



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
PSICOLOGÍA

**PROPUESTA OPERATIVA PARA
OPTIMIZAR EL FUNCIONAMIENTO DEL
PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL
ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL
PÚBLICO EN GENERAL EN LA CUAS –
TAMAULIPAS**

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N A:

Carrasco González Oscar

JURADO DE EXAMEN

DIRECTORA: LIC. Clara Haydee Solís Ponce.

COMITÉ: MTRO. Pedro Vargas Avalos

DR. Pedro Wolfgang Velasco Matus

LIC. Patricia Bañuelos Lagunés

ESP. José Juan Bautista Butrón



CIUDAD DE MÉXICO

Abril. 2018.



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.

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
Marco Teórico	7
1. Antecedentes de la terapia breve en resolución de problemas	7
1.1 Conferencias Macy 's	7
1.2 El equipo Bateson	8
1.3 Don Jackson y el doble vínculo	10
1.4 Creación del Mental Research Institute	11
1.5 Creación del Centro de Terapia Breve.....	13
1.6 Creación del Centro de Terapia Breve Latino	14
2. Premisas teóricas de la Terapia Breve en Resolución de Problemas.....	17
2.1 Las dificultades del cliente.....	17
2.2 Tipos de cambio	19
2.3 La cibernética en el cambio.....	20
2.4 Realidades del constructivismo	21
2.5 Premisas prácticas de la Terapia Breve en Resolución de Problemas	22
2.6 Esquema técnico de la Terapia Breve en Resolución de Problemas	24
3. Funcionamiento del programa de servicio social “Atención Psicológica Breve para el público en general”.....	33
3.1 Objetivos del programa de servicio social “ Atención Psicológica Breve para el público en general”	34
3.2 Estructura del programa de “Atención Psicológica Breve para el público en general”--	35
4. Ejemplo operativo de actividades realizadas en el programa de “Atención psicológica breve para el público en general”	41
4.1 Actividades realizadas de forma directa como terapeuta y coterapeuta en el programa de Atención Psicológica Breve para el Público en General	50
5. Método	55
6. Resultados	57
7. Discusión	66
8. Conclusión	76
9. Referencias	77
10. Anexos	82

Resumen

Con el objetivo de mejorar el servicio social del programa: “*ATENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL*”, en el cual se brinda consulta abierta de psicología clínica, teniendo como sustento teórico el modelo de Terapia Breve Resolución de Problemas del *Brief Therapy Center* del *Mental Research Institute* de Palo Alto California, conocido como MRI; se hace una propuesta para mejorar el funcionamiento de este programa. Dicha propuesta se basan en una revisión sistemática de ocho artículos y reportes relacionados al servicio psicológico bajo el mismo esquema de entrenamiento y con el mismo modelo de terapia breve. Y tiene la finalidad de mejorar el servicio de psicología clínica que se brinda en una clínica universitaria del oriente de la zona urbana.

Palabras claves: Terapia breve, Terapia familiar sistémica, Supervisión clínica, resolución de problemas, Clínica universitaria Servicio psicológico, Psicología Clínica, *Mental Research Institute*, *Brief Therapy Center*, *Therapy Training and Supervision*, *Brief Therapy Model*, *Problem Solving*.

Introducción

En el mundo, la salud mental constituye un grave problema de salud pública, en términos epidemiológicos los trastornos mentales participan con una carga global de enfermedades con alrededor del 12%, afectando hasta en 28 % en años vividos con deficiencia para integrarse a una vida funcional, a su vez constituyen una de las tres principales causas de mortalidad entre adolescentes y adultos jóvenes por suicidio según el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS, 2011).

Según Díaz, Arredondo, Pelcastre y Hufty (2017) los trastornos mentales se han vuelto una carga global en el mundo al aumentar del 5,4% en 1990 al 7,4 % en el 2010. Si a esto le agregamos el tiempo que demora en el sistema de salud pública en atender dichas problemáticas aumenta la prevalencia, ya que tan solo en América Latina el tiempo estimado para que una persona sea atendida en algún centro de salud oscila entre cuatro y veinte años según el tipo de afección (Saavedra, Berenzon, Medina, Aparicio y Galván, 2013).

En países como México, estudios recientes realizados por la Organización Mundial de la Salud revela que en el país hay un déficit en la falta de información y planificación en el sistema de salud por lo que su modelo de atención dificulta el acceso de los servicios deficientes y mal distribuidos (Díaz, Arredondo, Pelcastre y Hufty, 2017).

Aunado al deficiente servicio de salud, los trastornos mentales en México ocupan los primeros lugares en la carga de enfermedad, situación que pone en serios problemas al servicio de salud por su alta prevalencia y poca o nula letalidad, a su vez dichos trastornos repercuten en la demanda de recursos humanos y financieros aumentando la tensión en la resolución de la problemática (Vargas y Villamil, 2016).

Los problemas de adaptación o funcionamiento psicológico constituyen una significativa demanda de la población mexicana, directamente en la ciudad de México la demanda de atención es de (85.03%); del 8.2% de pacientes que radican en el Estado de México y de 6.68 en pacientes que se trasladan de otros estados de la república mexicana (Velázquez, Sánchez, Lara y Sentíes, 2000).

México tiene que luchar no solo con la deficiencia en la atención en el servicio de salud, también con la insuficiente infraestructura para la atención de su población, las barreras

geográficas, la desigualdad en oportunidades de los usuarios marginados que requieren el servicio (Galván, Huerta, Galindo, Barrientos, Morales, 2016).

La atención inadecuada e inoportuna acumula efectos negativos, como resultado, el usuario solicita ayuda en niveles altos de atención manifestando síntomas crónicos y severos o fusionados con otros padecimientos, aunado con el deterioro físico y mental en grandes dimensiones por el padecimiento del individuo, impactando directamente en su familia y en la sociedad (Vargas y Villamil, 2016).

La mayoría de los problemas mentales no se gestan en el vacío, son la consecuencia de contextos económicos, administrativos y políticos deficientes, que impactan en el bienestar cultural, social e individual. Las instituciones, la falta de cobertura en la salud, la inseguridad, la vulnerabilidad ambiental y muchas otras situaciones sociales afectan directamente en la posibilidad de adquirir una buena calidad de vida (Gutiérrez y Portillo, 2015).

La salud mental es un fenómeno que está determinado por factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos; en este sentido lograr que la población se conserve en plenitud, en un medio hostil y de pocas oportunidades sociales, es un reto, no solo para el gobierno, también para los promotores y profesionales de la salud (Becerra, 2014).

En la actualidad el sistema salud pública percibe a la salud mental como parte de un cuadro multifactorial prioritario en la atención y prevención de los trastornos mentales, y del comportamiento, dicha disposición está plasmada en el artículo 72 de la Ley General de la Salud (Becerra, 2014)

Con base en la Ley General de la Salud, el gobierno de la república de los Estados Unidos Mexicanos al inicio de la presidencia actual, desarrollo un programa de acción específica de salud mental, a través de la Secretaria de Salud, en el que se vincula a la salud mental como eje fundamental para el Programa Nacional de Desarrollo, en él se establece que el desarrollo social debe ser la prioridad para un México incluyente (Secretaria de Salud, 2014).

De acuerdo con Becerra (2014) la atención de los trastornos mentales y del comportamiento de acuerdo a las disposiciones oficiales deben brindarse con un enfoque comunitario, de

reinserción psicosocial y con estricto respeto de los derechos humanos de los usuarios de estos servicios.

Hoy en día la implementación de los programas antes mencionados se encuentra en contextos que limitan la ejecución práctica de los programas y planes instituciones. El sistema de salud mental compuesto por el ISSSTE, IMSS y Seguro Popular, principalmente están rebasados en la capacidad de servicio, por el aumento importante en la demanda de atención primaria en a la población mexicana (Vargas y Villamil, 2016).

A partir de la gran preocupación establecida por la deficiencia en el servicio de salud mental y el gran costo en términos de desarrollo en diferentes estructuras nacionales, se han realizado diversos estudios, proponiendo mejoras tanto en el contenido como en la estructura de los servicios de salud mental. Estudios como el realizado por el Instituto Ramón de la Fuente Muñiz, en el que se propone cobertura nacional de atención a los enfermos mentales en tres niveles: 1) La implementación de una red de salud mental, 2) Desarrollo de programas para mejorar la adherencia terapéutica y 3) Desarrollo de un sistema único de información en salud mental (Madrigal, 2016).

El estudio realizado por Madrigal de León en el año 2016, propone una red de salud mental implementada en los tres niveles de gobierno, con la intención de expandir la cobertura de atención a los enfermos mentales, así como el establecimiento de un sistema único de información global y estandarizada de pacientes; por último propone una constante capacitación para el personal que realiza intervenciones terapéuticas.

Otro estudio sobre deficiencia en el servicio de salud mental, propone la profesionalización de terapeutas a partir de técnicas complementarias y directrices adecuadas desarrolladas en programas especializados de formación que puedan consolidar la profesión, con el propósito de promoción y especialización en salud mental (Rapado et al., 2015).

Continuando con las propuestas de los profesionales de la salud mental, otro estudio realizado sobre adherencia terapéutica plantea que la falta de comprensión del problema por parte del terapeuta dificulta el establecimiento de la alianza con el terapeuta al no sentirse entendidos los consultantes se muestran inconformes con el terapeuta o la terapia situación que lleva a la

terminación temprana del proceso (Rondón, Otálora y Salamanca, 2009) citado en Bermúdez y Navia, 2013.

Las diferentes propuestas intentan favorecer los servicios de salud mental en diversas instituciones, abordados desde múltiples factores como lo administrativo, político y social, hasta la capacidad de los prestadores de servicios.

Otra de las instituciones que prestan el servicio a la salud pública desde el marco de docencia y servicio a la comunidad, son las Clínicas Universitarias de Atención a la Salud (CUAS), ubicadas en diversas localidades de la Ciudad de México y en el Estado de México, dichas clínicas pertenecen a la Universidad Nacional Autónoma de México pero son coordinadas por los diferentes campus de la misma UNAM (FES-Z. UNAM, 2012).

Tan solo en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza se instauraron ocho clínicas que favorecen la atención multidisciplinaria sobre el marco de la buena práctica y el servicio a la comunidad desde el servicio activo y solidario en la solución de problemas o necesidades del país, a través de actitudes cívicas, críticas y propositivas en favor de la consolidación de cuadros de excelencia humana, como base para un futuro próspero de la nación (FES-Z. UNAM, 2012).

A partir de su marco institucional, las clínicas de la FES Zaragoza promueven los servicios de salud mental y colaboran con los programas gubernamentales ofreciendo servicios de calidad a bajo costo convirtiéndose en una opción de atención a la salud mental, específicamente en el área de psicología clínica educativa y familiar (FES-Z. UNAM, 2012).

Uno de los servicios de salud que se ofrecen en las CUAS, dentro del área de psicología es el que se proporciona a través del programa de servicio social llamado “Atención psicológica breve para el público en general” el cual es requisito en México para obtener el título de licenciatura (Solís y Vargas, 2015).

El servicio social permite llevar a cabo prácticas bajo los ejes de docencia y servicio a la salud con pacientes y escenarios reales manteniendo un estrecho contacto con la comunidad que no puede acceder a servicios de salud de manera inmediata, por lo que el servicio representa atención oportuna, a bajo costo y de calidad, monitoreado por una supervisión constante con profesionales de la salud (Buenrostro, 2016).

El servicio inicio sus actividades en el año 2012 y hasta la fecha sigue operando en la CUAS-Tamaulipas; de los servicios proporcionados la atención en el área de psicología clínica es una de las actividades de mayor demanda, por lo que el programa de atención de psicología breve para el público en general tiene dos impactos directos, por un lado absorbe toda la demanda de usuarios que no cubren los grupos de practica supervisada de la carrera de psicología y por el otro lado es una opción de servicios de salud mental para las comunidades marginadas de escasos recursos, dicho programa al ser una alternativa de atención de salud mental en el área metropolitana merma la carga que presentan algunas otras instituciones de salud pública y también es un apoyo a los usuarios que tienen tratamiento psiquiátrico y requieren complementarlo con atención psicológica.

Con fines institucionales, los pasantes inscritos en el servicio realizan al final de su estancia un reporte final de actividades del servicio social, en el que se presentan datos que tienen que ver con la atención a usuarios en su periodo de estancia, a su vez en el reporte se proporcionan sugerencias para mejorar en lo académico y en lo administrativo el funcionamiento del programa, repercutiendo directamente en el servicio de atención a usuarios.

Basado en los estudios y propuestas de mejora en las instituciones públicas de atención a servicios de salud, como el realizado por Madrigal (2016) del Instituto Ramón de la Fuente Muñiz y en virtud de los reportes de actividades que los pasantes han realizado de este programa de servicio social, es necesario realizar una serie de propuestas operativas para optimizar el funcionamiento del programa “Atención psicológica para el público en general” que inicia funciones en la CUAS-T a partir del año 2012. Este trabajo aporta una revisión sistemática de los reportes previos de este programa y genera una propuesta que se apoya en al menos cuatro experiencias distintas. Todo esto con la finalidad de aportar ideas concretas que impacten en el funcionamiento del servicio y propicien efectos positivos en la disminución en la carga de salud mental en la población.

Marco Teórico

1. Antecedentes de la terapia breve en resolución de problemas

1.1 Conferencias Macy

El inicio de este gran concepto que hoy conocemos como terapia familiar sistémica, se construye a principios de los años cuarenta; el 11 de mayo de 1942, en Nueva York (Vargas, 2004). En la primera conferencia patrocinada por la fundación *Josiah Macy Jr*; con el título “la inhibición cerebral”, donde plantearon los temas que habían desarrollado durante varios años Norbert Wiener, Arturo Rosenblueth y Julian Bigelow, sobre circuitos computacionales, sistema nervioso, homeostasis biológica, retroalimentación, los sistemas de causalidad circular individuales y supraindividuales, las diferencias entre claves analógicas y digitales, el concepto de entropía; los cuales convergen en una característica particular, “procesos circulares” un tema constante en la época (Castellanos, Solís y Keeney, 2014).

Gracias al gran intercambio de conceptos e ideas innovadoras en la conferencia de “la inhibición cerebral”. El año siguiente, los autores antes mencionados publican el artículo llamado “*Behavior, purpose and teleology*” (comportamiento, objetivo y teleología).

Wittezaele y García (1994) mencionan que en el artículo los autores:

Proponen un enfoque comportamental de los fenómenos y reconsideran la cuestión de la teleología (...) no intentan analizar la organización interna de las entidades que estudian, su estructura o sus propiedades. Al contrario se propone examinar en ellas el comportamiento observable y las reacciones (p. 59).

El gran movimiento científico que propiciaron las conferencias de Macy, se vio interrumpido por la segunda guerra mundial, postergando el encuentro e intercambio teórico, pero no el intercambio intelectual entre Wiener en Estados Unidos y Rosenblueth en México. En 1946 se reanuda el ciclo de conferencias, con los planteamientos de Rosenblueth, Wiener y McCulloch con el título “Los mecanismo de retroalimentación y los sistemas de causalidad circular en la biología y las ciencias sociales”, conceptos que posteriormente darían sustento a la Cibernética (Keeney, seminario de actuación profesional “la improvisación creativa para el cambio”, 2010)

Wiener (citado en Wittezaele y García 1994) describe, como los trabajos realizados en la cibernética propician nuevas formas de percibir las relaciones humanas:

Consideraba que, aunque era casi imposible llegar a una aplicación matemática de la cibernética en las ciencias humanas, no obstante era totalmente posible aplicarle sus conceptos formales: La clarificación conceptual de los aspectos formales de las resoluciones sociales puede aportar una contribución positiva a la ciencia de la sociedad. Todos los trabajos posteriores de Bateson irían en esta dirección (p. 75).

De esta forma la cibernética genera un cambio conceptual y teórico, al percibir las interacciones humanas con dinamismo sistémico, en términos de retroalimentación, estabilidad y cambio, conceptos planteados por Wiener y Rosenblueth en la cibernética (B. Keeney, comunicación personal, 15 de mayo del 2010)

De acuerdo con lo mencionado por Keeney en el seminario “la improvisación creativa para el cambio”. Gregory Bateson desempeñó un papel fundamental para llevar los conceptos de la cibernética a la explicación del comportamiento y experiencias humanas por medio de metáforas que representan la unión entre dos disciplinas. Todos los estudios posteriores tendrían las bases cibernéticas, pero con miras al comportamiento y a la interacción humana gestando el tipo de pensamiento que articula lo que ahora llamamos terapia sistémica.

1.2 El equipo Bateson

Para los años siguientes Arturo Rosenblueth (1995), con ayuda de Wiener y Bigelow sugieren que:

En los organismos animales ocurren procesos enteramente semejantes al (...) de una maquina con (...) “retroalimentación” (*feedback*). El sistema, para su análisis, no consiste solo de la maquina o del organismo considerados, sino que incluye a la meta y a las relaciones entre una y otra entidades (pp.63 - 64).

Las bases ideológicas de la retroalimentación son retomadas por Gregory Bateson, quien plantea la noción de circularidad cibernética en modelo de interacción entre seres vivos (Boscolo y Bertrando, 2000). Dicho modelo se funda en el concepto de información, partiendo de los principios cibernéticos, por lo que la causalidad es de tipo circular, desde el momento en que la información constituye su elemento central, se orienta a procesos comunicativos entre organismos (Nardone y Watzlawick, 1992).

Los principios cibernéticos son incorporados a la comunicación, como eje en donde converge toda la actividad humana, y bajo este criterio en 1949, Bateson se instala en la Clínica psiquiátrica *Langley Porter* de San Francisco, para realizar entrevistas y estudios etnográficos en el contexto psiquiátrico, con la finalidad de identificar dentro del intercambio de mensajes, entre terapeuta y paciente, rasgos de una psicoterapia eficiente (Vargas, 2004, 2007).

Siguiendo con Vargas (2007) los resultados de dichas entrevistas se publicaron en su libro “Comunicación: la matriz social de la psiquiatría” al lado del psiquiatra Ruesch, afirmando la hipótesis previa, donde todo sistema se organiza alrededor de la comunicación.

El acercamiento a la psiquiatría es gradual y en 1952 se pone en marcha el proyecto Bateson donde Jackson era uno de los miembros centrales, incluyendo a Jay Haley, John Weakland y William Fry, en el primer piso del edificio en el hospital de la Administración de Veteranos de Menlo Park (Vargas y Solís, 2016).

Lynn Hoffman (1987) menciona que:

Durante el decenio de los cincuenta, Gregory Bateson estaba encabezando un proyecto de investigación que intentaba clasificar la comunicación en tres niveles: nivel de significado, nivel de tipo lógico y nivel de aprendizaje. En otros campos de interés, como el comportamiento animal, paradojas, hipnosis, juegos, el grupo contemplaba las pautas de la transacción esquizofrénica (p .27).

El equipo Bateson observaba y registraba, entre otros temas, la comunicación animal, especialmente el de las nutrias, con la finalidad de observar si eran capaces de diferenciar entre un comportamiento de combate y el jugueteo. Al especificar las características de interacción, el equipo Bateson, concluyó que existe entre los animales una metacomunicación, al decodificar las conductas, diferenciando el juego del combate (Ugarte, s. f.).

