva, muy recurrente en la terapia breve estratégica, para alentar al paciente en cuanto a su participación para resolver el problema. Esto resultó de la

siguiente manera: *“Eso es muy bueno JI, parece que el salir a trabajar le ayuda bastante y sin duda lo ha de despejar de pensar en esta situación todo el tiempo; y también el que este evitando tomar alcohol muestra que en verdad tiene el interés de no beber más”*

Sin embargo, era necesario preguntar sobre otras posibles soluciones: *“¿Qué otra cosa se le ocurre que pudiera hacer para evitar sentirse así?”* Y JI mencionó lo siguiente: *“Dejar de hablarle a mi esposa por celular a cada rato, alejarme de ella, aceptar que yo tuve que ver para que ella se haya ido y darme cuenta de que nunca he visto por mí”*. A pesar de que algunas opciones no estaban delimitadas conductualmente como podría esperarse, una connotación positiva estructurada con vocabulario adecuado que reflejara una actitud positiva era adecuada para motivar al paciente y hacerle ver que en aquel momento sí estaba haciendo algo por él: *“Buena parece que sí existen otras opciones que podría intentar, como esto que dice de dejarle de hablar a su esposa por celular a cada rato, y sobre todo, me llama la atención que dice que nunca ha visto por usted, aunque al venir aquí y buscar solucionar su problemática es ver por usted”*

Lo último que se le mencionó al paciente, *“al venir aquí y buscar solucionar su problemática es ver por usted”*, además de buscar connotar positivamente a la persona, buscó prescribir directamente un comportamiento, el que siguiera viniendo a CCAP a sus sesiones para que de esta forma, aligerara la ocurrencia de su sintomatología. Evidentemente, si la frase se hubiera estructurado de diferente manera, tal vez no hubiera producido ningún cambio en la persona.

### 5.3. Fase de cierre

La terapia breve, por lo regular, no sobrepasa en ocasiones las 15 sesiones, todo depende de cuánto haya avanzado en la resolución de su problemática una persona. Sin embargo, llegado el momento, se evalúa el avance o logros obtenidos durante el proceso terapéutico a partir de la comparación entre lo que ocurría antes para solucionar el problema (incluida la sintomatología) y lo que ocurre después (incluyendo las soluciones intentadas y su mantenimiento).

La última sesión es de suma importancia, pues entre otras cosas, se devuelven al paciente impresiones en relación a su problemática, su avance y lo llamado “áreas de oportunidad”, es decir, aquello en lo que la persona deberá tener en cuenta como “lo que aún debe resolver”.

La estructura de una sesión de cierre varía conforme la situación se presenta, el tipo de vocabulario que se emplea depende totalmente de la persona que se tiene enfrente como paciente o consultante. Sin embargo, durante la prestación del servicio social en CCAP se recurrió a la siguiente estructura de cierre de proceso en el que la devolución al paciente sobre su vida psicológica fue de suma importancia.

El cierre de sesión tuvo la siguiente estructura, misma que previamente se acordaba entre terapeuta (as) y supervisora:

- |   |  |
|---|--|
| 1.- Saludo e inicio de la conversación                | 5.- Pregunta estratégica: ¿podrías decirme 3 ejemplos en los que pongas en práctica lo que aprendiste en este espacio? |
| 2.- Mención de la problemática que buscó resolverse   | 6.- Cordial invitación a volver en caso de ser necesario.  |
| 3.- Metas, objetivos y logros obtenidos               | 7.- Despedida y cierre del proceso.  |
| 4.- Mención de las áreas de oportunidad en la persona |  |

Con cada uno de las personas que han sido abordadas en este informe se buscó aportar cada uno de los anteriores puntos. A continuación, se menciona como ejemplo, el caso de **As** durante su sesión de cierre y cómo el vocabulario empleado fue de suma importancia para dicha sesión.

El trabajo con **As** se realizó en forma conjunta entre terapeuta y co-terapeuta (presente prestador de servicio social). Para la sesión de cierre, ambos debían devolver información a la persona.