Otros temas que ocupaba al equipo, fue la hipnosis y sus aspectos terapéuticos, debido a esto, cada semestre durante una década Haley y Weakland consultaron a Milton Erickson, ya que tenían una gran fascinación por la forma “milagrosa” de hacer terapia (Cade y O´Hanlon, 1995).

Según Haley (citado en Castellanos, Solís y Keeney, 2014):

Bateson les dio plena autonomía a Weakland y a él para investigar lo que quisieran siempre que tuviera alguna correspondencia con las paradojas que surgen en el proceso de comunicación. Es posible aseverar nuevamente que, de manera tácita, la investigación de la actividad de Erickson como terapeuta procedía conforme a la metodología de la historia natural; los tres investigadores recolectaron datos de las conversaciones que tuvieron con Erickson sobre la temática, de las observaciones directas al verlo haciendo terapia o de las filmaciones que hicieron de su trabajo (p.16).

Para los años siguientes el grupo comenzó a emprender las prácticas psicoterapéuticas trabajando con pacientes esquizofrénicos, focalizados en la comunicación y la interacción, llevando al equipo a presenciar una gran cantidad de contextos paradójicos y metamensajes dentro de la interacción que establecen las familias de estos individuos (Sánchez, 2000). Este tipo de información entre dichas familias no solo mantenía el comportamiento patológico en uno de los miembros, sino también nuevas pautas de interacción que destinan a la familia a un constante equilibrio, perpetuando el comportamiento patológico (Lynn Hoffman, 1987).

1.3 Don Jackson y el concepto de doble vínculo

A la par de los estudios realizados sobre la esquizofrenia por el equipo Bateson; un renombrado psiquiatra, especializado en esquizofrenia infantil y mecanismos de hipnosis en la familia; Donald de Ávila Jackson, elaboraba algunas ideas sobre la homeostasis familiar, en donde plantea que “el sistema familiar debía ser observado de manera concreta en las acciones y reacciones de cada miembro de la familia con respecto a los otros” (Vargas, 2007, p.131).

Los conceptos de homeostasis dentro del sistema familiar, se adecuan a las premisas interaccionales que manejaba el equipo; de tal modo que empieza a trabajar en estrecha colaboración con el grupo y más tarde se incorpora a él (Cade y O’Hanlon, 1995).

En 1956, como lo sostiene Sánchez (2000) el equipo formado por Haley, Bateson, Jackson y Weakland; publicó el informe psiquiátrico “hacia una teoría de la esquizofrenia” en este incluyen el concepto de “doble vinculo” y es definido como el causante de la esquizofrenia en los niños.

El “doble vinculo”, como parte del proyecto “terapia familiar de la esquizofrenia”, describe una comunicación de callejón sin salida, que se imponen entre personas que intercambian información,

dentro de un sistema relacional, entre dos mensajes contradictorios (Lynn Hoffman, 1987). Esta relación interpersonal se gesta, según Don Jackson en la estructura familiar, la cual es focalizada como un sistema homeostático organizado por reglas a partir de los miembros que la componen, buscando la estabilidad a través de los procesos de *feedback* positivo y negativo, reactivado por errores considerados como “síntomas” estructurados para conservar el equilibrio familiar (Ventura, 2016).

Siguiendo con Vargas (2007) el artículo el “doble vinculo” marca una brecha perceptual dentro del ámbito psiquiátrico al considerar a la esquizofrenia como un fenómeno comunicativo, producto de relaciones familiares. La proporción de información manejada en este artículo permite pasar de un enfoque tradicional psiquiátrico, que considera el síntoma como algo inherente al ser humano, a la explicación centrada en la comunicación interpersonal y contemplando el contexto en el que se encuentra dicha interacción.

Según Nardone y Watzlawick (1992) en este estudio el equipo observó las patologías que se suscitan en un encuentro comunicativo y lograron demostrar que ellas son las responsables de las interacciones patológicas, al estar atrapado en dos órdenes contradictoras enmarcadas en un mismo mensaje, el cual es paradójico, y si la persona no puede desvincularse de este “doble vinculo”. La respuesta al mensaje será un comportamiento patológico, debido a que entra en un estado de disonancia y culpa, dado que la estructura del mensaje recibido no le da la posibilidad de encontrar una salida no ansiogena o no culpabilizadora.

1.4 Creación del Mental Research Institute

Los avances obtenidos en la comunicación y en la psiquiatría dieron camino a un proyecto denominado “terapia familiar de la esquizofrenia”, y se desarrolló con la finalidad de profundizar en la parte terapéutica, por lo que a finales de los años 50s, Don Jackson crea el *Mental Research Institute* (MRI), como una división de *Palo Alto Medical Research Foundation*, para el estudio de la esquizofrenia y las familias. (P. Vargas, Comunicación personal, 18 de febrero del 2016).

De 1958, que fue la creación del MRI, a 1962, fecha en la que el proyecto Bateson termina; coexisten estos dos grandes equipos de trabajo, aunque en diferentes proyectos y con nuevos integrantes. Don Jackson, el primer director del MRI, trabajando en ambos proyectos contrata a dos terapeutas, Jules Riskin y Virginia Satir; posteriormente se les unieron el filósofo austriaco

Paul Watzlawick en 1960 y en 1962, una vez terminado el proyecto de Bateson se unen al MRI John Weakland y Jay Haley. Por último a invitación de Virginia Satir, se integra Richard Fisch. (Vargas, 2007; Wittezaele y García, 1994).

El periodo de 1963 a 1968, Wittezaele y García (1994), lo consideran como la época de oro del MRI, al ser lo suficientemente grande, con varios psicólogos en sus filas como para considerarse una organización sólida y de prestigio. Los trabajos posteriores del Instituto se dirigieron a la formación de terapeutas, al desarrollo de terapia familiar, la investigación sobre el proceso de cambio, sin excluir la comunicación, la familia y la enfermedad mental (Vargas, 2007).

Siguiendo con Vargas (2007) el equipo Bateson observaba el comportamiento de la interacción con el síntoma en función de las familias, posterior a esto, trataban de llevar a la persona a un tipo de interacción diferente a la que se presentaba. Por desgracia esta última opción no era muy clara, así que con la finalidad de ser más explícito en los esquemas tácticos para lograr un cambio en las familias, el equipo emprendió el análisis de las técnicas del Doctor Milton Erickson, ya que era un maestro en realizar estrategias terapéuticas y mostraban una eficacia singular en dichas intervenciones (Cruz, 2016).

Sin duda la influencia de Milton. Erickson en el desarrollo del enfoque breve/estratégico ha sido de gran relevancia, al impregnar al grupo Bateson de una visión particular de enfocar los problemas humanos (Cade y O'Hanlon, 1995).

Desde la particular influencia de Erickson; es de mencionar que para “un terapeuta ericksoniano no existe eso llamado problema, sino tan sólo algo definido por alguien como problema. Cámbiese la definición, la percepción que “crea” el problema a otro distinto, y el problema ya no existirá”. (Hoffman, 1987, p. 222).

Gracias a las grandes intervenciones de Milton Erickson los trabajos posteriores encabezados por Richard Fisch se centraron en generar conceptos intermedios entre las teorías de Bateson y las prácticas terapéuticas de Erickson (Vargas, 2007).

1.5 Creación del Brief Therapy Center

Con ideas suspicaces en mente, Fisch considera necesaria la creación de un centro de terapia breve, con la finalidad de investigar un método centrado en los problemas del paciente y evaluar los resultados terapéuticos, a través de entrevistas de seguimiento (Fisch y Schlanger, 2002).

En “septiembre de 1965, Fisch le dirige a Don Jackson un memo en el que le señala la necesidad de unas instalaciones que ofrezcan consistentemente un servicio bien planeado, creativo, de terapia breve y que al mismo tiempo permita un estudio detallado de la efectividad de este enfoque en lo general y en lo particular de las técnicas de intervención”. (Vargas, 2007. p 136).

En enero del 1967, con el apoyo de Don Jackson se crea el Centro de Terapia Breve bajo la dirección de Richard Fisch y como colaboradores John Weakland, Paul Watzlawick y Arthur Bodin. A partir de esta fecha se han continúa hasta nuestros días los trabajos del Centro de Terapia Breve dentro del MRI (Schlanger, Cinella, Díaz y González, 2014).

Dick Fisch daría lugar a una nueva reputación al Grupo Palo Alto, como se le conocía internacionalmente, al depurar la estructura de la práctica clínica centrándose en el problema que trae al paciente a sesión, con la finalidad de una resolución próxima del mismo. Esta nueva forma de hacer terapia, bautizada como “terapia estratégica breve” contiene ciertas técnicas y prescripciones de comportamientos, así como una estructura, bien delimitada, la cual da un marco de referencia para guiar al terapeuta hacia una psicoterapia eficaz en su papel de agente de cambio (Ceberio, 1999).

Las intervenciones de la terapia estratégica breve están orientadas a producir cambios en las interacciones reiterada de los miembros, a través de puntualizar las acciones interrelacionadas cotidianas que crean patrones de relación que son sentidos como normales y sin embargo son capaces de desarrollar problemas entre los miembros (Cordella, 2014).

Watzlawick, Weakland y Fisch, comentan que:

Su tarea se limitó a que los pacientes hallaran lo más rápidamente posible los medios de continuar su marcha sin encontrarse constantemente frente a la misma dificultad (...) buscando cual era el mínimo cambio necesario para solucionar el problema actual en lugar de reestructurar familias enteras (Vargas,2007,p.137).

Para el año de 1974 y con una gran reputación clínica, el *CTB del MRI* publica dos obras que impactan de forma espectacular en la terapia familiar y contribuyeron a la difusión e interés en el enfoque de terapia breve estratégica. El primero de ellos fue el libro, “*Change. Problem Resolution*” y el artículo “*Brief Therapy: Focused Problem Resolution*”, con estas publicaciones gana terreno en el ámbito clínico y se posiciona como un nuevo enfoque con bases teóricas conceptuales sólidas y consistentes en la práctica clínica (Cade y O’ Hanlon, 1995).

Las publicaciones alrededor de los trabajos clínicos del enfoque de terapia breve estratégica, representan la estructura del modelo de resolución de problemas desde una perspectiva cibernética, basadas en el uso deliberado del lenguaje imperativo; se sistematizó de manera explícita en técnicas persuasorias y manipulación directa o indirecta, gracias a los años de investigación y el estudio de la comunicación humana así como el estudio de técnicas para una psicoterapia eficaz, permaneciendo en uso hasta nuestros días (Nardone y Watzlawick, 1999).

1.6 Creación del Centro de Terapia Breve Latina

A principios de los noventas y después de un arduo trabajo de investigación, publicación y aplicación de tácticas terapéuticas, en el Centro de Terapia Breve, un grupo de terapeutas latinoamericanos abren camino a la aplicación de dichas técnicas, bajo la supervisión clínica de Watzlawick y Fisch; con la finalidad de estudiar la aplicación del modelo de terapia breve resolución de problemas desarrollado en el MRI, en población latina, debido al creciente número de inmigrantes que se encuentran en los Estados Unidos (Anger, Schlanger, Rincón y Becerra, 2003).

Para el grupo de terapeutas latinos encabezados por Karin Schlanger y Bárbara Anger Díaz demostrar la aplicación satisfactoria de la práctica y teoría desarrollada en el MRI a población latina era todo un reto, ya que para cualquier terapeuta, el fenómeno transcultural implica complejidad en el estudio y en la aplicación de modelos terapéuticos, por el hecho de generar en el individuo una aculturación dado a que se introduce a un nuevo contexto social, estando básicamente ante estilos de vida que se engendran como un todo y que implican unos valores que también han sido construidos socialmente (Marín, Grau y Yubero, 2002).

A pesar de las oleadas culturales a las que el equipo latino se enfrenta se pone en marcha el proyecto, con las virtudes del modelo como base para la adaptación terapéutica en la población

latina y con el objetivo de resolver las necesidades en términos de servicios terapéuticos del área de Palo Alto.

En el mes de julio del 2003, Bárbara Anger Díaz, Karin Shlanger, Claudia Rincón y Alicia Becerra, publican el artículo “Una nueva dirección para la terapia breve en el MRI. Solucionando problemas multiculturalmente: Nuestra experiencia latina”. Donde demuestran la proporción del modelo al adaptarse a diferentes culturas, en sus propias palabras comentan que:

La terapia breve del MRI es un modelo viable transculturalmente, en particular debido a su postura no-normativa y no patologizante (...) Sin negar la fuerza de fenómenos impulsados por la cultura, mostramos que nos dirigimos a nuestros clientes como seres únicos (...) Tratamos de ayudar a clientes, a encontrar soluciones que tienen cabida dentro de patrones culturales cuando estos parecen ser relevantes (...) en esencia, todos los casos son transculturales para nosotros (Anger et al. 2003. p. 27).

Siguiendo con esta gran evolución del MRI y tras el desafortunado deceso del Dr. Fisch en el 2008, Karin Schlanger discípula de Watzlawick, Fisch y Weakland, pasa de directora asistente, a directora general del Centro de Terapia Breve, con la idea de ofrecer servicios a las familias latinas (Schlanger, Cinella, Díaz y González, 2014).

Según Schlanger, Cinella, Díaz y González (2014) las necesidades de la creciente población latina abrió una nueva vertiente dentro del *Mental Research Institute* (MRI) y para el año 2012 se crea el “Grupo Palo Alto” siendo una extensión del Centro de Terapia Breve, con la convicción de tomar el trabajo realizado desde el equipo Bateson y expandirlo a colegas en América Latina. Así como extender sus servicios en escuelas de bajo recursos en East Palo Alto.

La terapia breve en resolución de problemas se fue configurando con el tiempo, desde las conferencias Macy en 1942 y los procesos de retroalimentación; la segunda guerra mundial que pauso las conferencias; la reanudación en 1946 con los mecanismos de retroalimentación y los sistemas de causalidad circular en la biología y las sucesivas presentaciones de los estudios de Bateson en las conferencias; los estudios en la clínica psiquiátrica de “*Langley Porter*” en San Francisco en 1949; De manera paralela el trabajo en el Hospital de la Administración de Veteranos en 1949; el inicio del proyecto Bateson en 1952; La publicación del artículo “Hacia una teoría de la esquizofrenia” en 1954; Las visitas a Milton Erickson de 1955 hasta 1960; la creación del *Mental*

Research Institute (MRI) en 1959; Como una división del *Palo Alto Medical Research Foundation* (PAMRF); La fundación del *Brief Therapy Center*, a finales de 1966 e inicios de 1967, que trabajaba como una extensión del *Mental Research Institute* (Vargas, 2004).

Simultáneamente la terapia sistémica prolifera en diferentes direcciones dando origen a otros enfoques terapéuticos basados en la interacción como lo señalan Ray y Watzlawick (2006).

Las orientaciones clínicas mas ampliamente reconocidas que derivan directamente de la teoría de las interacciones, o que han recibido mucha influencia de esta, incluyen la Terapia Familiar Conjunta de Jackson (Jackson, 1957b, 1959 y 1961; Jackson y Weakland, 1959 y 1961; Jackson y Watzlawick, 1963), el método de Virginia Satir de la Terapia Familiar Conjunta (Satir, 1964, 1965 y 1972); La Terapia Familiar estratégica de Jay Haley y Cloe Madanes (Haley, 1963, 1973 y 1974; Madanes, 1981 y 1984); La terapia Breve del MRI (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974; Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974; Fisch, Weakland y Segal, 1982; Weakland y Ray, 1995), la Terapia Familiar Estructural de Minuchin y Montalvo (Minuchin, 1974; Minichin y Fishman, 1982); La Terapia Familiar Sistémica de Milán (Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1978; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Cecchin, Lane y Ray, 1992, 2002 y 2003), la Terapia Breve Centrada en Soluciones de De Shazer y Berg (De Shazer, 1982 y 1985; De Shazer y Berg, 1985), la orientación cibernética de Keeney (Keeney, 1983; Keeney y Ross, 1986; Ray y Keeney, 1993), y las orientaciones posmodernas –narrativas de Lynn Hoffman, Harry Goolishian y Harlene Anderson, Michael White y otros (Anderson y Goolishian, 1988 Hoffman 1971, 1981 y 1994; White, 1989), Todos estos modelos de practica, surgen de la Teoría de la Comunicación o de las Interacciones, cada uno aplica principios de la teoría con diferencias de énfasis, en ocasiones leves y en otras significativas (p. 192).

2. Premisas teóricas de la terapia breve en resolución de problemas

Derivada de una gran tradición pragmática, el Modelo de Terapia Breve: Resolución de Problemas del *Mental Research Institute* conocido comúnmente como MRI envuelve un legado teórico importante y no podemos hacer menos, ya que corremos el riesgo de naufragar en la aplicación del modelo. Como bien menciona el gran pintor, escultor e inventor italiano “Leonardo Da Vinci “Los que se enamoran de la práctica sin la teoría son como los pilotos sin timón, ni brújula, que nunca podrán saber a dónde van “.

Una función de la teoría es la integración de los elementos imprescindibles de observación y acción en una forma sistemática. Desde el enfoque sistémico del MRI “no es más que un mapa conceptual que ayuda a entender y a tratar la clase de problemas que se les plantea a los terapeutas en su práctica cotidiana” (Fisch, Weakland y Segal, 2003, p. 24).

Dentro de las prácticas clínicas se encuentran dos roles, como terapeuta y cliente; Referente a este último; Milton Erickson (citado en Watzlawick, Weakland y Fisch, 2007) menciona que una persona busca algún tipo de psicoterapia para solucionar una insatisfacción en el presente.

La insatisfacción se presenta por primera vez en las dificultades indeseables de la vida, que pueden resolverse mediante actos de sentido común, sin necesidad de alguna capacidad especial para resolverlos. La insatisfacción evoluciona a problema cuando se enfocan mal las dificultades, convirtiéndolas en situaciones aparentemente insolubles; callejones sin salida, dando origen a una crisis, un desequilibrio que se mantiene, hasta la solución de dicho problema (Watzlawick et al., 2007).

2.1 Las dificultades de los clientes

Es común que las personas afronten de modo inadecuado las dificultades de la vida e incluso puedan persistir en tales errores, a pesar de que dichas formas de abordar las dificultades no funcionen. Pero estas actitudes ante las dificultades no son fortuitas, son consideradas por Fisch, Weakland y Segal como actitudes inadecuadas para afrontar las dificultades, no se deben necesariamente a personajes aislados o a defectos en la organización familiar. Se debe en mayor medida a que:

Las personas persisten por inadvertencia en actividades que mantiene vivos los problemas, y a menudo lo hacen con la mejor de las intenciones. En realidad, las personas pueden verse aprisionadas en esta conducta repetitiva incluso cuando son inconscientes de lo que están haciendo, no sirve para nada. (2003, p.34)

Según (Watzlawick, et al.) El Modelo de Terapia Breve mencionan tres formas en las que una dificultad puede convertirse en problema y se dan por enfocar o abordar de manera inadecuada las dificultades (2007, p. 61):

- a) Cuando se intenta una solución negando que un problema lo sea en realidad.
- b) Cuando se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable.
- c) Cuando se comete un error de tipificación lógica, al abordar el problema en un nivel distinto.