Terapeuta: *“Bien **As**, recuerdas que comentábamos durante las primeras sesiones que nos vimos, cuál era tu problemática a resolver, nos centramos en abordar tu inseguridad, corrígeme si me equivoco”*

Co-terapeuta: *“Bueno, pues hemos visto que has logrado bastantes cosas durante la sesiones que hemos tenido, evidentemente la **As** que se encuentra hoy aquí no es la misma **As** que llegó el primer día”.*

Terapeuta: *“Hemos visto avances en ti y que son muy buenos, por ejemplo, lograste hablar con tu mamá y con tu hermano, es decir, les dijiste aquello que sentías y lo que pensabas y que te producía ansiedad; ¿tú cuáles logros crees que hayas alcanzado al venir aquí?”*

**As**: *“yo ahora he podido buscar tomar clases nuevamente, prepararme y seguir creciendo como profesionista, ahora salgo más de mi casa, salgo con mis amigos, estoy en busca de un nuevo trabajo que sea más estable, porque es lo que estoy buscando ahora, una estabilidad que antes no tenía”.*

Terapeuta: *“Si hemos visto cómo has ido logrando hacer esto que mencionas, buscar un trabajo, buscar esa estabilidad que nos comentas...¿qué mas ha hecho **As** en este tiempo?”*

**As**: *“pues ahora con las discusiones en casa, estoy dispuesta a seguir poniendo límites, a no engancharme en las peleas, a ceder cuando sea necesario”*

Co-terapeuta: *“Bien, pues a lo largo de este tiempo que nos hemos visto, hemos percibido que **As** cuenta con bastantes recursos, que muy seguramente*

*ya los tenías, por ejemplo vimos que tienes un sentido de protección, que te ha llevado a querer procurar no sólo a tu familia sino a las mascotas que has tenido, te gusta cuidar seres vivos, eres una persona paciente y te gusta hacerte responsable no solo de ti, sino de otras personas o mascotas, y además ser responsable te hace sentir bien contigo misma... todas las situaciones que fuiste mencionando sesión tras sesión hicieron que pudieran mostrarse estos recursos que ya tenías”.*

*Terapeuta: “Evidentemente has avanzado mucho y eso me da, en lo particular, mucho gusto...para finalizar, te gustaría comentarnos 3 situaciones de tu vida diaria en la que pongas en práctica lo que has aprendido aquí en este espacio”*

*As: “entre semana hago mi quehacer, y los fines de semana me salgo, voy con mis amigos y mi familia poco a poco ha ido comprendiendo que el fin de semana no estoy, de mi inseguridad, tomo las decisiones pensando en mí misma y ya no tanto en los demás, ahora soy más tolerante con mi familia y tengo más autoconfianza”*

*Terapeuta: “Por último, me gustaría preguntarte si ¿consideras tú que aún tienes alguna situación que te gustaría resolver aquí?”*

*As: “No, yo la verdad ya me siento muy bien, siento que el venir aquí y que ustedes me escucharan me sirvió mucho”*

*Terapeuta: “Bien, pues hasta aquí nos quedaríamos As, ha sido un placer haber tenido estas sesiones contigo, nada más recordarte que las puertas de CCAP están abiertas por si en algún momento sientes la necesidad de volver y querer resolver alguna situación, tienes el teléfono así que puedes marcar con todo gusto”.*

## 5.4 Competencias profesionales

El objetivo de prestar un servicio social, en cuanto a la formación profesional de un estudiante, es poner en práctica los conocimientos, capacidades y habilidades que durante la carrera en Psicología se van adquiriendo, para con ello, consolidarlas y fomentar la creación de nuevas competencias.

Durante la prestación del servicio social, se realizaron actividades que corresponden al área clínica de la psicología: entrevista inicial y profunda, historia clínica, evaluación psicológica, etc. El haberlas realizado contribuyó a la consolidación de conocimientos, habilidades y actitudes en el estudiante que permitieron formar competencias profesionales, pero además, adquirir otras más.

Cursar la carrera en Psicología permitió adquirir conocimiento en cuanto a la psicopatología, diversos trastornos de índole psicológica en niños, adolescentes y adultos, así como la posible solución terapéutica a cada trastorno. Sin embargo, todo ello se quedaba en un plano teórico, visto tal vez desde diversas perspectivas teóricas, pero no consistían una experiencia que pudiera vivenciarse, pues la solución sólo se encontraba en páginas de libros y revistas.