La primera forma inadecuada de abordar una dificultad es conocida como “las terribles simplificaciones”, y se derivan al estar frente a una situación en la que es preciso actuar y no se actúa, comportándose como si no existiera el problema. De ella se derivan dos consecuencias inmediatas; en la primera se reconoce el problema y se intenta solucionar, provocando una manifestación de locura o maldad, acorde a la principal premisa de la dificultad, “la no existencia del problema”. La segunda menciona que cualquier problema que implique un cambio se complica al abordar de manera equivocada el mismo problema, generando una creciente en el mismo sentido (Watzlawick et al., 2007).

La segunda forma inadecuada de abordar una dificultad es conocida como el “Síndrome de utopía” se trata de lo opuesto a las “terribles simplificaciones “. Se desencadena cuando la persona ve una solución donde no hay ninguna. Esta característica utópica es definida como el extremismo en la solución de problemas humanos, al creer tener la solución última y absoluta, lo cual propicia callejones sin salida, no logrando la distinción entre las soluciones y los problemas de forma clara (Watzlawick et al., 2007).

Siguiendo con Watzlawick et al., (2007) la tercera y última forma de abordar mal una dificultad se da al crear inadvertidamente una paradoja, por la autorreflexibilidad de la información, impactando en la comunicación, generando una situación lógica insostenible en la práctica, al

enfocar mal los niveles de acción a emprender, finalizando con los ya nombrados callejones sin salida.

La perspectiva del Modelo de Terapia Breve del MRI, se centra en tratar de resolver una dificultad de una forma equivocada; “al hacer más de lo mismo”, esta acción propaga un círculo que se autorregula por los fracasos de las soluciones intentadas, continuando a un nivel constante de gravedad, aumentando el sufrimiento y la dificultad, manteniendo la estructura del problema intacta (Watzlawick et al., 2007).

Como consecuencia de esta infructuosa forma de abordar el problema, el individuo y algunos implicados en esta estructura relacional buscan ayuda del terapeuta para cambiar la situación problemática (Fisch y Schlanger, 2002).

2.2 Tipos de cambio

Desde la perspectiva del cambio, el problema tiene dos posibilidades, en la primera el problema tiende a conservar su estructura a pesar de los esfuerzos por resolverlo y en la segunda el problema da un giro estructural en pro del cambio.

Al respecto Ochoa de Alda (1995) hace una distinción entre los dos tipos de cambio que plantea el equipo del Brief Therapy Center, para la resolución de problemas. El primero consiste en cambios dentro de la misma clase de soluciones intentadas, (Cambio 1) lo que contribuye en el mantenimiento del síntoma, contrario al Cambio tipo 1 se encuentra el Cambio tipo 2, el cual es la creación de una nueva clase de intentos de solución, lo que reduce o desaparece el síntoma.

La explicación que subyace al Cambio tipo 1, proviene del campo de las matemáticas y es sustentada por la teoría de los grupos propuesta por el francés Évariste Galois, quien afirma que los grupos deben tener cuatro propiedades: a) Todo grupo está compuesto por miembros, con características en común y el resultado de cualquier combinación u operación de los miembros del grupo resulta otro miembro del grupo, manteniendo la propiedad original del grupo. b) Todas las secuencias de operaciones, no importando el orden de combinación entre sus miembros, el resultado no altera al grupo. c) Todo grupo tiene un miembro de identidad, el cual constituye la base de la propiedad del grupo y la combinación con cualquier otro miembro del grupo da como

resultado el mismo miembro de identidad. La propiedad del grupo d) nos refiere que cada miembro tiene un recíproco y la combinación de cualquier miembro del grupo con su recíproco o con su opuesto da como resultado el miembro de identidad (Watzlawick et al., 2007).

La explicación que subyace al cambio tipo 2 es la teoría de los tipos lógicos propuesta por Whitehead y Russel (citado en Watzlawick et al., 2007) en la que hacen referencia a las “colecciones” por agrupación de características específicas comunes entre ellas. Uno de sus principales postulados menciona que “cualquier cosa que comprenda o abarque a todos los miembros de una colección, no tiene que ser miembro de la misma”. Con esta postura, la teoría de los tipos lógicos delimita las diferencias existentes entre miembro y clase, ya que una clase no puede ser miembro de la misma, así dentro de esta relación también se observan mutaciones de niveles lógicos cuando un miembro pasa a ser una clase, saltando a un nivel inmediatamente superior (de miembro a clase) provocando una transformación en el sistema.

Esta explicación se puede abstraer mejor con un ejemplo planteado por Watzlawick et al., (2007) en donde plantea con mayor precisión tal distinción entre cambio 1 y 2, en una estructura conductual:

Una persona que tenga una pesadilla puede hacer muchas cosas dentro de su sueño: correr, esconderse, luchar, gritar, trepar, etc. Pero ningún cambio verificado de uno de esos comportamientos a otro podrá finalizar la pesadilla. En lo sucesivo designaremos a esta clase de cambio como cambio 1. El único modo de salir de un sueño supone un cambio del soñar, al despertar (p.31).

El despertar ya no se considera como parte del sueño ya que es un cambio de estado completamente distinto, un giro de ciento ochenta grados, acciones totalmente diferentes al estado inicial, este tipo de cambio es nombrado cambio tipo 2, cambio para cambiar.

2.3 La cibernética en el cambio.

Las propiedades del cambio tienen sus orígenes en los principios cibernéticos de las máquinas. Según Ross Ashby (citado en Watzlawick et al., 2007):

La palabra (cambio), si es aplicada a una máquina, puede referirse a dos cosas muy diferentes. Existe el cambio de un estado a otro (...) que constituye el comportamiento de la máquina y que ocurre por su propio impulso interno, y

existe, por otra parte, el cambio de transformación a transformación... que constituye un cambio de su modo de comportamiento y que tiene lugar a capricho del experimentador o por algún acto externo (2007, p.30).

Sin duda dentro de la cibernética, así como en el comportamiento humano, el cambio está presente como una constante en cualquier ámbito. Teniendo en cuenta lo antes mencionado, es necesario resalta, las características de este fenómeno. Y “aunque nuestro claro propósito sea estudiar el cambio, y aunque sepamos que todo cambia, tenemos que estudiar cosas que parecen mantenerse invariables, y lo hemos de hacer en términos de cosas que nos imaginamos inalterables” (Weinberg, 1972, p.150).

2.4 Realidades del constructivismo

Los cambios dentro del comportamiento humano se efectúan en las realidades de cada sujeto, que bajo la perspectiva del constructivismo radical de Heinz von Foerster se estructura a partir de “como conocemos lo que conocemos” determinado por la exploración del mundo real impactando en el modo de cómo son las cosas realmente (Segal, 1994).

Para una explicación más amplia de estas premisas es importante profundizar en el tema, y quien mejor que Von Foerster (citado en Segal, 1994) para hacerlo.

Inventamos la realidad en lugar de descubrirla. Nos engañamos a nosotros mismo al dividir primero nuestro mundo en dos realidades -el mundo subjetivo de nuestra experiencia y el llamado mundo objetivo de la realidad – y en la adecuación de nuestra experiencia a un mundo que suponemos que existe independientemente de nosotros (p. 41)

Paul Watzlawick (2006) menciona que nuestro organismo, particularmente los sentidos nos proporcionan información del mundo, una imagen de la realidad que es factible comparar con aquella percibida por otras personas, lo que permite concordar en la percepción de esta realidad a la cual se le nombra realidad de primer orden.

En primera instancia todos compartimos esta realidad pero no nos encapsulamos en la misma y sus percepciones estándares, de tal modo que le asignamos un determinado valor y le atribuimos un significado, de esta transformación surge la llamada realidad de segundo orden considerada como el resultado de la formación de significados correspondientes a información que trae la

persona como normas, valores, creencias que forman nuestro mapa cognitivo en las sucesivas percepciones del mundo, por lo tanto por cada estimulación de los referentes externos, se adecuaran determinadas percepciones de la realidad resultado de acto experiencial, permitiendo ampliar o conservar la estructura conceptual del individuo en interacción (Cócola, 2017).

El constructivismo radical permite en el proceder clínico, la comprensión del significado que le atribuyen los pacientes a las cosas. Los supuestos sobre el problema enmarcado por la interacción, impactan en el como el terapeuta aborda y focaliza el suceso problemático, y a partir de diversas técnicas terapéuticas realizar cambios de sentido, con la única finalidad de redefinir el suceso problemático, creando una realidad funcional para el paciente (Nardone y Watzlawick, 1992).

2.5 Premisas prácticas de la terapia breve en resolución de problemas

El Modelo de Resolución de Problemas del *Brief Therapy Center* presenta una guía práctica, para generar un cambio dentro de la terapia en resolución de problemas. Guía que parte de la relación entre teoría y método, el cual está determinado por el contexto práctico encausando al terapeuta a la pronta resolución del problema del cliente (Freire, 1992).

Como parte de las premisas prácticas, es necesario hacer explícita la comunicación dentro de la interacción que se gesta entre los individuos en el presente, enfatizando la relación entre el portador del síntoma, los otros y su medio circundante, lo que permite palpar la comunicación en todos los niveles de relación (Ray y Watzlawick, 2006).

Es importante establecer las estructuras relacionales, ya que el modelo se centra en lo que la gente hace, información tangible y útil de un modo comportamental, permitiendo que el cliente haga una descripción de la secuencia de hechos para un entendimiento pleno de la interacción, es por eso que escuchar al cliente es de suma importancia, dado que permite saber que es importante para el cliente, en donde está parado y a donde ir; también hace que el terapeuta seleccione sus palabras para saber que contestar (Fisch y Schlanger, 2008).

Establecer las conductas que perpetúan un sistema de interacción permite conocer las acciones que realizan los pacientes para salir del problema, lo que es considerado como las soluciones intentadas, eje principal del trabajo terapéutico, donde se gesta la intervención terapeuta a partir

de acción deliberadas que alteren el funcionamiento deficiente en las pautas de interacción. La secuencia de problema/ intentos de solución, son fundamentales a la hora de hacer terapia, pues representan el circuito interaccional que el terapeuta debe interrumpir (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974).

Las premisas del modelo de terapia breve en resolución de problemas no son improvisadas, se fundamentan a partir de muchos años de estudio dentro de la terapia breve. Bárbara Anger Díaz, Karin Shlanger, Claudia Rincón y Alicia Becerra (2003) mencionan que interrumpir el circuito problema/intentos de solución implica poner en marcha las siguientes premisas prácticas del Modelo de Terapia Breve:

1.- No- Normatividad: no hay maneras pre-concebidas de cómo debe comportarse los clientes; no se maneja la perspectiva dicotómica, correcto - incorrecto.

2.- No- Patologización: no se clasifican las conductas en entidades o constructos psicopatológicos.

Ambos principios se gestan desde la diversidad inicial de su creación: las bases cibernéticas, antropológicas y la moderna epistemología constructivista. Considerando la interacción entre sujeto y realidad, para la construcción del problema (Nardone, 2002).

El modelo del MRI no hace un análisis profundo de las causas del problema, sino de la estructura cíclica que se desencadena por los intentos de solución, que están determinados por los mecanismos de acción y retroacción, que son desencadenados y mantenidos por las soluciones. (Nardone y Watzlawick, 1992) por lo que el objetivo principal de la terapia se enfoque en la ruptura de estos intentos de solución, dejando de hacer lo que se está haciendo para resolver el problema; de tal modo que la solución consiste en hacer que el problema se disipe en lugar de esforzarse por superarlo (Fisch y Schlanger, 2002).

Otra constante del modelo consiste en que el terapeuta no juzga si el actuar del cliente es correcto o incorrecto, si es legítima una queja, o no; cada persona es única, cada problema, cada circunstancia es el mejor ejemplo de cómo se constituye, se mantiene y se resuelve el problema (Fisch y Schlanger, 2002).

Bajo la constante de cada problema es único, se gesta el principio que le da complejidad al modelo “cada caso es su mejor explicación” debido a que el esquema táctico es uno y el mismo para todos los problemas, pero su aplicación depende de las particularidades / especificidades de cada caso (Clara Solís, Comunicación personal, 2017).

2.6 Esquema técnico de la terapia breve en resolución de problemas

Una vez puestos sobre la mesa los principios de la buena práctica del modelo de resolución de problemas del *Mental Research Institute* (MRI), es preciso describir algunos aspectos importantes en el desarrollo y la estructura de la técnica utilizada en terapia por Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin (1974) para lograr desbloquear al paciente.

1.- Introducción a la modalidad de tratamiento.

Los pacientes son aceptados sin ninguna preselección, la cita se realiza a través del contacto telefónico, por medio de la secretaria, quien proporciona un formulario para cubrir información demográfica básica; al finalizar son llevados a la sala de tratamiento. El terapeuta les plantea las disposiciones organizacionales, como el uso de grabaciones en audio y video que potencializan el tratamiento terapéutico con un número máximo de 10 sesiones por caso; eso ayuda a establecer una expectativa positiva para el cambio. Toda esta explicación técnica está respaldada por un documento impreso en donde se plantean todos los puntos relevantes para la terapia, nombrado “consentimiento informado” el cual tiene que ser firmado por el cliente para, demostrar que le fueron mencionados y planteados antes de iniciar formalmente la sesión, con la finalidad de evitar cualquier mal entendido en el ámbito personal y legal; con la firma del paciente como prueba de esto, se inicia formalmente la primera sesión.

2.- Definición del problema

La focalización del tratamiento es sintomática, por ello, es primordial obtener una afirmación clara y precisa del problema en cuestión, este se obtiene preguntando ¿Cuál es el problema que lo trae hoy aquí? Si en la respuesta se obtiene varias quejas, es necesario acotar preguntando ¿Cuál es la más importante?; es preciso señalar que el inicio se da desde donde el cliente esta.

A pesar de un inicio terapéutico exitoso, obteniendo del cliente respuestas en términos de conductas concretas, en muchos de los casos la respuesta dejará algunas dudas sobre el problema presentado, por lo que es necesario realizar preguntas adicionales para definir con mayor claridad los puntos clave para el tratamiento como:

- ¿Qué hace usted debido a su problema? ¿Qué quiere dejar de hacer o hacer de una manera diferente?
- ¿Qué le gustaría hacer?
- ¿Qué le impide hacerlo?

La mayoría de preguntas tienen una doble función, por un lado despeja el panorama inmediato sobre las acciones realizadas para hacer frente al problema y por otro lado presentan las metas del tratamiento.

A pesar de algunas preguntas adicionales sobre la construcción del problema, es común encontrarse con clientes difíciles inicialmente, para tal efecto es importante no aceptar las afirmaciones como informativas, hay que continuar preguntando, hasta que el terapeuta o si no el paciente formulen un cuadro conductual concreto del problema.

3.- Estimación de las conductas mantenedoras del problema

Como parte de la visión interaccional que aborda el modelo, es importante puntualizar que “la conducta problema solo persiste cuando es forzada repetidamente en el curso de la interacción social entre el paciente y otra agente significativa” (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974, p.9). De manera paralela el paciente y aquellos que se esfuerzan por ayudar con el problema de forma “lógica”, propician el mantenimiento o exacerbación del problema. Para tener en claro este tipo de situación. Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin (1974) relatan un ejemplo que delinea este tipo de acción.

La mujer que regaña a su esposo y esconde la botella en sus esfuerzos por protegerlo del problema del alcohol y tiene éxito solamente en mantener continuamente en la mente de él el beber más de la cuenta; el esposo indulgente quien nunca critica a su esposa hasta que ella siente que él no se preocupa en absoluto de ella, sea lo que sea que ella haga, hasta que se deprime – y él comprende esto también (p .9)

Dependiendo el caso y las circunstancias, es posible observar conductas que refuerzan el problema con menor medida, dado a que son muy sutiles o complejas conductas no verbales, acompañadas por contradicciones en las afirmaciones y las acciones. Otra variable que puede tener gran peso es la influencia del terapeuta, que condicionan al cliente a aceptar estándares culturales de lógica sin analizar o cuestionarse si las cosas realmente funcionan así.

En la práctica, el terapeuta pregunta al cliente o a cualquier miembro de la familia ¿Cómo han estado intentando, o como tratan el problema? Solo este tipo de preguntas puede llevar al terapeuta a enfocar que cosas se mantienen haciendo mal. Si no se realizan más de estas preguntas, apuntando siempre a conductas concretas, es posible continuar la conversación con mayor detalle y de la forma más empática posible, ya que el objetivo inmediato del terapeuta es obtener bastante información para saber que está ocurriendo, esto se logra con la cooperación y se obtiene al no confrontar a la gente con sus errores.

El tratar un problema requiere establecer prioridades, para actuar rápido y eficiente a partir de la observación y la experiencia, que será la principal guía para juzgar que comportamiento parece crucial en la mejora del paciente, acorde a la estructura de las soluciones intentadas.

4.-Establecimiento de las metas de tratamiento

El tener presente una meta genera motivación, ya que permite observar que el cambio es posible en el tiempo asignado, también sirve para que el terapeuta y el paciente tengan un criterio de cumplimiento de tratamiento; para que esto sea posible es necesario obtener metas claras en términos de conductas concretas y observables, para minimizar la incertidumbre o malentendidos posteriores.

Para ir poco a poco encaminado a la meta es necesario, establecer metas cortas, algo mínimo, estableciendo preguntas como ¿Qué conducta indicaría que ha dado un paso definitivo hacia adelante con respecto a su problema?

A pesar de algunas preguntas un tanto direccionales, los clientes con frecuencia continúan su relato de manera general o con metas utópicas; para este tipo de respuestas es necesario invertir el camino, trayéndolos a tierra, sugiriendo metas que están bastante alejadas incluso para ellos. Esta postura implica de nuevo no contradecir al cliente, aceptando su ofrecimiento y aumentarlo con miras al cambio.

Para tener da manera explícita el tipo de maniobras comentadas en el párrafo anterior es necesario ejemplificarlo a través de un caso clínico plateado por Weakland et al. (1974).

Un estudiante que estaba ya alrededor de los 25 años y aún estaba siendo mantenido por su madre nos contó que estaba estudiando “antropología filosófica” con miras atraer la luz de India y China a tener efecto en Occidente. Sin embargo, también mencionó algún interés en asistir a una conocida escuela de música Hindú. Se le hizo notar entonces que esto representaba un objetivo bastante limitado comparado con su preocupación por unir la espiritualidad de India con el comunismo práctico de China y usar ambos para construir la sociedad Occidental. Entonces él dijo que, puesto que no lo estaba haciendo bien en sus estudios y que estaba corto de dinero, si pudiera asegurar una educación y realmente aprender música hindú, esto podría ser un cumplimiento suficiente para el presente (p .10).