Otro aspecto similar al anterior, es el concerniente a la entrevista. Durante clases y conferencias, se adquiere vasto conocimiento teórico sobre cómo realizar una entrevista, así como la actitud que el entrevistador debe adoptar con cada persona, así como la información que es relevante para lo psicológico. Realizar una entrevista de manera práctica, muy pocas veces puede realizarse dadas las condiciones de espacio y tiempo de la institución.

Prestar un servicio social de un año en un centro de atención psicológica como lo es CCAP, permitió consolidar competencias “a medias” que se habían gestado durante las clases de licenciatura. Entre ellas se encuentran:

- 1) **Entrevista inicial y profunda:** al llegar una persona en búsqueda de atención psicológica, era necesario realizar una entrevista exploratoria en la cual, se indagaba la estructura familiar de la persona, sus

relaciones interpersonales, el problema referido y manifiesto, los posibles antecedentes de este problema, sus implicaciones en diversas áreas de la familia y aquello que la persona deseara obtener al acudir a CCAP. Toda la aplicación siempre fue realizada en un marco ético, profesional y con respeto hacia el paciente.

Para ello, emplear el vocabulario de la persona, mantener una actitud lo más neutra posible, sin dejar de lado la empatía y la actitud clínica propia del método clínico, fue de suma importancia. Lo mismo para abstraer información de la historia clínica de la persona, pues aunque es una entrevista un poco más estructurada, de igual forma el método clínico permite un adecuado desarrollo de la misma. Para todo ello, las siguientes habilidades son de suma relevancia:

- **Atención flotante:** atender a la información que está dando una persona de forma verbal, sin desatender el resto de información que se envía mediante el cuerpo, es decir, prestar atención al lenguaje verbal y paraverbal para unir la información y buscar las contradicciones y las afirmaciones de la persona.
- **Uso de silencios:** en ocasiones es importante permitir un momento de reflexión en la persona sin buscar hostigar o mostrarse agresivo.
- **Uso del lenguaje de la persona:** de gran ayuda para que la persona se escuche a sí misma, a partir de un tercero, y reflexione sobre su problema y logre una reestructuración (que se busca en la terapia breve estratégica) de su problemática.

Por otro lado, una vez hecha la entrevista inicial, se lleva a cabo una **evaluación psicológica** que permita una mejor comprensión de la situación de la persona. Para ello, aplicar instrumentos psicológicos de tipo psicométrico y/o proyectivo resultan de gran interés y arrojan información sólida para complementar las hipótesis del terapeuta en relación al problema de la persona.

Es decir, en CCAP se tuvo la oportunidad de consolidar la habilidad de **aplicar instrumentos psicológicos**, realizar una **interpretación** de los mismos y realizar la **integración de un informe psicológico**, todo esto

permitió un mejor manejo clínico de técnica e instrumentos psicológicos. Sin embargo, el brindar una atención psicológica (psicoterapia breve estratégica) consistió en el reto más importante para el presente prestador de servicio social. Para ello fue necesario recurrir a las competencias antes mencionadas, además de adquirir otras competencias profesionales. Entre ellas se encuentran:

- **Planificación:** la que se requiere para llevar un tratamiento psicológico de una manera adecuada y no de forma improvisada, esto implica tanto la planificación de las sesiones como del tratamiento en sí mismo.
- **Analizar:** es necesario el análisis del discurso del paciente desde un punto de vista profesional que permita encontrar las discrepancias entre lo que se dice, hace y piensa la persona, que generalmente son partes desconocidas para el mismo paciente.
- **Diálogo estratégico:** que busca que el paciente pueda cambiar sus percepciones de la realidad, esquivando su inevitable resistencia al cambio; con ello se espera una nueva lectura del problema con menos carga emocional.
- **Pauta recursiva:** devolver al paciente aquel material que ha brindado a lo largo de la sesión para que pueda analizarse o verse desde otra perspectiva.
- **Reflejo simple:** devolver tal cual dice el paciente la información que ha proporcionado para que sea escuchado fuera de sí mismo, esto es, hacer la función de espejo para que el paciente se re descubra.
- **Reflejo situacional:** dirigida a señalar al paciente la conducta que realiza en determinados momentos (Armenta, 2003).
- **Reflejo corporal:** dirigido a propiciar un cambio en la postura del cuerpo del paciente (sobre todo si se este se observa rígido o ansioso) recurriendo al propio cuerpo del terapeuta (Armenta 2003).

- **Aplicación de silencios:** que pueden emplearse tanto para analizar la capacidad de tolerancia de los pacientes a la frustración o ansiedad o para permitir que estos analicen la información que han recibido.
- **Empleo de la Contratransferencia:** al sentir alguna emoción o pensamiento que se ha producido por el material del paciente, emplearlo como una vía para provocar pequeños cambios en éste.
- **Confrontación:** misma que no se utiliza para agredir a la persona, sino para mostrar que existe una desarmonía o irregularidades en el discurso que muestra el paciente
- **Cierre de un caso clínico:** el que implica la devolución de las impresiones hasta entonces captadas por el terapeuta, un breve resumen de los logros alcanzados por la persona, así como las áreas de oportunidad de la misma.

Todas estas competencias profesionales permitieron abordar los casos clínicos que se presentaban semana tras semana en la realización del servicio social. Con ello, aumentó el conocimiento, habilidades y actitudes que permitieron realizar las actividades del cronograma de una manera profesional, pero además, permitir al prestador de servicio social, la adquisición de mayores destrezas servibles en la participación de actividades psicológicas fuera de las aulas de enseñanza, es decir, en el ámbito profesional y laboral.

## 6. CONSIDERACIONES FINALES

CCAP es un escenario adecuado para realizar actividades de intervención psicológica con enfoque preventivo y correctivo, y en el que pueden aplicarse los conocimientos adquiridos durante el curso de la licenciatura, ya que las condiciones de ubicación, el alto nivel de marginalidad de la zona, así como la elevada prevalencia de problemas relacionados con la salud mental, reflejan la necesidad de la participación del profesional de la salud mental, como lo es el psicólogo.

El Centro atiende personas de todas las edades, desde niños, adolescentes y adultos. Sin embargo, durante mi estancia, los usuarios fueron mayoritariamente niños y adolescentes, siendo los motivos de consulta más frecuentes los relacionados con el desempeño escolar. Por otro lado, acompañados de estos problemas, se ubican los concernientes a, por ejemplo: violencia familiar, abuso sexual, depresión, etc., haciendo de suma importancia el atender uno y otro síntoma del problema sin desatender uno u otro.

Una limitación que se aprecia en lo que respecta al Centro Comunitario, es el desinterés de las personas que llegan a consulta y acuden solo una vez, es decir a la entrevista inicial; una vez realizada, muchos de ellos no vuelven a su segunda cita. No puede denominarse deserción, puesto que no se ha iniciado un proceso terapéutico como tal; pero este hecho conlleva diversos factores, por un lado el conocer desde la primera entrevista la problemática a tratar de la persona, el que ésta se sienta realmente escuchado y atendido por un profesional de la salud mental; y por otro lado, refleja la aun precaria percepción que la sociedad mexicana tiene del psicólogo, en cuanto a lo útil y benéfico que es ser atendido psicológicamente para beneficio de la salud mental.

Un aspecto importante de resaltar, es que a CCAP acuden personas que viven en la colonia Los Volcanes y zonas aledañas, pero también provenientes de otras colonias e incluso delegaciones del Distrito Federal. La demanda de los servicios psicológicos cada vez va en aumento en el Centro. Sin embargo, las instalaciones de éste no cuentan con la posibilidad de dar cabida y atención a toda la gente que solicita un servicio psicológico. Los cubículos son pocos y

el horario de atención no es suficiente. Es por ello que la lista de espera es grande y puede durar una persona en ella hasta meses, para ser informado que ha sido citado (a) con un (a) terapeuta y que finalmente será atendido en el Comunitario.

Al respecto, sería de gran utilidad mejorar otras áreas del Centro para contar con los espacios necesarios para optimizar y mejorar los servicios que se proporcionan a los usuarios; por ejemplo: la instalación de una cámara de Gesell, un cubículo especialmente asignado para llevar a cabo cursos, talleres, conferencias, y dinámicas grupales; así como dos o más cubículos en los que se pudiera trabajar con las personas.