Usualmente tenemos éxito en el establecimiento de las metas explícitas y apropiadas para el problema, pero hay excepciones y sucede que en algunos casos no se consigan dichas metas, esto puede deberse a que el cliente insistió en mantener metas vagas e inverificables o el cliente se adhirió a metas que el estableció, aun cuando fue catalogada por el terapeuta como inapropiada para el problema. Esto no invita a una discusión entre las partes, sobre las metas, pero si es necesario que el equipo terapéutico y el terapeuta converjan, y establezcan que clase de conductas ejemplifican mejor los cambios positivos para el paciente desde la perspectiva del problema.

Uno de los objetivos inmediatos dentro de la secuencia estructurada de la sesión, es establecer una meta definitiva, se recomienda que se obtenga para la segunda sesión, pero puede tomar más tiempo, es por eso la necesidad de revisar ocasionalmente la meta o añadir una meta secundaria de acuerdo a la secuencia de la sesión y a las necesidades del caso.

5.- Seleccionando y haciendo intervenciones.

Ya establecida la meta, así como el cuadro de la conducta actual del problema y la conducta diferente que podría conducir a la meta específica, el acto siguiente es la intervención, la cual se implementa desde el contacto con el cliente y se mantienen en el continuo intercambio de información que el cliente y terapeuta sostienen. El terapeuta estructura las intervenciones

conforme a las metas establecidas previamente, realizando maniobras de reencuadre y prescripciones conductuales con la finalidad de promover el cambio.

5.1.- Cambio y Reencuadre

El acto del reencuadre se da en gran medida por la interpretación de los pacientes ante su propia conducta o la de los otros, continuando con sus dificultades, lo que nos obliga a redefinir el significado o las implicaciones atribuidas a la conducta; afectando directamente a las actitudes, respuestas y relaciones.

La implementación del reencuadre puede parecer un intento de impartir un *insight*, pero este no es nuestro objetivo, la promoción del *insight* se gesta en la ayuda del terapeuta para que el cliente reconozca la verdad. Esto no es nuestro objetivo ni materia de acción. La diferencia radica en que la acción es dirigida a una redefinición de la conducta que promueve la dificultad del cliente por otra que promueva la estabilidad o armonía.

5.2.- Uso de características idiosincrásicas y motivación

En la práctica del tratamiento intentamos determinar qué aspectos o características rodean al paciente, con la finalidad de impregnarnos de su contexto para percibir o igualar sensaciones de vida como: donde vive, cree en la magia, aborrece a los expertos, no le agradan los desafíos, o lo que sea. Todas estas características describe la forma en cómo opera el cliente ante diferentes situaciones y accionar no es visto como obstáculo o deficiencia sino como herramientas potenciales para intervenciones útiles.

Por ejemplo algunos clientes se inclinan en desafiar terapeutas, a pesar de su requerimiento de ayuda, desde esta perspectiva tal acto es difícil de entender, pero puede ser explicado por un historial de tratamiento sin éxito, con varios años de tratar de entender explicaciones o tratar de seguir instrucciones. En tales casos el terapeuta debe insistir en que su problema no puede ser resuelto y el tratamiento a lo más puede ayudar a sopórtalo. Tal planteamiento promueve la probabilidad de que el paciente anule su postura ante la posibilidad de la mejoría.

5.3.- Cambio de conducta dirigido

El cambio de conducta dirigido es promovido a través de instrucciones, las cuales son más efectivas si están cuidadosamente encuadradas y estructuradas de forma indirecta. Por ejemplo un

paciente que evita hacer demanda a otros en sus relaciones personales, no se le va a pedir que deje de hacer estas demandas, por el contrario se le puede pedir que solicite de forma específica, en cualquier estación de servicios algún tipo de servicio, donde usualmente es gratuito y que ofrezca un billete como pago. Este ejemplo también puede ser utilizado para ilustrar la asignación de tareas en casa, dichas acciones pueden tener diferentes finalidades de acuerdo a cada caso, pero el punto más relevante de las tareas es la ejecución de las mismas en la vida real, fuera del consultorio.

5.4.-Las instrucciones paradójicas

Las instrucciones paradójicas tienen que ver con la prescripción de la conducta que parece contraria a la meta a alcanzar, con la finalidad de moverse hacia ella, esto regularmente es visto como contrario a lo esperado, dándole una connotación ilógica.

La técnica de la prescripción paradójica es usada con mayor frecuencia en los casos que se sometan a la “prescripción del síntoma” con el fin de que la conducta indeseable disminuya o se controle; por ejemplo en los casos donde los clientes se quejan de síntomas físicos como; insomnio, jaquecas o problemas nerviosos, que pueden durar semanas enteras se recomienda al cliente esforzarse para que el síntoma aumente, en periodos específicos de tiempo, espacio y contexto. Para que el cliente este motivado a realizar dicha acción es necesario empatía y una estrategia bien elaborada que invite a la puesta en práctica de dicha tarea.

En la práctica, tal preinscripción disminuye el síntoma, lo que es deseable para el cliente, y si se lograra el efecto contrario también sería deseable, dado a que ha puesto en práctica la tarea sugerida por el terapeuta y el resultado altera al problema, que en un inicio era visto como inalterable. Es recomendable siempre ser capaz de ofrecer al cliente un doble vínculo terapéutico, para promover el progreso, sin importar las quejas o inconvenientes de los clientes.

La técnica de la paradoja puede ser usada a nivel de relaciones familiares, en problemas de interacción o en cuestiones más generales, dentro de la terapia, por ejemplo cuando se le sugiere al cliente “ir lento” en el inicio del tratamiento y en el trascurso de las sesiones, se enfatiza la mejoría pero con un semblante de preocupación, afirmando que las cosas van muy rápido, advirtiéndole al cliente del peligro de la mejoría. Tales advertencias y recomendaciones paradójicas promueven mejorías rápidas, debido a que aparentemente se reduce cualquier ansiedad al cambio e incrementa la motivación del cliente por hacer bien las cosas.

Es importante señalar que cuando el terapeuta observa mejoría apresurada del paciente, después de reconocer este cambio, se puede anticipar una probable recaída, esto con la finalidad de incrementar el control posterior del síntoma, redefiniendo tal acto como un avance.

Otra actividad paradójica desarrollada dentro de la sesión es cuando tomamos la postura “*one down*” de ignorancia o confusión. Al implementarlo, un elemento persuasivo es creado, por el hecho de que solo es puesto en práctica de forma tentativa a partir de preguntas en lugar de órdenes directas; bajo esta acción, los pacientes aceptan y realizan las directivas con mayor frecuencia cuando evitamos una posición alta o fuerte.

5.5.-Utilización de la influencia interpersonal

Aunque en gran medida dentro de la práctica terapéutica solo se incluye directamente a un terapeuta y un paciente, es una constante utilizar las relaciones interpersonales, debido a que concebimos al problema como un sistema de relaciones y conductas que son mantenidas por la familia, amigos o algún contexto específico; Por lo tanto es necesario tener en cuenta que en cualquier intervención hecha con el paciente se deben tener presente las repercusiones que se suscitan en miembros de interacción.

De la forma que sea, puede ser útil cualquier tipo de intervención en alguna parte del sistema y con frecuencia es fructuoso concentrar nuestros esfuerzos en algún otro individuo en lugar del paciente.

Por ejemplo cuando un niño es el referente del problema, por lo general vemos a la familia completa una o dos sesiones, posteriormente vemos a los padres para trabajar el manejo del niño y sus propias interacciones. También en las parejas se trabaja en primera instancia con ambos y posteriormente con quien sea considerado por el terapeuta. Lo principal es que una intervención efectiva en cualquier parte del sistema produce cambios en todo el sistema. Pero de acuerdo a cada caso y a la situación una persona u otra pueden ser más accesibles a la influencia y desde luego al cambio.

El observador y el terapeuta también constituyen parte del sistema de interacción, con frecuencia es usada esta posición para facilitar el tratamiento, cualquiera que sea el curso de acción que el cliente tome. Las estrategias de interacción entre terapeuta y observador pueden producir cambios rápidamente aun con pacientes supuestamente difíciles.

Todas estas técnicas de intervención se utilizan para maximizar el impacto que tiene el terapeuta en el cliente. Quizás habrá quien rechace o critique tales intervenciones y las catalogue como manipuladoras. Para estas posturas es indispensable argumentar que:

- 1.- La influencia es el elemento inherente en todo contacto humano.
- 2.- El funcionamiento del terapeuta incluye este hecho de la vida “la influencia”, pero aparte es un especialista en dicho tema.
- 3.- La responsabilidad principal del terapeuta es buscar y ampliar medios de influencia efectivos y apropiados al caso.
- 4.-El terapeuta debe hacer elecciones de que decir y hacer e igualmente que no decir y que no hacer.

El curso de acción fundamental es reconocer la necesidad, de intentar cualquier medio de influencia que sea juzgado, el más promisorio posible, aceptando la responsabilidad de las consecuencias

6.- Terminación del tratamiento

Ya sea que los casos hayan llegado al límite de diez sesiones o las metas sean alcanzadas, regularmente se realiza una revisión del curso del tratamiento con el cliente resaltando y puntualizando cualquier logro obtenido dándole todo el crédito por dicho acto y poniendo en la mesa cualquier tema que no ha sido resuelto. También es necesario hablar sobre el probable futuro, comúnmente con el consentimiento del cliente, se mantiene una conexión a través de entrevistas de seguimiento que se realizan alrededor de tres meses. En estos contactos se manifiestan sugerencias positivas, tomando como referencias mejorías anteriores. Es necesario remarcar al cliente que el tratamiento no estaba encaminado a conseguir soluciones finales, sino puntos de inicio donde ellos puedan construir posteriormente.

Hay diversidad en la terminación del tratamiento, como se ha manifestado en anteriores ocasiones todo depende de las necesidades de cada caso. Algunos ejemplos de posturas de clientes, por mencionar algunos, es el clásico negativo que tiene dificultades para reconocer la ayuda de alguien, o los que les gustan los desafíos; para estos podemos tomar una línea de conducta opuesta, minimizando cualquier resultado positivo y expresando incredulidad en cualquier progreso futuro.

En cualquier caso nuestro objetivo es el mismo, expandir la influencia que se ejerce en el cliente más allá del periodo de contacto actual.

Otros pacientes tienen progresos pero parecen inseguros de estos y preocupados por la terminación. Es recomendable en estos casos terminar sin terminar, esto se refiere a que se han cumplido lo suficiente como para terminar, pero solo puede ser juzgado a partir del día a día durante un periodo de tiempo, por lo tanto es necesario detener el tratamiento y guardar en el banco diez sesiones, disponibles para ser utilizadas si el paciente encuentra alguna dificultad posteriormente, con estas especificaciones el cliente se va más tranquilo y no lo volvemos a ver.

3. Funcionamiento del programa de servicio social “Atención Psicológica Breve para el público en general”

En esta unidad se hace una descripción de actividades realizadas durante la estancia en el programa de servicio social “*Atención psicológica breve para el público en general*”, en el periodo que comprende del mes de febrero, al mes de diciembre del 2015, teniendo como sede de trabajo la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Tamaulipas. El programa proporciona consultas abiertas de psicología al público en general, esto incluye tanto a población externa como a la comunidad universitaria, teniendo como eje técnico el modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas del *B T C* del *M R I*.

-Objetivos de la institución

Impulsar el desarrollo profesional y humano del pasante, mediante el compromiso social, activo y solidario en la solución de problemas o necesidades del país, a través de actitudes cívicas, críticas y propositivas en favor de la consolidación de cuadros de excelencia humana, como base para un futuro próspero de la nación.

Misión de la carrera de psicología de la FES- Zaragoza

La carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, tiene la misión de formar profesionales de la Psicología que favorezcan el desarrollo de individuos, grupos, organizaciones y comunidades con el propósito de incidir en el mejoramiento de su calidad de vida, a partir de una formación integral, sustentada en principios éticos, con una perspectiva reflexiva y constructiva del entorno nacional y mundial que les permita planear, evaluar, investigar e intervenir con fines de prevención, orientación, rehabilitación y promoción.

Visión de la carrera de psicología de la FES- Zaragoza

La carrera de Psicología se proyecta como un ámbito institucional donde se forman profesionales de la psicología con alta calidad académica, compromiso social para abordar los problemas nacionales y actitud de respeto al medio ambiente; incorpora innovaciones pedagógicas,

tecnológicas y científicas, encaminadas a enriquecer el aprendizaje, la producción y la difusión del conocimiento; forma parte de redes interinstitucionales que le permiten el intercambio y la movilidad de estudiantes y docentes, así como participar en proyectos multidisciplinarios a nivel nacional e internacional; cuenta con un sistema de evaluación permanente que le permite responder y vincularse oportunamente a su entorno.

3.1 -Objetivos del servicio social

Los objetivos generales del programa de servicio social de la Licenciatura de Psicológica son los siguientes:

- a) Promover el establecimiento de programas de servicio social, mediante convenios con diferentes instituciones, que garanticen el desarrollo de competencias propias de la psicología.
- b) Promover los programas de servicio social adscritos a Psicología Zaragoza, en la comunidad académica de la Carrera (alumnos y docentes).
- c) Difundir la convocatoria de fechas de registro y requisitos a cubrir en los programas nuevos de servicio social, así como para los de renovación.
- d) Orientar a los alumnos, en cuanto a sus derechos y obligaciones concernientes al desarrollo del servicio social.
- e) Impulsar en los alumnos el desempeño de sus actividades, con apego a las normas y valores del sector social en el que realizan su servicio social.

-Objetivos específicos del programa “Atención psicológica breve para el público en general”

Los participantes adquirirán y aplicarán el modelo de terapia breve: resolución de problemas del centro de terapia breve del *Mental Research Institute* (M.R.I.), para brindar el servicio psicológico a quien así lo solicite en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Tamaulipas de la FES Zaragoza - UNAM. Para ello se trabajará bajo un modelo de formación centrado en el desarrollo de tres habilidades: conceptuales (entender y explicar lo que hacemos), perceptuales (distinciones según el modelo) y de ejecución (preguntas, modulación de voz, estructura para obtener información).

3.2 Estructura del programa de servicio social “Atención Psicológica Breve para el Público en General”

Las actividades del programa consisten en:

- Brindar consulta de psicología clínica a los usuarios de los servicios de salud de la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Tamaulipas.
- Elaboración de material didáctico para la enseñanza de la terapia breve.
- Trabajo administrativo, a partir de la apertura y actualización del expediente clínico por usuario atendido, control de agenda de citas, asignación de citas, coordinación de grupos de trabajo y control del pago del servicio.

Tareas realizadas

- Administrativas
- Didácticas
- Clínicas

Descripción de actividades

- **Tarea Administrativa:** Coordinación de la lista de espera de usuarios; se opera cuando el usuario no es atendido en el momento de solicitar el servicio, así que se le pide su nombre, número telefónico y horario de contacto; para que cuando hay un sitio disponible se le llame para darle una cita. La dinámica interna implica asignar el caso a algún miembro del equipo, según su disponibilidad.

Una vez que los usuarios reciben el servicio de psicología se abre su expediente clínico y realizar el pago del servicio, lo que implica que el pasante acompañe al usuario en todo este proceso.

- **Tarea didáctica:** De manera directa se digitalizaron dos textos, se hizo una traducción de una entrevista y se elaboró la base de datos de los usuarios del servicio social del año que va de 16 de Febrero al 9 de Diciembre de 2015.

- **Tarea clínica:** son todas aquellas tareas que se realizaron para aprender el modelo de terapia breve resolución de problemas.

Las tareas clínicas se componen por:

- Sesiones clínicas: Las sesiones como terapeuta pueden ser en la cámara de observación o en cubículos individuales, dependiendo de la habilidad del pasante y la complejidad del caso.
- Observación de sesiones clínicas: La supervisora del programa atiende a los usuarios en la cámara de observación y los pasantes observan las sesiones para modelar la entrevista clínica.
- Supervisión de casos clínicos: Es la retroalimentación que hace la supervisora del programa al pasante, en tiempo real, cuando la entrevista clínica se lleva a cabo en la cámara de observación o a posteriori cuando se comenta el caso o se analiza la transcripción de la sesión.
- Transcripciones de sesiones clínicas: Consiste en realizar un documento digital de las sesiones en audios grabados, con la finalidad de realizar un análisis de la ejecución del pasante en la entrevista clínica, es un método directo para corregir la ejecución clínica.
- Talleres: se refiere a la asistencia a talleres de actualización profesional, para conjuntar la práctica clínica y a las premisas teóricas del modelo.
- Lecturas: Se realizan lecturas de artículos, libros, casos clínicos del modelo de terapia breve de resolución de problemas, que apoyan el quehacer terapéutico.
- Archivo de audios: Se realiza una base digital de los audios grabados de las sesiones, organizadas en carpetas por fecha, número de sesión, paciente y terapeuta, para un estudio detallado de las sesiones.
- Aplicación de pruebas psicométricas: Para una evaluación integral se realizan pruebas psicológicas, en los casos que así lo requieran.

LA ENTREVISTA INICIAL

La atención a pacientes se organiza en equipos terapéuticos con cinco integrantes que rotan los siguientes roles:

- Terapeuta: Se muestra como el que dirige la sesión terapéutica.
- Coterapeuta: es el apoyo directo del terapeuta durante la sesión, y se encuentra al costado del terapeuta, frente al paciente.
- Coordinador de tareas: su labor consiste en proponer la tarea asignada de acuerdo a las características del caso.
- Creativo: su labor consiste en aportar ideas que se destaquen por tener un sentido distinto al del resto del equipo, esto con la finalidad de expandir las posibilidades de acción.
- Relator: es la persona que se encarga de transcribir los audios grabados de las sesiones clínicas, permitiendo un análisis posterior con mayor nivel de detalle.
- Tomador de datos: Es aquel que llena los datos sociodemográficos de los pacientes, además de recibir los tickets de pago del servicio sesión a sesión.

Como primer acto, el equipo se pone de acuerdo para definir los roles de cada miembro, posteriormente se asigna y se prepara una de las cámaras de *Gesell* para la atención clínica, simultáneamente otro miembro del equipo terapéutico, se presenta con el cliente, realiza la apertura del expediente clínico y la firma del consentimiento informado¹, una vez ejecutadas estas acciones el usuario pasa a la cámara de observación, se proporciona al cliente la forma de trabajo y se inicia el desarrollo de la entrevista clínica de acuerdo al esquema técnico del modelo de terapia breve de resolución de problemas del CTB, lo que permite una secuencia estructurada y definida.

PRE-SESIÓN

En esta fase dura aproximadamente 5 min y es previo a la sesión con el cliente. El terapeuta y coterapeuta se reúnen con el equipo y se resaltan los puntos importantes del caso que hasta el momento se conocen. Como quien pidió la consulta, el supuesto problema, acude con alguien o

¹ El consentimiento informado es la evidencia física de que un paciente ha recibido la información adecuada a las necesidades que tiene él, la cual debe de ser proporcionada al paciente sin tecnicismos (Galván, Huerta, Galindo, Barrientos y Morales, 2016).

solo, la edad del usuario y se plantea algunas observaciones que se pudieran resaltar en la sesión, de acuerdo a casos previos con algunas características en común.