Otro aspecto importante, es que tras la evaluación psicológica, en muchas ocasiones, el problema de la persona no puede ser abordada por el equipo de profesionales. Se entiende, que en casos psiquiátricos es evidente que el psicólogo tendría una participación conjunta con el psiquiatra; pero en casos tales como adicciones, violencia intrafamiliar, abuso sexual y problemas de aprendizaje beneficiaría no solamente a la población, (que acude a solicitar atención principalmente por estas causas), sino que también enriquecerían la formación de los estudiantes que ahí participan, por la variedad de formas y estilos de intervención de diferentes enfoques teóricos.

Lo anterior, beneficiaría no solo a alumnos en vías de adquisición de competencias profesionales, sino que abriría la posibilidad de un mayor número de docentes que participaran en las actividades académicas que se realizan en CCAP. La supervisión clínica es un aspecto importante en el trabajo del estudiante en dicho centro, los prestadores de servicio social y practicantes, se ven beneficiados con profesores que fungen como supervisores en la institución. Contar con personal docente que no solamente acuda una vez a la semana, sino que puedan estar un mayor número de horas con los estudiantes sería de gran ayuda, puesto que no solo se vería favorecido el estudiante sino también la población atendida, al recibir un servicio de calidad y dirigido a una población más amplia.

También, se sabe que el buen desempeño profesional de los egresados de la licenciatura depende de la aplicación de teorías (conocimientos adquiridos) y técnicas (procedimientos o maneras de abordar un problema en particular) derivadas de la formación en las aulas durante la carrera (Sánchez-Sosa y Hernández, 1995). Desafortunadamente, la educación académica en la Facultad se orienta más hacia la adquisición de conocimientos teóricos y en pocas ocasiones se tiene la posibilidad de lograr una integración teórico-práctica a través del entrenamiento en escenarios naturales, porque la realización de las prácticas para la mayoría de las materias que se imparten durante los semestres de la carrera, se cubren generalmente en los salones de clases, donde resulta complicado que todos los alumnos puedan desenvolverse en una situación vivencial en la que logren anudar conocimiento, aplicar y desarrollar la habilidad, propiamente.

Todo ello provoca que al salir de la licenciatura, el psicólogo formado bajo el enfoque clínico, cuente con la capacidad de realizar entrevistas, evaluación psicológica y emitir un diagnóstico, pero se cuentan con muy pocas herramientas para hacer intervención y tratamiento psicológico; lo cual repercute directamente en la poca capacidad de desarrollar las competencias y habilidades necesarias para enfrentarse al ámbito laboral del psicólogo clínico.

Lo que deja de manifiesto la necesidad de crear un sistema de formación centrada en el desarrollo de habilidades, más que en la adquisición de contenidos temáticos. Y que en el Plan de Estudios de la Facultad se incremente el número de materias que capaciten en el manejo de técnicas de intervención, o bien, que las prácticas de las materias se realicen en escenarios reales, ya que al llevar tareas de trabajo concreto es como se asimilan de mejor manera los contenidos temáticos de las asignaturas.

## Referencias:

- Armenta, M. J. (2006). La entrevista centrada en el cliente en un contexto psiquiátrico: del diagnóstico al encuentro con la persona. *Enseñanza e investigación en psicología*, julio-diciembre, año/vol. 1, número 002, Universidad Veracruzana.
- Aguado, J. M. (2003). *Comunicación y Cognición. Bases epistemológicas de la complejidad*. Sevilla: Comunicación Social ediciones y publicaciones. En: Marcuello, A. S. Chaime (Comp.). (2006). *Sociocibernética, lineamientos de un paradigma*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico. Extraído de <http://tecnoinfo3.wordpress.com/diapositivas-de-las-clases/cibernetica-del-2%C2%BA-orden-midiendo-las-consecuencias-de-las-decisiones/>
- Aguilar K. E. (1995). *Domina la Autoestima*. México: Árbol. En: Cobos, V. F. (2011). Autoestima: características y manifestaciones en los estudiantes. *Revista UNAVance*. Vol 1 (1). pp. 21-23.
- Ashby, R. W. (1977). *Introducción a la Cibernética*. Argentina: Nueva Visión. En Eguiluz, R. L. L. (2007). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. Universidad Autónoma de Tlaxcala, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Baron, R. (1976). *Psicología*. México: Prentice-Hall. En: Macías, B. M. B. y Ruíz, G. F. A. (2011). *Nivel de Agresión en el delincuente homicida*. Tesis de Licenciatura. Médico, D. F.: Facultad de Psicología, UNAM.
- Bateson, G. *Las Categorías Lógicas del Aprendizaje y la Comunicación*. Instituto de Investigación en Comunicación. En: Lohlé C. (1976). *Pasos hacia una Ecología de la Mente*. Argentina. En Eguiluz, R. L. L. (2007). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*.

Universidad Autónoma de Tlaxcala, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Bertalanffy, L. V. (1986). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica, Colección Ciencia y Tecnología. En: Eguiluz, R. L. L. (2009). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. Universidad Autónoma de Tlaxcala, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Bizama, I. (1995). La Autoestima Requiere Atención de Urgencia. *Revista de Educación del Centro de Perfeccionamiento del Ministerio de Educación*. pp. 225, 26-28. En: Cobos, V. F. (2011). Autoestima: características y manifestaciones en los estudiantes. *Revista UNAVance*. Vol 1 (1). pp. 21-23.

Casabianca, R.; Hirsch, H. (1994). *Cómo equivocarse menos en terapia*. Argentina: Universidad Nacional del Litoral. En Calderón, P. C. (2009). Comunicación de una experiencia clínica con autodaño desde el enfoque estratégico de terapia breve. *Revista de Psicología*. 8 (1). pp. 83-101.

Castillo, S. C. O.; Ramírez, C. A. M. I. (2008). *El control de impulsos y la empatía en aspirantes a una institución de seguridad pública*. Tesis de Licenciatura. México, D. F.: Facultad de Psicología, UNAM.

Calderón, P. C. (2009). Comunicación de una experiencia clínica con autodaño desde el enfoque estratégico de terapia breve. *Revista de Psicología*. 8 (1). pp. 83-101.

Cobos, V. F. (2011). Autoestima: características y manifestaciones en los estudiantes. *Revista UNAVance*. Vol 1 (1). pp. 21-23.

*Depresión*. (2009). Instituto Nacional de la Salud Mental. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Extraído de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression.pdf>

- Diccionario de la Lengua Española.* (2001). Madrid: Real Academia Española.
- DSM- IV. (1996). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.* Cuarta edición. España: Masson, S. A.
- Eguiluz, R. L. L. (2007). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar.* Universidad Autónoma de Tlaxcala, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Eguiluz, U. I. y Segarra, E. R. (2005). *Introducción a la Psicopatología.* España: Psiquiatría Editores.
- Fisch, R.; Segal, L; Weakland, J. (1998). *La táctica del cambio: Cómo abreviar la terapia.* Barcelona: Herder. En Calderón, P. C. (2009). Comunicación de una experiencia clínica con autodaño desde el enfoque estratégico de terapia breve. *Revista de Psicología.* 8 (1). pp. 83-101.
- Flores, N. M. (2010). *Ansiedad en estudiantes universitarios.* Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Tlalnepantla, Estado de México.
- Foerster, H. V. (2006) *Las semillas de la cibernética.* Barcelona: Editorial Gedisa S.A. En: La Cibernética de Segundo orden, la investigación formativa y el sistema pedagógico. *Revista Academia y Virtualidad.* Universidad Militar Nueva Granada. 3 (1). pp. 200- 2008.
- Freeman, J.; Epston, D.; Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego.* Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
- Gándara, M. J. y Fuentes, R. J. (1999). *Angustia y Ansiedad. Causas, síntomas*