SESIÓN

Consta de 30 minutos e inicia con el desarrollo de adaptación del cliente. En este proceso el cliente y el terapeuta conversan prestando atención recíproca y aceptan la concepción del mundo del otro como válida, valiosa y significativa (De Shazer, 1997).

Posteriormente se procederá plantear el esquema de trabajo y el consentimiento informado. Una vez agotados estos puntos se realizan preguntas estratégicas que brindan información específica que ayudan a puntualizar la estructura del problema, como ¿Cuál es el motivo de consulta? ¿Cuál es la persona más perturbada por el problema? ¿Quién toma las decisiones en la familia? ¿Cuáles las relaciones que prevalecen entre sus miembros? En general las preguntas y respuestas tienden a esclarecer las descripciones del cliente (De Shazer, 1989).

En las sesiones subsecuentes se plantean diferentes estrategias, a partir de la sesión inicial, dejando de lado el consentimiento informado y las preguntas iniciales de exploración del problema para pasar a preguntas más concretas en virtud del cambio e intervención.

Cada nueva sesión parte de la planeación de las sesiones anteriores, basándose en la información establecida en la postsesión y en la presesión con el fin de maquilar intervenciones estratégicas para una pronta resolución del problema.

INTERSESIÓN

Consta de 10 minutos en los que el terapeuta y el coterapeuta proporcionan al equipo las señales conductuales, las interacciones, la postura del cliente y las metas para diseñar una intervención.

Esta disposición permite al equipo operacionalizar los conceptos concurrentes de isomorfismo y cooperación. Una vez planeada la intervención, el terapeuta y coterapeuta retornaran a la habitación para cerrar la sesión (De Shazer, 1989).

CIERRE DE SESIÓN

El cierre de sesión se efectúa en aproximadamente en 5 minutos y es el retorno del terapeuta con el cliente manejando información que el equipo sugiere, a través de un resumen de la sesión, validación y normalización de algunas pautas de interacción, suministrando nuevos marcos de referencia, y por ultimo una prescripción o tarea (O'Hanlon y Weiner - Davis, 1990).

POSTSESIÓN

Una vez que el cliente o la familia han partido, el equipo se reúne al fin de evaluar sus respuestas inmediatas al mensaje y predecir el tipo de respuesta frente a la tarea que se le asignó en la próxima sesión.

El quipo indica que ha observado y predecirá la probabilidad de ciertos cambios en la pauta que dio motivo a la consulta, así como algunos cambios en la próxima sesión (De Shazer, 1989).

En la figura 1 se presentan las fases del proceso del programa de “Atención psicológica breve para el público en general, así como los formatos que integran el expediente clínico psicológico para cada fase.

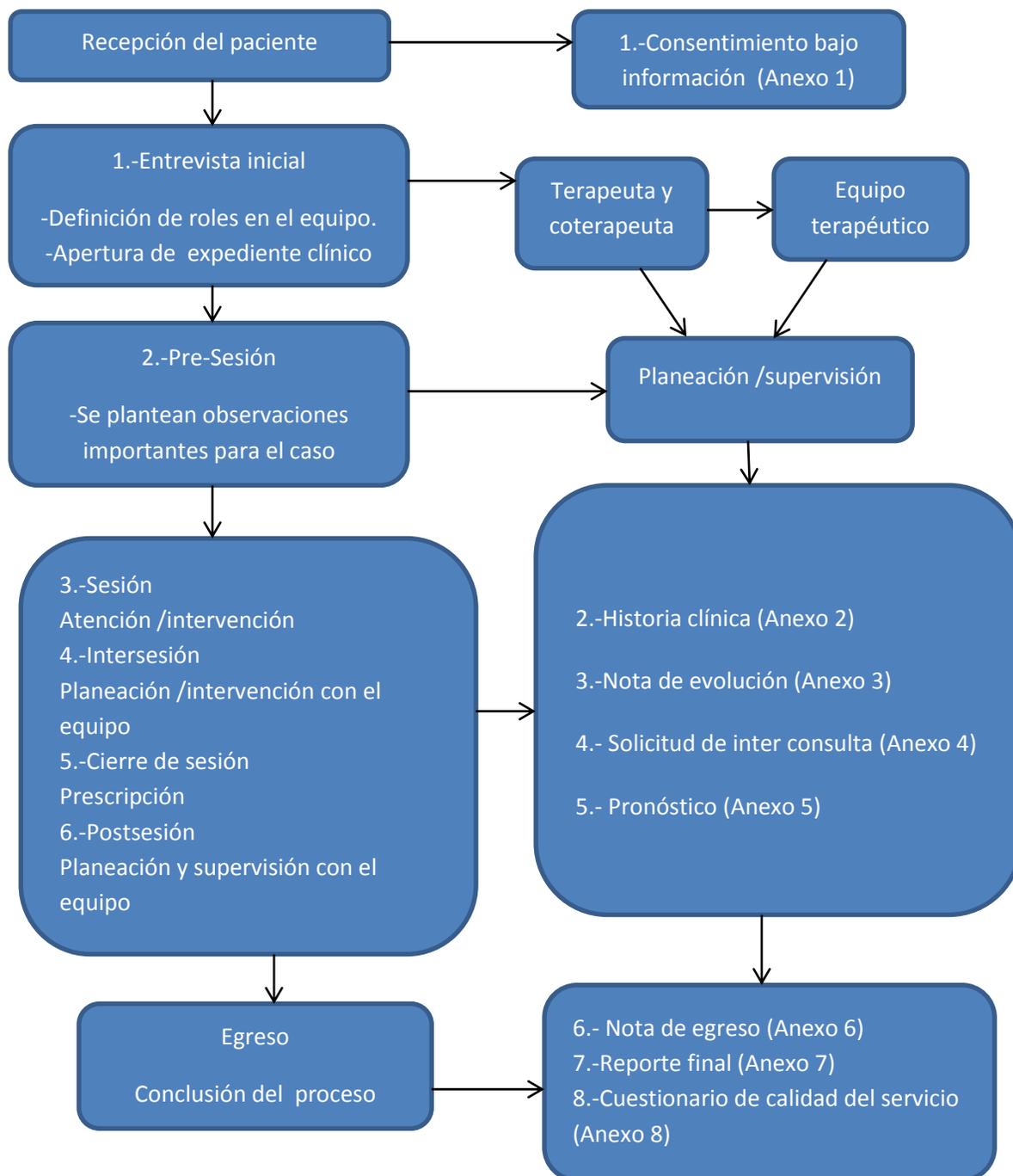


Figura 1. Fases del proceso de psicoterapia en la CUAS- Tamaulipas.

4. Ejemplo operativo de actividades realizadas en el programa de “Atención psicológica breve para el público en general”

La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, poco después de su fundación en 1976, en aras de la investigación, el proceso enseñanza aprendizaje y el servicio a la comunidad, instaura ocho clínicas periféricas, que favorecen la atención multidisciplinaria sobre el marco de la buena práctica y el servicio a la comunidad. - Facultad de Estudios Superiores Zaragoza - Universidad Nacional Autónoma de México- (FES-Z, UNAM, 2012).

Las clínicas están distribuidas, una en el Campus 1 de la Fes Zaragoza y siete en Estado de México donde se llevan a cabo prácticas profesionales de la salud con pacientes y en escenarios reales, permitiendo la integración de la docencia con el servicio de atención médica, odontológica, psicológica, enfermería y bioquímica, en marcadas en protocolos de protección humanística con ética y compromiso social FES-Z UNAM (2012).

Durante cuatro décadas, la FES Zaragoza ha mantenido un estrecho contacto con la comunidad a través de los servicios que se otorgan en sus clínicas. La cantidad de atenciones rebasa las cien mil anualmente; cifras y acciones que innegablemente otorgan beneficios a pacientes usuarios de los servicios, a los alumnos y a los académicos que se conjuntan en el día a día en estos espacios FES-Z UNAM (2012).

Las clínicas de atención a la salud ofrecen servicios de calidad a bajo costo, convirtiéndose en una opción para los habitantes de las colonias de bajos recursos, ya que la mayor afluencia de usuarios son originarios de tres principales municipios Iztacalco en la CDMX; Nezahualcóyotl y Los Reyes la paz en el Estado de México (Robles, 2004).

Como parte de los servicios de salud que se ofrecen en las CUAS, se opera el programa de servicio social de “Atención psicológica breve para el público en general” en el cual se colaboró de Febrero a Diciembre del 2015 con un total de 88 pacientes.

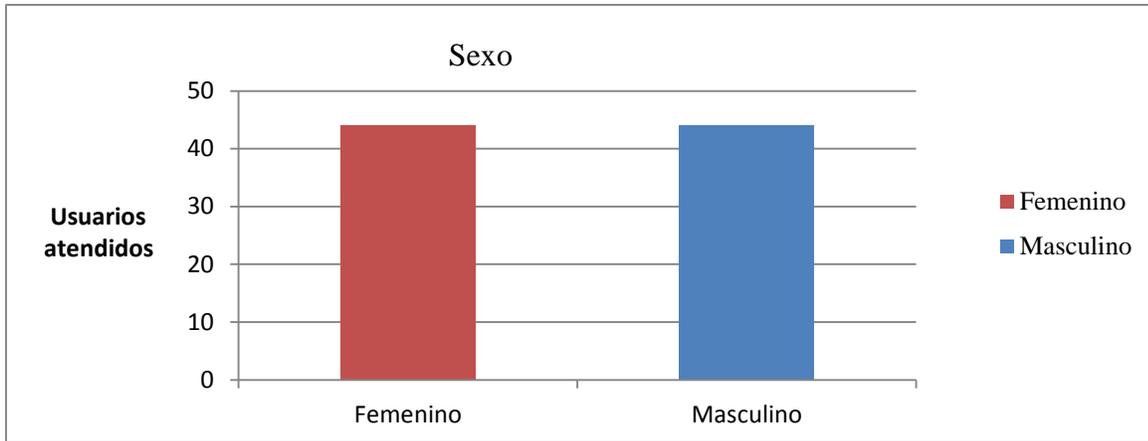


Figura 2.- Población atendida en el programa “ATENCION PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PUBLICO EN GENERAL por sexo.

En la figura 2 se presenta el total de la población atendida en el programa de atención psicológica breve, con un total de 44 féminas y 44 varones, observado una demanda proporcional de acuerdo al sexo.

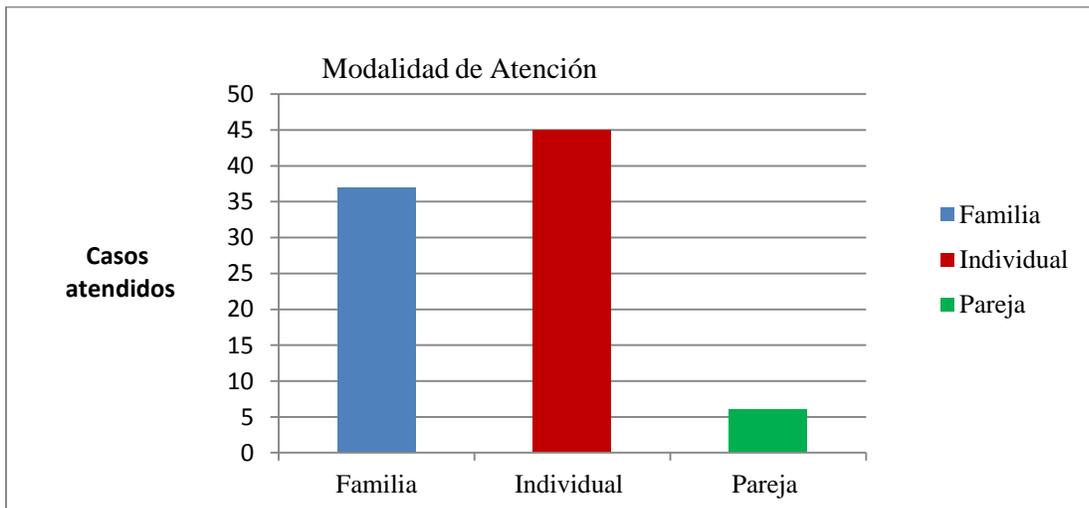


Figura 3.- Atención clínica en sus tres modalidades de atención: familiar, pareja e individual durante el servicio “ATENCION PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL”.

En la figura 3 se observan los casos con mayor frecuencia, en primer lugar se encuentran los casos individuales con 45, seguidos de los familiares con 37 y por último las parejas con 6.

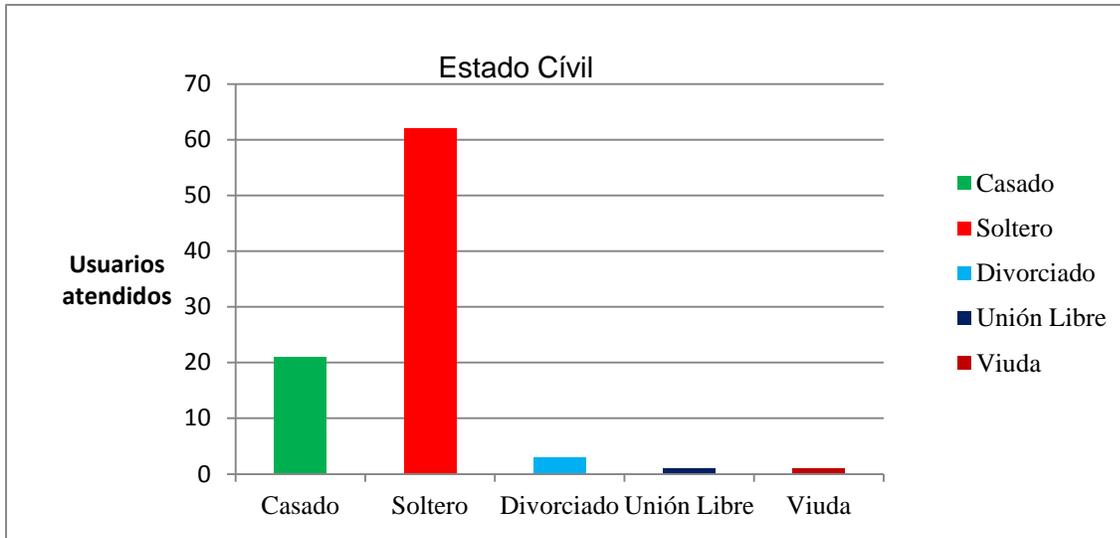


Figura 4.- Total de casos categorizados en estatus cívico, atendidos en el programa “ATENCION PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL”.

A partir de los datos presentados en la figura 4, se puede observar que el mayor número de casos atendidos de acuerdo al estado cívico son: los solteros con 62 pacientes, seguido del casado con 21 pacientes, en menor medida los divorciados con 3, por último los viudos y unión libre con un caso cada uno.

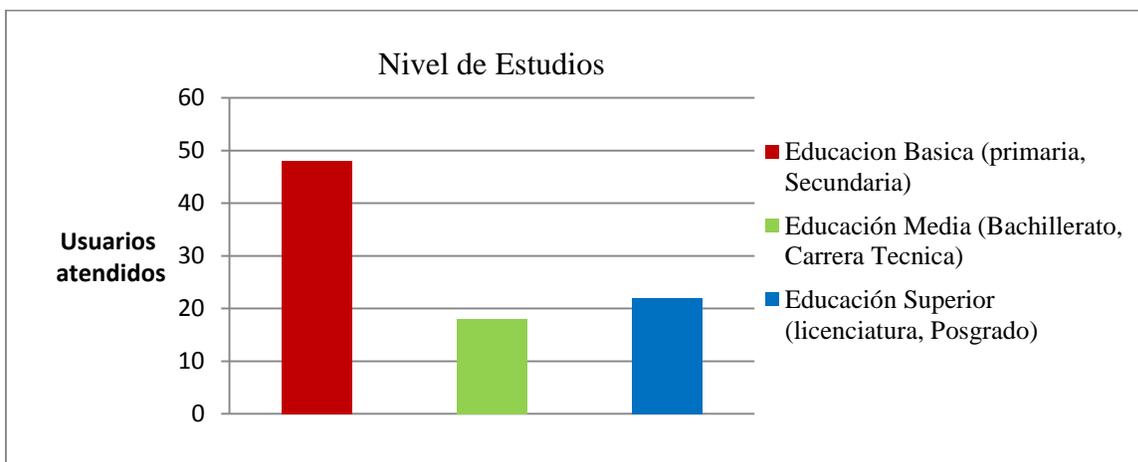


Figura 5.- Pacientes atendidos en el programa “ATENCION PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL” por nivel de estudios.

A partir de los datos presentados en la figura 5, se puede observar que los usuarios más atendidos en el programa de “ATENCION PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL” de acuerdo al nivel de estudios, fueron los de educación básica con 48 usuarios, seguido por los de educación superior con 22 y por último educación media con 18 casos.

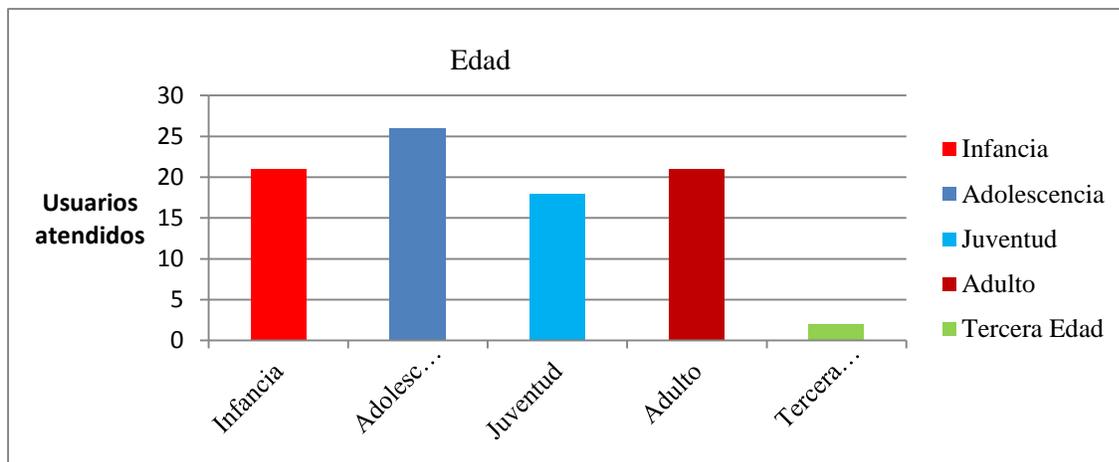


Figura.-6 Total de casos atendidos en el programa “ATENCION PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL” de acuerdo a la edad.

En la figura 6 se aprecia el grupo de usuarios adolescentes de entre 12 a 17 años, con un total de 26 casos, seguido de los infantes de entre 3 a 11 años y adultos que oscilan entre 25 a 64 años; con 21 casos cada categoría, en menor medida se encuentran los jóvenes de 18 a 24 años, con 18 casos y por último los usuarios de la tercera edad de entre 65 y 74 años con 2 casos.

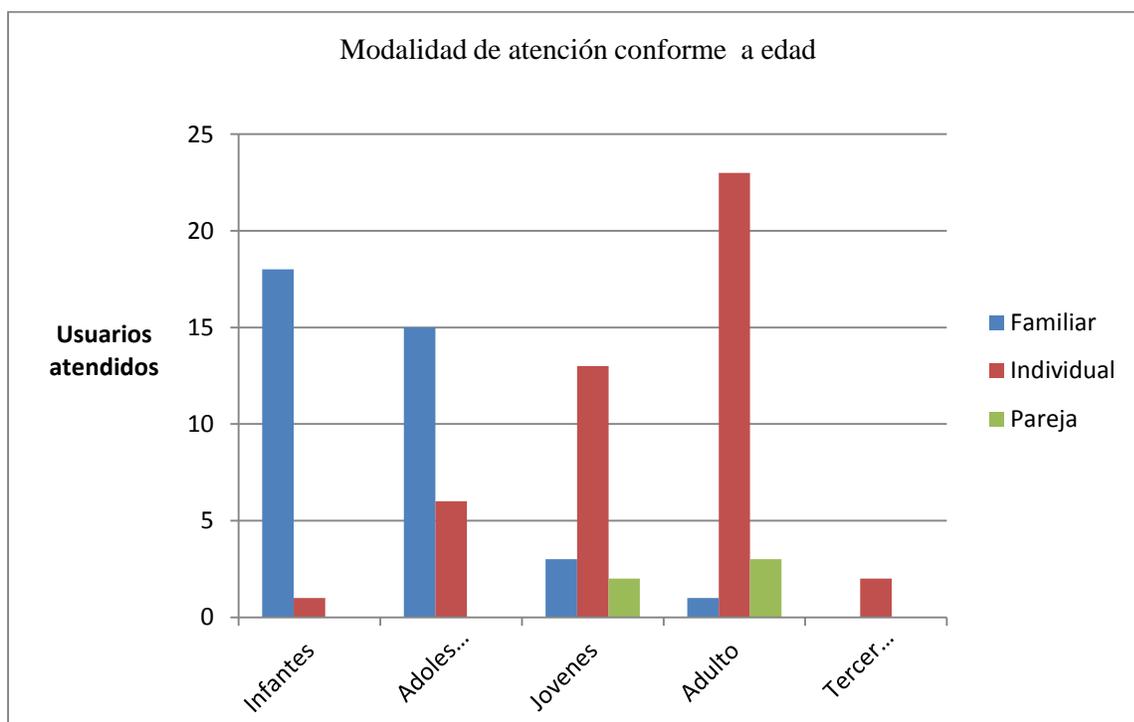


Figura.-7 Total de casos atendidos en el programa “ATENCION PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL” de acuerdo a la modalidad de atención y edad

En la figura 7 se aprecia el grupo de modalidad de atención compuesta por tres categorías familiar, individual y pareja conforme a la edad, de acuerdo a la gráfica la categoría con más usuarios es la individual con 24 adultos, 13 jóvenes, 6 adolescentes, 2 de tercera edad y un infante; seguida de la familiar con 19 infantes, 15 adolescentes, 4 jóvenes, 1 adulto; por último la categoría pareja tiene 2 jóvenes y 3 adultos.

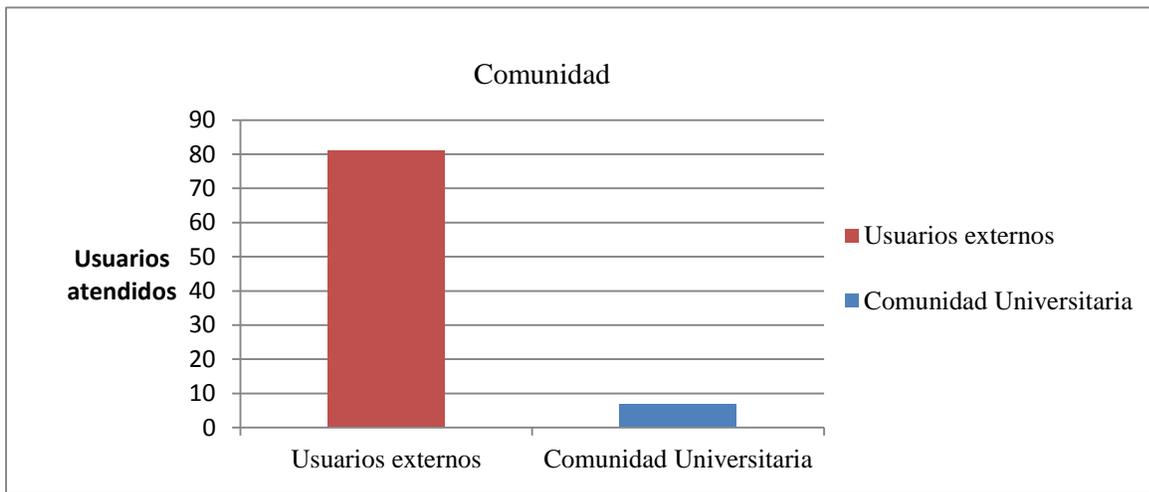


Figura.- 8 Total de pacientes de la comunidad atendida en el programa de "ATENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL".

En la figura 8 se presenta la atención a usuarios dividida en dos poblaciones, con mayor medida se encuentra la comunidad general o usuarios externos con 81 pacientes y la comunidad universitaria con 7 pacientes.

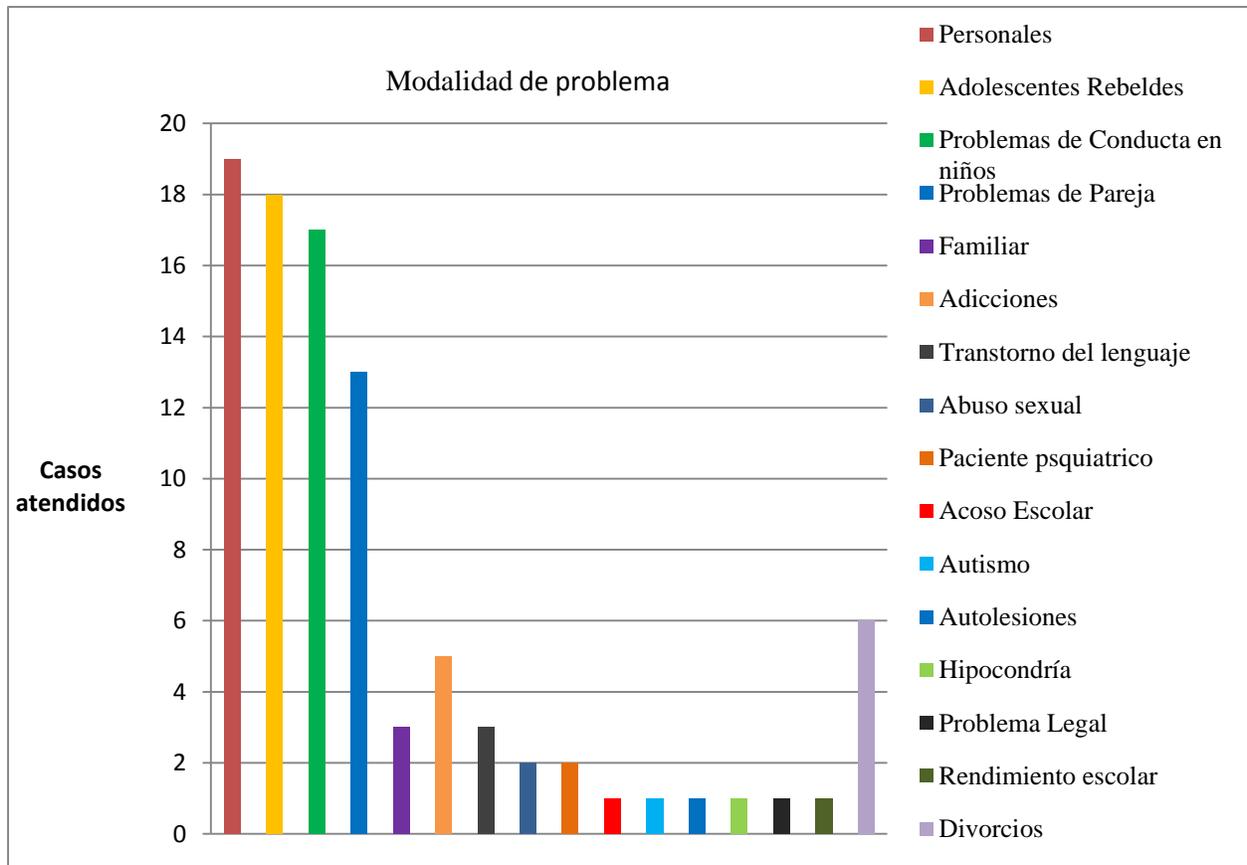


Figura.- 9 Total de casos de acuerdo a la modalidad de problema atendidos en el programa de “ATENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL”.

En la figura 9 se presentan quince categorías que representan los motivos de consulta de los usuarios del servicio de psicología. A continuación se describen los problemas que incluyen cada categoría presentada: “Problemas personales” en esta categoría se encuentran todas aquellas situaciones que afectan al individuo mismo, pudiendo afectar a más personas, pero en un segundo momento, como tristeza, timidez, toma de decisiones, ansiedad, fobias etc. Con un índice de 19 casos, siendo la mayor causa de requerimiento de atención psicológica. Posteriormente se encuentra la categoría “Adolescentes rebeldes” con 18 casos, refiriéndose al comportamiento de desafiar o desobedecer una orden. Le siguen los “Problemas de conducta en niños” con 17 casos, en esta categoría se encuentran los niños de cinco a trece años, los cuales muestran comportamiento inapropiado persistente, acompañado de desobediencia y agresividad en diversas circunstancias. En menor medida se encuentran los “Problemas de pareja” con 13 casos, acudiendo por problemas en comunicación, celos, infidelidad, ansiedad. Con menor medida se encuentran los “Divorcios” con 6 casos y hace referencia a parejas en proceso de separación e individuos ya divorciados.

En un peldaño inferior se ubican los 5 casos de “Adicción” que refieren al consumo de sustancias prohibidas; le siguen los “Problemas familiares” con 3 casos, e incluyen desacuerdos entre padres e hijos o entre padres, peleas familiares, incumplimiento de normas familiares. Con el mismo número de casos, se presentan los “Trastornos de lenguaje” los cuales tienen que ver con niños entre 4 a 7 años que tienen dificultad en el punto de articulación, ya sea por omisión de letras, fluidez, ritmo, articulación, mutismo selectivo o cualquier problema motor-oral que limite o inhabiliten la utilización del lenguaje.

Con 2 casos respectivamente se encuentran la categoría de “Abuso sexual”, “Pacientes psiquiátricos” y por último; “Acoso escolar”, ”Autismo”, ”Autolesiones”, ”Hipocondría”, “Problemas Legales “ y “Rendimiento escolar” con un caso cada modalidad.

La categoría de “Abuso Sexual” se refiere a pacientes que hayan ejecutado en él o ella algún acto sexual, la obligue a observarlo o a ejecutarlo, sin el consentimiento de esta persona. La categoría de “Pacientes Psiquiátricos” hace referencia a usuarios que están diagnosticados con algún trastorno y estén o estuvieron bajo tratamiento médico. La categoría “Acoso Escolar” se refiere al abuso y maltrato que ejerce un alumno o un grupo de alumnos sobre otro, específicamente en la escuela, con el propósito de intimidar y controlar al alumno mediante agresiones, físicas o verbales. La categoría “Autismo” se refiere a toda aquella persona que esta diagnosticada por alguna institución de salud, bajo los criterios básicos del *DSM-5* los cuales se caracterizan por la deficiencia en la comunicación social y por comportamientos restringidos y repetitivos. La categoría de “Autolesiones” se refiere a la conducta de lacerar el cuerpo con quemaduras, cortaduras, golpes, punciones, arañes o pellizcos. La categoría “Hipocondría” hace alusión a los usuarios que tengan la sensación de estar enfermos incluso cuando están físicamente saludables. La categoría “Problemas Legales” hace referencia a la injerencia del estado en específico el poder judicial en incidencias ciudadanas ya sea para acuerdos entre personas o para tratamiento psicológico requerido por dichas instituciones. La categoría “Rendimiento escolar” se refiere, al mejoramiento académico por parte del alumno, con base en las calificaciones obtenidas en un periodo de tiempo.

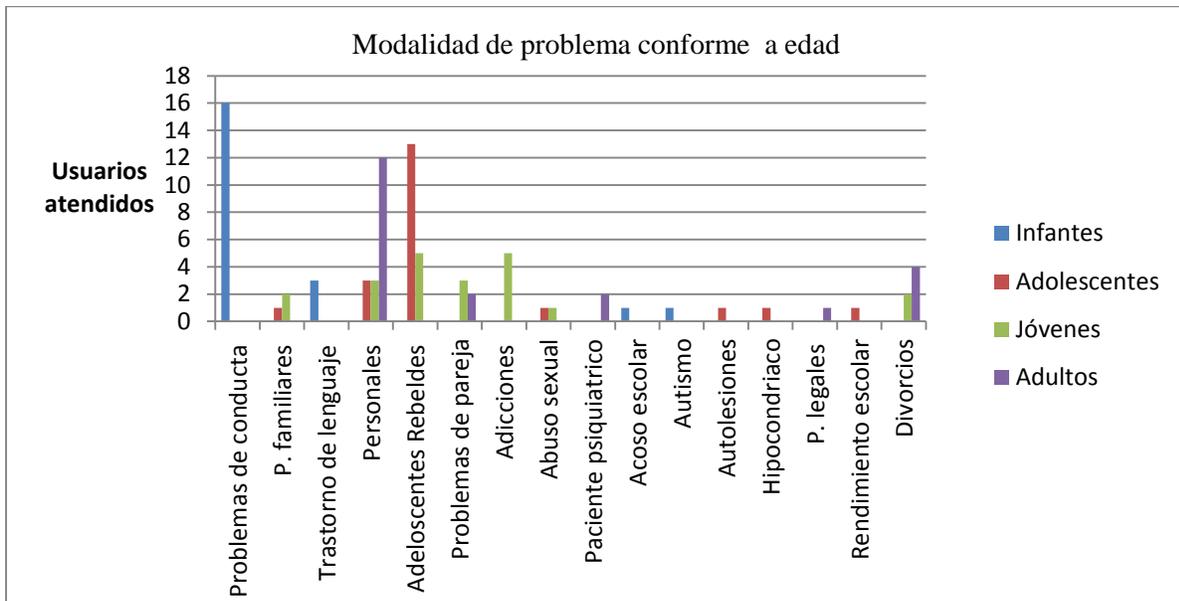


Figura.- 10 Total de casos de acuerdo a la modalidad de problema y edad atendidos en el programa de “ATENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL”.

En la figura 10 se observan los casos atendidos de modalidad de problema y edad, de acuerdo a la gráfica la categoría con más índice son los problemas de conducta con 16 jóvenes, seguida de Adolescentes rebeldes con 13 adolescentes y 5 jóvenes, seguido de Problemas personales con 12 adultos, 3 jóvenes y 3 adolescentes, con menor índice se encuentran las Adicciones con 5 jóvenes y con menos de 3 usuarios jóvenes, adultos, adolescentes, infantes y tercera edad se encuentran las otras categorías de problema

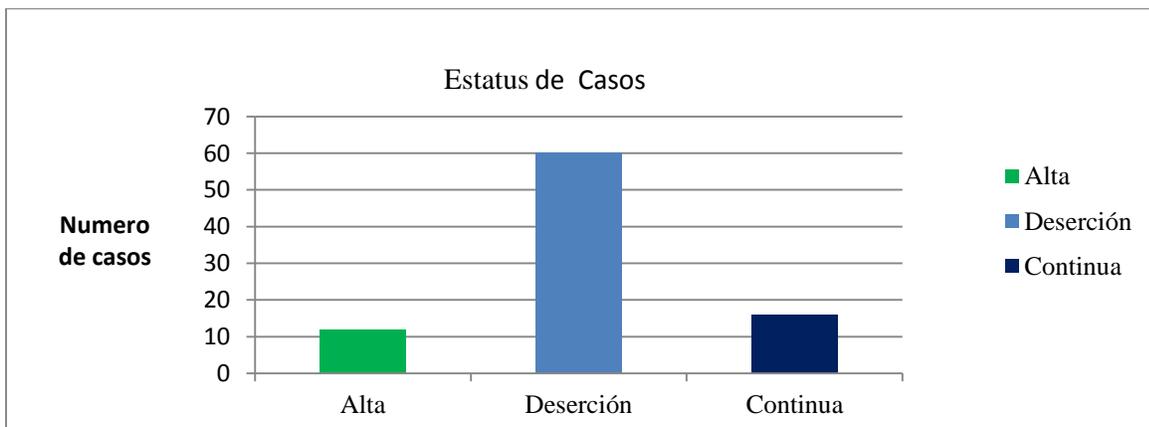


Figura.- 11 Total de casos de acuerdo al estatus de alta, deserción y continuidad atendidos en el programa de “ATENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL”.

En la figura 11 se muestra la situación de los pacientes conforme a uno de los tres posibles resultados del proceso terapéutico. Con un total de 12 casos se encuentran las altas, las cuales se refieren a los casos en donde se dio por terminado el tratamiento, porque el problema ya no es visto como tal. La deserción, es cuando los pacientes sin previo aviso dejan de asistir al servicio de psicología; con estas características se registraron 60 casos. Por último se encuentran los casos que continúan con 16 pacientes, los que se caracterizan por continuar con la atención después del cambio de periodo semestral.

4.1. Actividades realizadas de manera directa como terapeuta y coterapeuta en el programa “*ATENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL*”.

En el lapso que comprende del Febrero - Diciembre 2015, el programa “*ATENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL*” atendió un total de 88 pacientes. Seis fueron atendidos de manera directa como terapeuta y cinco como coterapeuta.

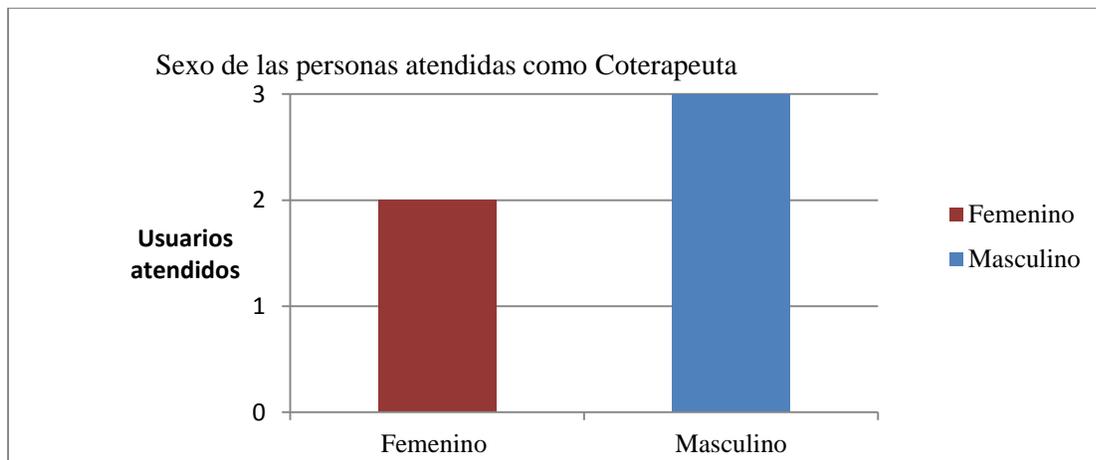


Figura.- 12 Total de casos atendidos como coterapeuta divididos por sexo en el programa de “*ATENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL*”.