- y tratamiento. Madrid: Pirámide. En: Flores, N. M. (2010). *Ansiedad en estudiantes universitarios*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Tlalnepantla, Estado de México.
- Guadarrama, L. Escobar, A. Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Rev. Fac. Med. UNAM*. Vol. 49 (2).
- Gutiérrez, P. G. (1984). *Metodología de las Ciencias Sociales*. México: Harla, Colec. Textos Universitarios en Ciencias Sociales. Vol. I.
- Hall, A. D. A. (1962). *Methodology for Systems Engineering*. Princeton: Van Nostrand. En Johansen, B. O. (1986). *Introducción a la Teoría General de los Sistemas*. México: Limusa.
- Hayaski, V. M. (1987). *Ansiedad y tabaco*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México, D.F. En: Herrera, R. G. (2010). *Relación entre la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo y el consumo de tabaco en estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México, D.F.
- Huerta, I. (s. f.) *Autoestima: concepto, formación, desarrollo e indicaciones acerca de su diagnóstico*. Chile: Universidad de Chile. Extraído de <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/doctos/descargas/3.6.%20AUTOESTIMA.pdf>
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. (1994). *Manifestaciones clínicas. Compendio de Psiquiatría*. 2ª. Edición. México: Editorial Salvat. En: Herrera, R. G. (2010). *Relación entre la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo y el consumo de tabaco en estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México, D.F.
- Lewinsohn, P.; Rosenbaum, M. (1987). "Recall of Parental Behavior by Acute Depressives, Remitted Depressives and Nondepressives". *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 611 - 619.

- Macías, B. M. B. y Ruíz, G. F. A. (2011). *Nivel de Agresión en el delincuente homicida*. Tesis de Licenciatura. México, D. F.: Facultad de Psicología, UNAM.
- Maturana, H. (1995). *La realidad: ¿objetiva o construida? Fundamentos biológicos de la realidad*. Barcelona: Editorial Anthropos. En: Villamil, R. E. (2010). La Cibernética de Segundo orden, la investigación formativa y el sistema pedagógico. *Revista Academia y Virtualidad*. Universidad Militar Nueva Granada. 3 (1). pp. 200- 2008.
- Marsellach U.G. (s. f.). *La Autoestima en los Adolescentes*. Extraído de [http://www.nolopermitasactua.com/noticias/22 LA%20AUTOESTIMA EN NINOS Y ADOLESCENTES.pdf](http://www.nolopermitasactua.com/noticias/22_LA%20AUTOESTIMA_EN_NINOS_Y_ADOLESCENTES.pdf)
- Matthews, B.; Matthews, B. (2005). Narrative Therapy: Potential uses for People with Intellectual Disability. En: *International Journal of Disability, Community & Rehabilitation*, (4) 1. En: Navarro, C. L. F. 2010. Terapia Narrativa Aplicada A Una Familia Con Una Niña Con Síndrome De Down. *Ajayu*, 8(2)
- Mendoza, V.; Soto, I. (1990). La Depresión: un problema de Salud Pública en México. *Tópicos de Investigación y Posgrado*. 1(4), 16 - 22.
- Megargee, E. I. (1976). *Dinámica de la agresión: en el individuo en los grupos sociales, en los conflictos internacionales*. Trillas: México. En: Macías, B. M. B. y Ruíz, G. F. A. (2011). *Nivel de Agresión en el delincuente homicida*. Tesis de Licenciatura. México, D. F.: Facultad de Psicología, UNAM.
- Megaña, C. L. (1995). *Impulsividad: teoría, evaluación y modificación. Una revisión de la literatura*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Morgan A. (2000). What is Narrative Therapy? An easy to read introduction. Adelaida: Dulwich Centre Publications. En: Castillo L. I.; I. Ledo G. H. I.;

del Pino C. Y. (2012). Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapéutico. *Norte de salud mental*. Vol. 10.

Nardone, G.; Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Barcelona: Herder.

Nardone, G.; Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance* Barcelona: Herder. En: Calderón, P. C. (2009). Comunicación de una experiencia clínica con autodaño desde el enfoque estratégico de terapia breve. *Revista de Psicología*. 8 (1). pp. 83-101.

Norberto, G. (1997). *Algunos modelos sobre Depresión, desde la perspectiva Cognitivo – Conductual*. Tesis de Licenciatura inédita, México, D.F.: Carrera de Psicología, FES Iztacala, UNAM.

Pérez, S. C.; Rodríguez, S. P. (2010). Entrevista a Giorgio Nardone. Terapia Breve estratégica: una Realidad Inventada que Produce Efectos Concretos. *Clínica Contemporánea*. 1 (1). pp. 61-66.

Ravenna, M. (2004) *Una delgada línea entre el exceso y la medida*. pp 105-111. En: Silvestri, E.; Stavile, A. E. (2005). *Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario*. Córdoba Capital: Posgrado en Obesidad a Distancia, Universidad Favaloro.

Rodríguez, C. M. (s. f.) *El Counseling y la Psicoterapia breve*. Extraído de <http://www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones/articulos/5.pdf>

Ross, M. S.; Peris, D. M. y Gracia, M. R. (2004). *Impulsividad*. España: Psiquiatría Editores. En: Castillo, S. C. O.; Ramírez, C. A. M. I. (2008). *El control de impulsos y la empatía en aspirantes a una institución de seguridad pública*. Tesis de Licenciatura. México, D. F.: Facultad de Psicología, UNAM.

- Rojtenberg, S. (2001). *Depresiones y Antidepresivos. De la Neurona y de la Mente, de la Molécula y de la Palabra*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Ruíz, A. C. M. (2008). *Estudio documental sobre psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos alimentarios en México*. Tesina de Licenciatura. Guerrero: Universidad Americana de Acapulco.
- Silvestri, E.; Stavile, A. E. (2005). *Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario*. Córdoba Capital: Posgrado en Obesidad a Distancia, Universidad Favaloro.
- Simon, F. B.; Stierlin, H.; Wynne, L. C. (1984). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Argentina: Gedisa, Colec. Terapia Familiar. En: Eguiluz, R. L. L. (2009). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. Universidad Autónoma de Tlaxcala, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Shannon. C.; Weaver, W.(1949). *The Mathematical Theory of Communication*. Urbana-champaign (Ill), University of Illinois Press. En: Eguiluz, R. L. L. (2007). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. Universidad Autónoma de Tlaxcala, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Sluzki, C. (1987). *Cibernética y Terapia Familiar – Un Mapa Mínimo*. *Revista Sistemas Familiares*. Buenos Aires, Argentina. 3 (1).
- Tobal, J. J. M. y Cano V. A. R. (1997). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*. Madrid: TEA Ediciones, S. A. En: Flores, N. M. (2010). *Ansiedad en estudiantes universitarios*. Tesis de Licenciatura. Estado de México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Tlalnepantla,

- Toledo, S. E. (2011). *Relación entre entres y trastornos alimentarios en alumnos de la secundaria técnica 85 de Uruapan, Michoacán*. Tesis de Licenciatura. Michoacán: Universidad Don Vasco.
- Tocaven, R. (1991). *Elementos de Criminología infante-juvenil*. Porrúa, México.  
En: Macías, B. M. B. y Ruíz, G. F. A. (2011). *Nivel de Agresión en el delincuente homicida*. Tesis de Licenciatura. Médico, D. F.: Facultad de Psicología, UNAM.
- Valenzuela, C. M. A. (2007). *Programa General del Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes"*. México, D. F.
- Villamil, R. E. (2010). La Cibernética de Segundo orden, la investigación formativa y el sistema pedagógico. *Revista Academia y Virtualidad*. Universidad Militar Nueva Granada. 3 (1). pp. 200- 2008.
- Watzlawick, P.; Beeavin, B. J & Jackson, D. D. (1989). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder, Colec. Biblioteca de Psicología. En Eguiluz, R. L. L. (2007). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. Universidad Autónoma de Tlaxcala, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Wiener, N. (1948). *Cybernetic: Or Control and Communication in the Animal and the Machine*. New York: The Technology Press & John Wiley & Sons Inc. En: Eguiluz, R. L. L. (2007). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. Universidad Autónoma de Tlaxcala, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Wiener, N. (1982). *Soy un matemático*. México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. En Eguiluz, R. L. L. (2007). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. Universidad Autónoma de Tlaxcala,

Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Zamorano, H. (2011). *Introducción a conceptos básicos de la teoría general de sistemas y la cibernética*. Guía de estudio para los alumnos de Practica Profes. II Sistemas de Información. Argentina: Facultad de Ciencias Económicas y Estadística de la Universidad Nacional de Rosario.  
Extraído de <http://www.galleanoyzamorano.com.ar/facultad/pp2-23.pdf>