En la figura 12 se muestra los pacientes atendidos como coterapeuta, atendiéndose en mayor medida a pacientes masculinos con 3 casos y con diferencia de un paciente menos, se encuentran las féminas con 2.

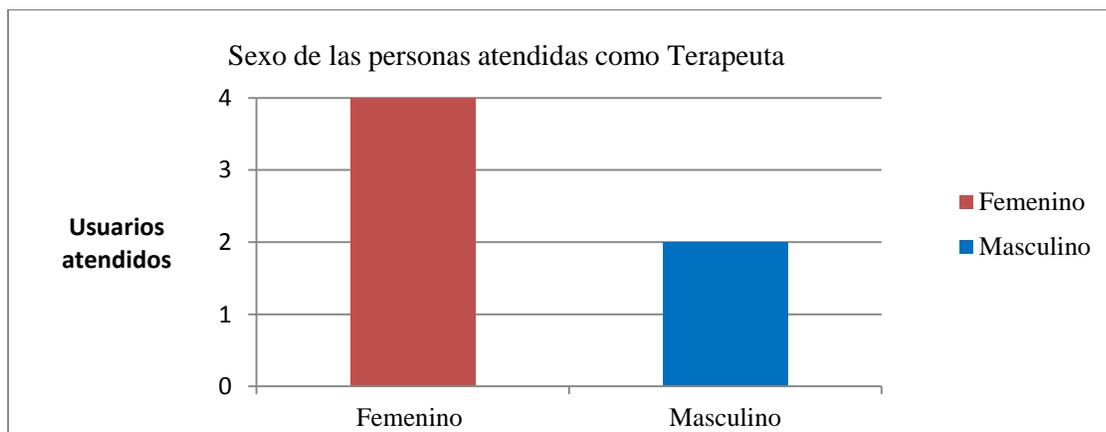


Figura.- 13 Total de casos atendidos como terapeuta divididos por sexo en el programa de “*ATENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL*”.

En la figura 13 se observa un total de seis pacientes atendidos como terapeuta de los cuales 4 son mujeres y 2 son hombres. Es importante señalar que por tratarse algunos de los casos de terapia familiar asiste más de una persona, esto provoca que el número de pacientes atendidos sea superior al número de casos atendidos.

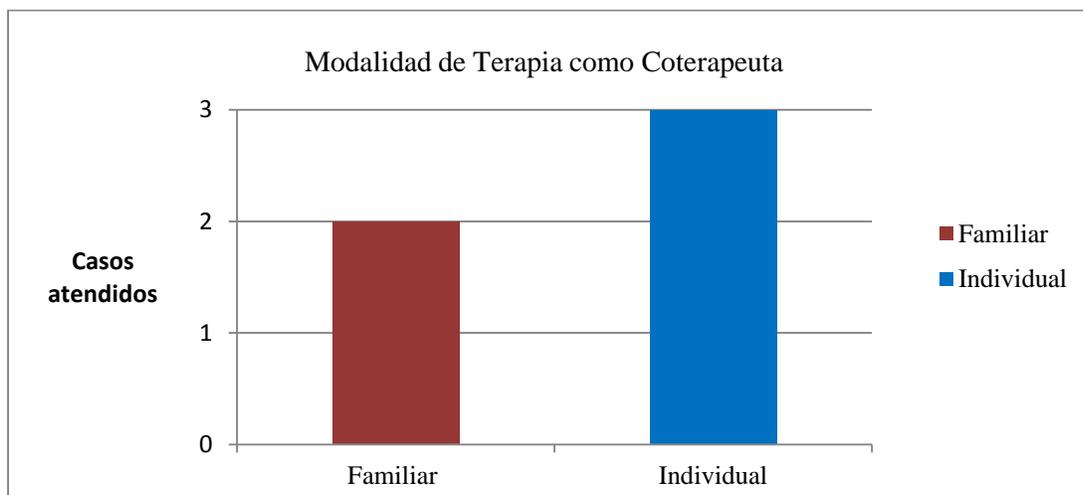


Figura.- 14 Total de casos atendidos como coterapeuta divididos por modalidad de terapia en el programa de “ATENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL”.

En la figura 14 se muestran los casos atendidos como coterapeuta, en donde se observa una mayor atención de casos atendidos de forma individual con tres casos, seguido de la modalidad familiar con un caso menos.

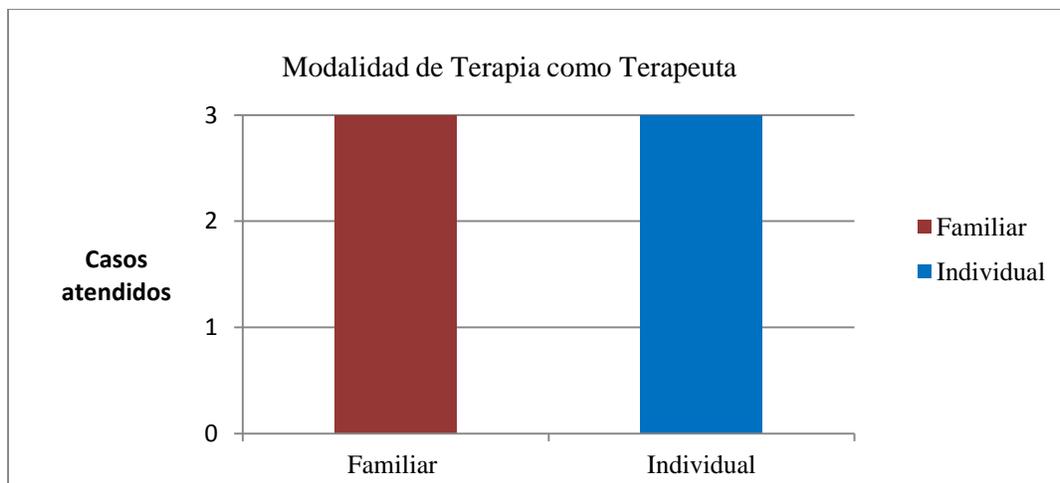


Figura.- 15 Total de casos atendidos como terapeuta divididos por modalidad de terapia en el programa de “ATENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL”.

En la figura 15 observamos los casos atendidos como terapeuta, divididos en las modalidades individual y familiar las cuales presentan el mismo número de pacientes; tres por modalidad.

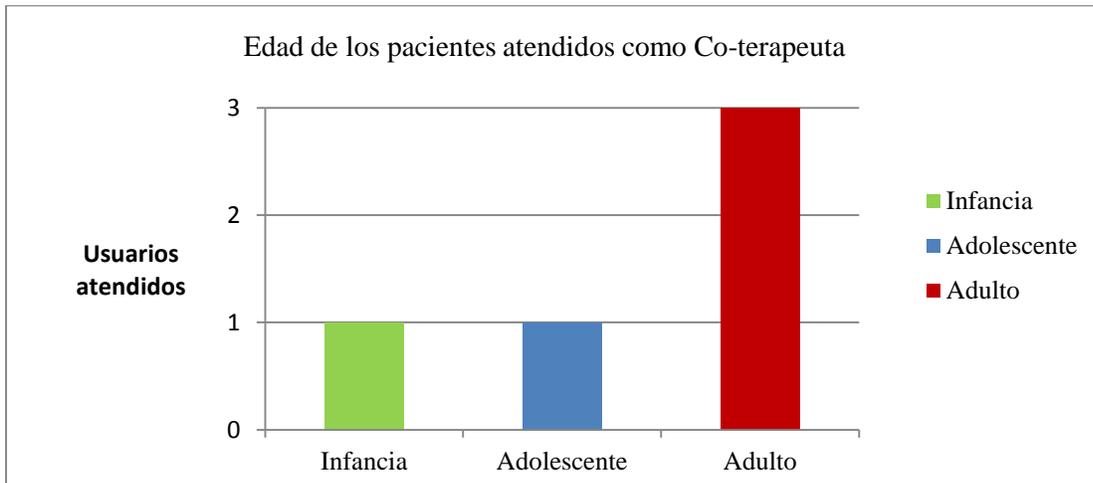


Figura 16.- Edad de los pacientes atendidos como Co-terapeuta en el programa de "ATENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL".

En la figura 16 se muestra a los pacientes atendidos conforme a la edad como co-terapeuta, iniciando con personas adultas con tres casos, posteriormente los infantes y adolescentes con un caso respectivamente.

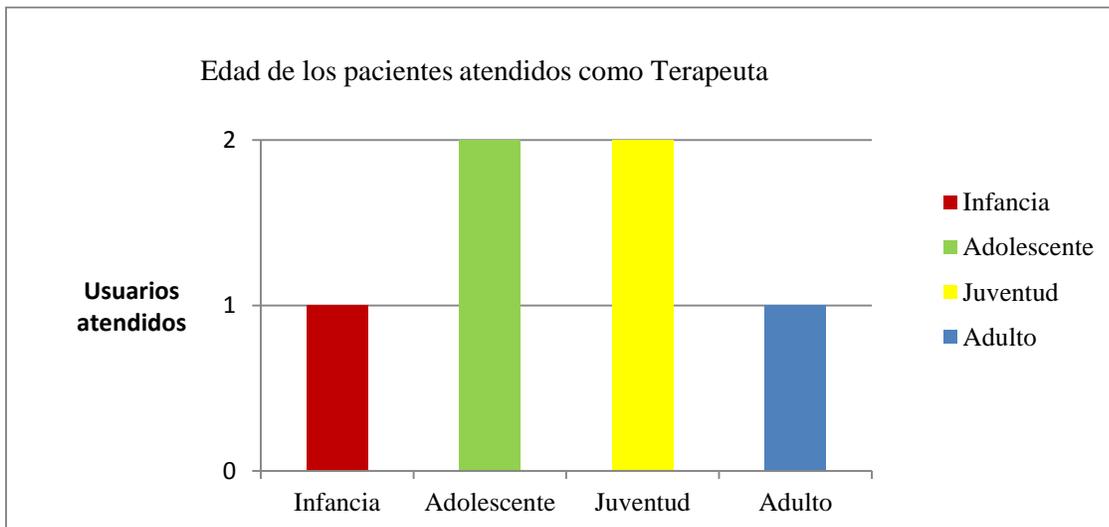


Figura 17.- Edad de los pacientes atendidos como terapeuta en el programa de "ATENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL".

En la figura 17 se muestran los pacientes atendidos como terapeuta, en cuatro diferentes modalidades. Dos pacientes atendidos en la modalidad adolescentes y dos en la modalidad jóvenes, solo se atendió un caso en las modalidades adulto e infante.

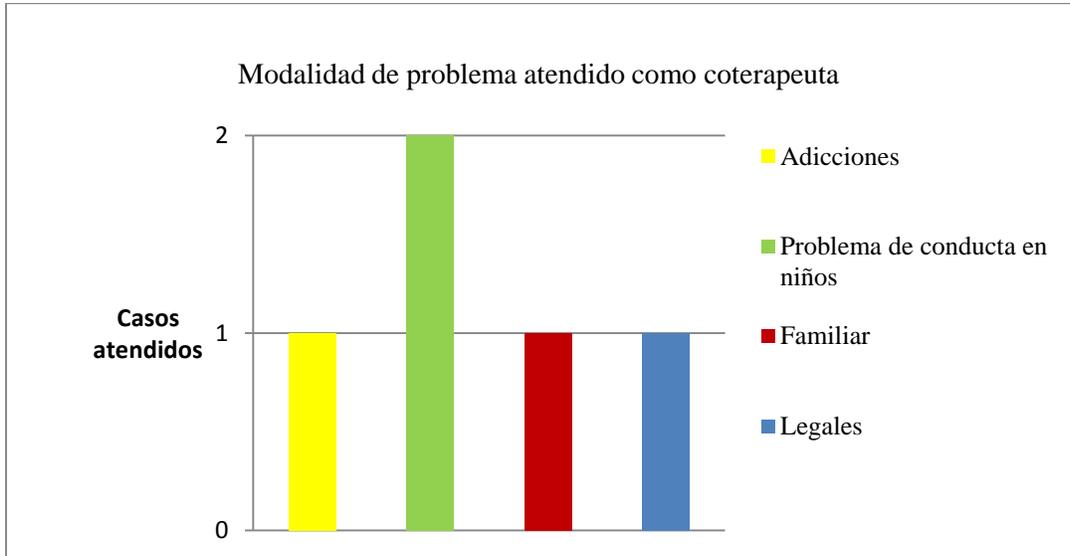


Figura 18.-Modalidad de problema de los pacientes atendidos como coterapeuta en el programa de "ATENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL".

En la figura 18 se observa mayor atención a los problemas de conducta en niños con 2 casos y con un caso los problemas legales, los familiares y las adicciones.

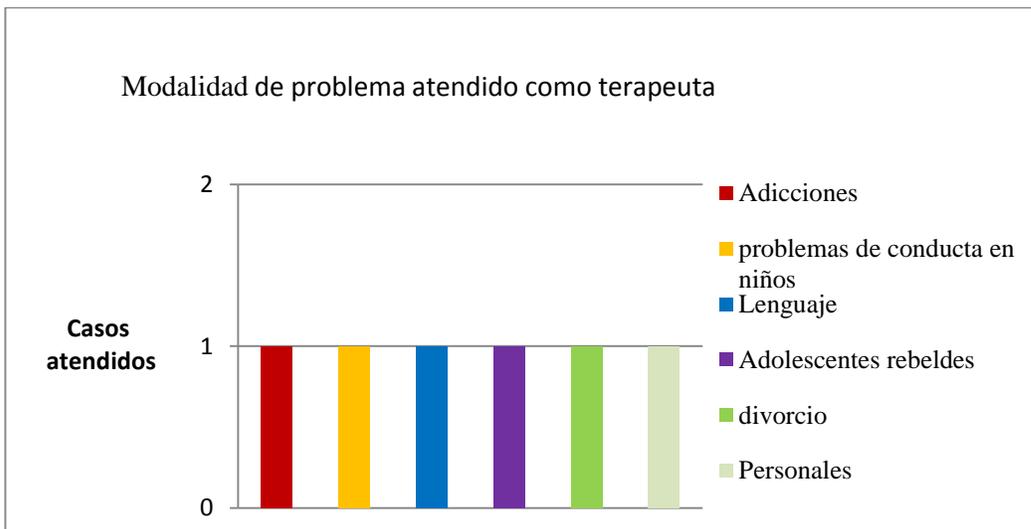


Figura 19.-Modalidad de problema de los pacientes atendidos como terapeuta en el programa de "ATENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL".

En la figura 19 se presenta las diferentes modalidades de problemas atendidas como terapeuta (adicciones, problemas de conducta en niños, lenguaje, adolescentes rebeldes, divorcio y personales) con un caso cada uno.

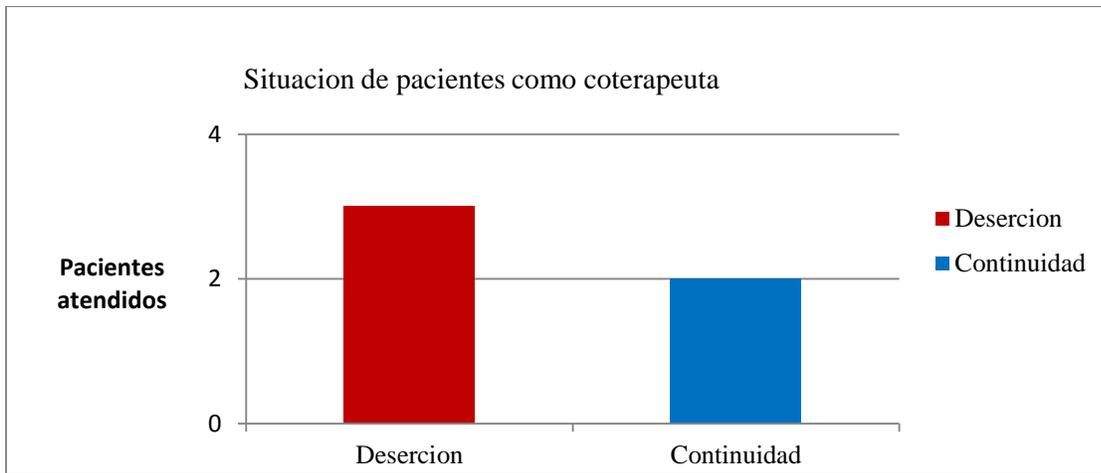


Figura 20.- Situación de los pacientes atendidos como coterapeuta en el programa de “ATENCION PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL”.

En la figura 20 se observa la cantidad de pacientes que se atendieron como coterapeuta, de los cuales dos continúan con el servicio de atención psicológica y 3 desertaron.

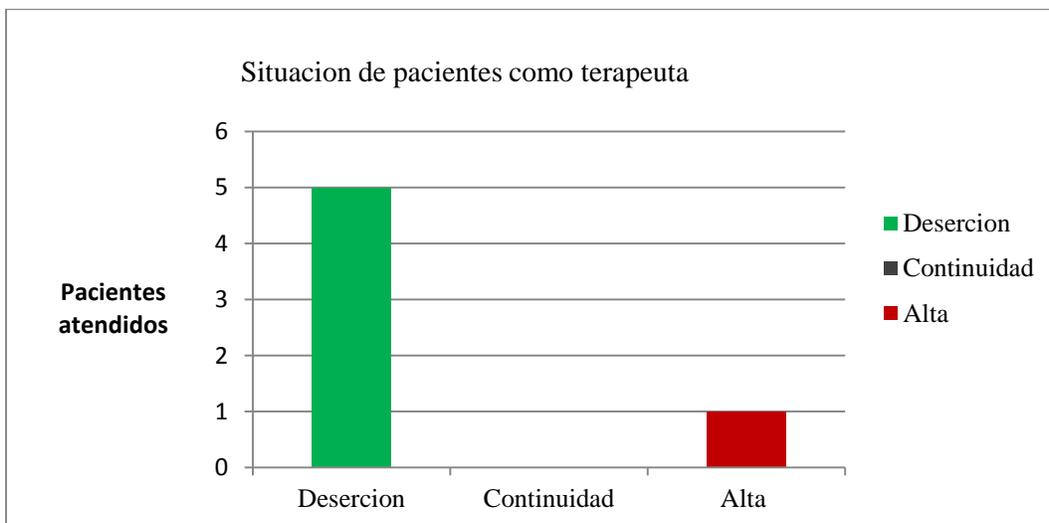


Figura 21.- Situación de los pacientes atendidos como terapeuta en el programa de “ATENCION PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL”.

En la figura 21 se presentan los usuarios que se atendieron como terapeuta y la situación en la que se encuentran, de estos el mayor rango lo ocupa la categoría de “Deserción” con cinco, en contraste la categoría “Altas” solo registro un caso y ningún caso continua en proceso terapéutico en la actualidad.

5. MÉTODO

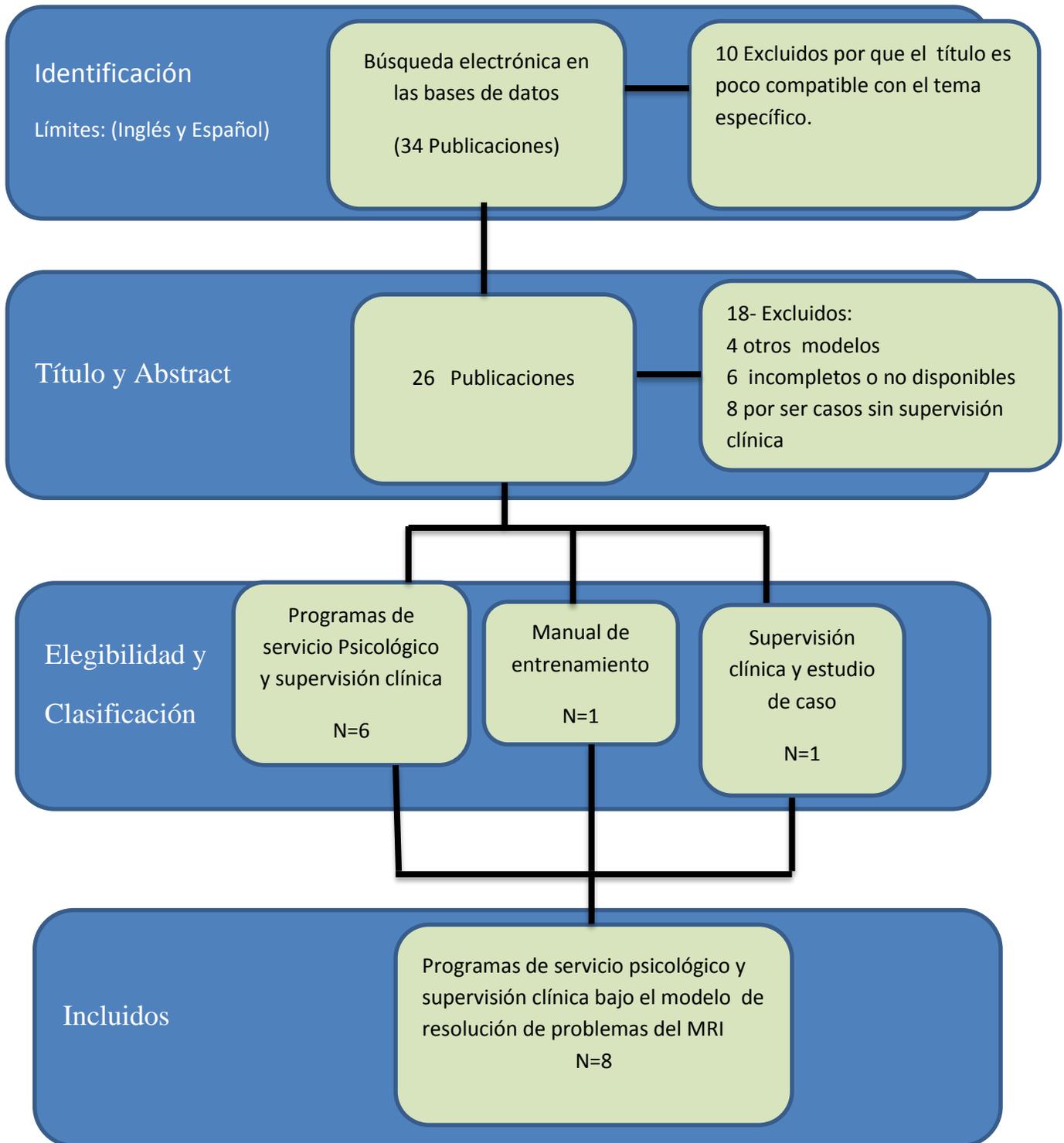
Se realizó la búsqueda en la base de datos: REDIB, REPI, Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, SCIELO, GOOGLE, SCIEDIRECT y la Revista de Psicología de la FES Zaragoza, así como la búsqueda en los portales de las universidades públicas y privadas, de México y el extranjero que realicen programas de entrenamiento en Terapia Breve en resolución de problemas del Centro de Terapia Breve del *Mental Research Institute*. Los idiomas considerados en los artículos fueron inglés y español, la búsqueda se limitó a entrenamiento de terapia breve en resolución de problemas en escenarios clínicos, por lo que se incluyeron publicaciones de acuerdo a las siguientes palabras claves.

Palabras claves: Terapia breve, terapia familiar sistémica, supervisión clínica, resolución de problemas, Programa universitario, Servicio psicológico, atención al público, *Mental Research Institute*, *Brief Therapy Center*, *Therapy Training and Supervision*, *Brief Therapy Model*, *Problem Solving*.

Para la búsqueda los criterios de inclusión fueron: Publicaciones de actividades realizadas por supervisores clínicos o instituciones públicas y privadas que realicen entrenamiento bajo el modelo de terapia breve en resolución de problemas del Centro de Terapia Breve del M.R.I o modelos que compartan la misma premisa de intentos de solución. Los criterios de exclusión fueron: Publicaciones de actividades realizadas por supervisores clínicos o instituciones que realicen entrenamiento bajo otros modelos terapéuticos como Estratégico, Soluciones, Narrativo, cognitivo conductual, psicoanálisis, humanista o combinando dos o más modelos que difieran con la premisa del modelo de Resolución de problemas del Centro de Terapia Breve del M.R.I

A partir de los criterios antes establecidos, se seleccionaron 26 documentos, de los cuales se excluyeron 4 por diferencias en las premisas de los modelos, 6 no disponibles, 8 por no cumplir con la supervisión clínica, los 8 restantes seleccionados para su revisión, están conformados por 3 documentos en inglés y 5 en español.

Figura.22- Diagrama de flujo



6. RESULTADOS

AUTOR: Chubb Hendon. Phyllis Nauts & Evans Eldon. (1984).

TITULO	The practice of Change: A Working MRI/Brief Therapy Clinic
OBJETIVO	Describir como se aplicó el modelo del terapia breve del MRI en una clínica de california
RESUMEN GENERAL	Este documento describe la aplicación de la terapia breve con el modelo del MRI en una clínica nueva en California, en donde se describen algunos aspectos del modelo y su importancia en el trabajo clínico, por último se realiza una pequeña discusión sobre la efectividad del modelo en la clínica de Pleasanton California.
RESUMEN DE ENTRENAMIENTO	Se agendaban dos horas por semana para trabajar en la cámara de Gesell en equipo y eventualmente de manera individual, se atendían a pacientes. También se hacían juntas donde los terapeutas discutían casos, para que no se extendieran más de diez sesiones, en dichas juntas se presentaban los casos con rangos de tres a cinco sesiones para evitar salirse de la línea de trabajo. Para reforzar el trabajo en las sesiones una vez al mes John Weakland y Richard Fisch asistían a las reuniones de trabajo con nuestro primer equipo de internos.
RESULTADOS	Después de seis meses el enfoque resulto muy útil de acuerdo a la demanda de la clínica ya que terapeutas manejan tres veces más casos, en comparación con otras clínicas de la región con un mínimo de quejas y sin lista de espera, de acuerdo con estos resultados el enfoque del MRI es una alternativa efectiva para la alta demanda de servicio y poca infraestructura, en comparación con otras terapias de larga duración o terapias donde se requiere ver a toda la familia.

AUTOR: Chubb Hendon & Evans Eldon. (1990)

TITULO	Therapist Efficiency and Clinic Accessibility with the Mental Health Research Institute Brief Therapy Model.
OBJETIVO	Describir la aplicación en la práctica clínica del enfoque MRI en centros mentales y otras clínicas de salud pública.
RESUMEN GENERAL	Este documento describe como la Organización de mantenimiento de salud (HMO) aplico el modelo del MRI para obtener eficiencia y accesibilidad en una clínica de Pleasanton California durante un periodo de dos años, con una capacidad de atención por terapeuta de 834 pacientes, estas cifras rebasan los 456 pacientes atendidos por región.
RESUMEN DE ENTRENAMIENTO	Durante 1985 y 1986 la clínica conto con una Psiquiatra, cuatro terapeutas no médicos, cuatro psicólogos y trabajadores psiquiátricos con un promedio de 23.82 de personal en la clínica, los cuales agendaban nuevos pacientes aproximada mente cuarenta horas a la semana, en la mayor parte del tiempo asistían uno o dos psicólogos en entrenamiento, los cuales manejan 456 horas de contacto con el paciente y atendiendo de manera directa a 164 pacientes , accediendo al 5% del total de la clínica, esto incremento eficiencia por el incremento en las horas de supervisión clínica, dando un total de 250 horas con internos, dando como resultado una constante en la atención clínica, por lo que nunca conto con una lista de espera.
RESULTADOS	El modelo del MRI aplicado en la clínica Pleasanton en California resulto altamente eficaz, a pesar de la limitante en el personal y en los recursos. La accesibilidad al servicio fue optima, por lo que el servicio de seguro médico (HMO) implemento la cobertura de terapia psicológica a partir de estos resultados

AUTOR: Liddle H. Breunlin D. & Schwartz R. (1988).

TITULO	Handbook of Family Therapy Training and Supervision
OBJETIVO	Este documento da a conocer las bondades del modelo y los aspectos fundamentales en el entrenamiento, por medio de la supervisión en la práctica clínica
RESUMEN GENERAL	El documento presenta una explicación detallada de los aspectos fundamentales del modelo, del entrenamiento y del entrenador, dicha explicación relata con detalle desde la infraestructura en términos de espacio y mobiliario, hasta técnicas para un eficiente entrenamiento e intervención.
RESUMEN DE ENTRENAMIENTO	<p>Durante el entrenamiento los entrenados se turnan para dar sesión, los entrenados que no tienen sesión toma lugar en el “Backroom” para poder observar la sesión con el entrenador, a su vez el entrenador les da sugerencia y los guía con la secuencia de la sesión, pero la prioridad del entrenador es el pasante en sesión y el cliente. La duración puede ser una hora o puede ser menos, después de la sesión el equipo se reúne y comentan las acciones del entrenado, sugiriendo acciones para la próxima sesión.</p> <p>El entrenamiento consta de cinco horas una vez a la semana para un total de treinta y cinco semanas equivalentes a nueve meses, de las que las primeras dos sesiones son dedicadas a la descripción del modelo y lineamientos generales, ejemplos del modelo usando audios y videos desarrollados en el Centro de Terapia Breve, posteriormente se dividen en dos grupos para supervisión directa e indirecta, después de ocho sesiones se cambian de supervisor para que todos los entrenados cambien con otros supervisores.</p>
RESULTADOS	El entrenamiento dota de suficientes técnicas al entrenado, de tal manera que logren diferenciar entre la información relevante y no relevante, así como reformular, clarificar los problemas y los intentos de solución de los clientes.

AUTOR: Schlanger Karin, Pérez Ana, Moratolla Teresa, Cáceres Javier & Macris Paula. (2010).

TITULO	Terapia Familiar Sistémica en el Trastorno Mental Grave: Una Experiencia en el Hospital de Sant Pau Barcelona.,
OBJETIVO	Este documento pretende acercar al lector al tipo de terapia breve que se lleva a cabo en el Hospital de Sant Pau en Barcelona, a su vez pretende exponer las características de un modo concreto de hacer, además de remarcar la vigencia y la validez de la terapia familiar sistémica para tratar casos de trastornos mentales graves que pueden resultar intimidantes.
RESUMEN GENERAL	El documento expone la forma de abordar el trastorno mental grave desde la óptica sistémica. Desde este punto de vista el trastorno cumple una función dentro de la familia y el peso de la etiqueta deja de ser llevado por el paciente identificado, por lo que se requiere un cambio en todos los miembros de la familia para producir una modificación en el síntoma que trae a toda la familia al servicio. El presente documento muestra el fruto de la interacción entre dos modelos de intervención, en un momento determinado en la terapia, al contar con la presencia de Karin Schlanger del Grupo Palo Alto durante medio año.
RESUMEN DE ENTRENAMIENTO	El equipo está compuesto por dos psicólogos en formación en la escuela de terapia familiar, junto con dos tutoras-supervisoras en la quinta sesión se incorpora Karin Schlanger como miembro del equipo, realizando algunas reuniones para nuevas intervenciones
RESULTADO	Se logró la resolución del problema familiar desde la perspectiva sistémica en resolución de problemas, sin la necesidad del abordaje terapéutico psicoeducativo, enfoque que proporciona información y técnicas de afrontamiento al problema, sin estar ligado al cambio de actitudes o la prevención de recaídas. A partir del trabajo en sesiones se concretó la intención de disminuir todo lo posible el sufrimiento que los ha llevado a buscar ayuda.

AUTOR: Díaz Bárbara, Schlanger Karin, Rincón Claudia y Mendoza Alicia. (2003)

TITULO	Una dirección para la Terapia Breve en el MRI. Solucionando problemas multiculturalmente: nuestra experiencia latina
OBJETIVO	El documento pretende satisfacer el interés en estudiar la aplicación del modelo de Terapia Breve desarrollado en el MRI en poblaciones diversas. De manera adicional pretende llenar el vacío que había y sigue habiendo, en los servicios que ofrecen a la creciente población de habla hispana en el área de Palo Alto California.
RESUMEN GENERAL	El artículo describe lo que se hace en el Centro de Terapia Breve Latino utilizando un caso. El equipo que integra el centro considera que la aproximación de resolución de problemas desarrollada en el MRI ha evolucionado de manera que es igualmente efectiva cuando se aplica a la resolución de quejas o (problemas) en diferentes culturas.
RESUMEN DE ENTRENAMIENTO	En el Centro de Terapia Latino los terapeutas se turnan para atender los casos. No se busca asignar casos específicos a terapeutas específicos y todo tipo de problemática es bienvenida. La reunión en equipo es una vez a la semana los miércoles y está constituido por terapeutas expertos como en entrenamiento. Las actividades que se realizan cada semana incluyen planear sesiones futuras, revisar grabaciones de casos, discutir las estrategias e intervenciones apropiadas para los casos que se están viendo. Un terapeuta trabaja con el cliente y el resto lo hace de tras del espejo. Los miembros del equipo pueden llamar al terapeuta que está llevando a cabo la sesión para clarificar un tema, para solicitar al cliente que especifique un punto determinado o para dar una idea de intervención. En algunas ocasiones, un miembro del equipo puede entrar a presentar alguna sugerencia que sea difícil de indicar por teléfono.
RESULTADO	El documento presenta del porque la Terapia Breve del MRI es un modelo viable transculturalmente, en particular a su postura no- normativa y no- patologizante. Se ilustra por medio de viñetas clínicas como trabaja el equipo y por medio de un ejemplo se enfatizó que del trabajo lo hace transcultural.

AUTOR: Solís Clara y Vargas Pedro. (2015)

TITULO	Servicio de psicología clínica en el marco de la atención universitaria
OBJETIVO	El documento presenta la estructura de trabajo y la cobertura de atención Psicológica del Programa “Atención Psicológica Breve para el público en general” en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud “Zaragoza”.
RESUMEN GENERAL	El estudio presenta la estructura de trabajo y la cobertura del programa de “Atención Psicológica Breve para el público en general” llevado a cabo en el periodo de 23 de junio al 14 de diciembre de 2012 se elaboró una estadística descriptiva de los 84 casos clínicos atendidos. Se observó que las mujeres entre 30 y 64 años son las que más solicitan el servicio, así mismo se identificó que son las mujeres adolescentes las que necesitan de más sesiones para que se presente un cambio al problema o motivo de consulta. Se identificaron 15 problemas presentados que englobaron las diversas quejas presentadas. Compartir nuestro trabajo y sus tempranos resultados con las comunidades de terapia, pretende mostrar qué hacemos en el campus Zaragoza de la UNAM y se está resolviendo.
RESUMEN DE ENTRENAMIENTO	El entrenamiento se realiza bajo el esquema de servicio social, dicho programa tiene como requisito para ser entrenado, contar con el 75% de créditos universitarios y haber tenido a la supervisora del programa en algún curso o asignatura, con el fin de garantizar una lectura sistémica de los aspectos clínicos de la psicología. Una vez que son aceptados, reciben un curso de inducción en el cuál se enfatizan los aspectos teóricos y formativos a desarrollar en el servicio y la distribución de horas de trabajo. En cuanto a la formación se retoma la propuesta de Tomm y Wright (1979) para organizar el entrenamiento, se desarrollan habilidades conceptuales, perceptuales y de ejecución. Las habilidades conceptuales son la teoría de la terapia, son los marcos que nos permiten entender y explicar lo que hacemos. La explicación de los casos y la supervisión se mantiene congruente con esta postura de tal manera que conceptualmente se habla de marcos, distinciones, puntuaciones. En la práctica se habla de conductas, relaciones, interacciones. Las habilidades perceptuales permiten hacer distinciones, auditivas y visuales de lo que tienen que hacer el terapeuta, en nuestro caso el modelo de trabajo es la Terapia Breve de Resolución de Problemas o mejor conocido como modelo MRI de Terapia Breve. Para tener una forma concisa de hacer terapia se consiguen los videos de los expertos en terapia, proyectarlos a los alumnos, analizarlos y replicarlos en ejercicios de juego de rol o directamente en los casos para apropiarse de los estilos para hacer la

	<p>terapia. Finalmente en las habilidades de ejecución se les demuestra a los alumnos cómo se ejecutan las dos habilidades anteriores en la terapia, y eso sólo es haciendo terapia, ellos entran a las entrevistas o las siguen detrás del espejo y pueden observar cómo se ponen en práctica las preguntas y las intervenciones de oportunidad, los reencuadres, las intervenciones</p>
<p>RESULTADO</p>	<p>Se observó que las mujeres entre 30 y 64 años son las que más solicitan el servicio, así mismo se identificó que son las mujeres adolescentes las que necesitan de más sesiones para que se presente un cambio al problema o motivo de consulta. Se identificaron 15 problemas presentados que englobaron las diversas quejas presentadas (conductuales, familiares, rendimiento escolar, por ejemplo). Otro resultado es que las mujeres son las que solicita más el servicio pero son las que más lo abandonan. También se identificó que si el paciente abandona la terapia, lo hace en la cuarta sesión.</p>

AUTOR: Ruiz Anayanzi. (2014)

TITULO	Atención Psicológica breve para el público en general un programa basado en el enfoque M.R.I
OBJETIVO	El informe pretende presentar las actividades realizadas en un año de trabajo del programa “Atención Psicológica Breve para el público en general” y mostrar a la terapia sistémica, particularmente del Centro de Terapia Breve del M.R.I como una alternativa viable de tratamiento para diferentes problemas de conducta e interacción humana.
RESUMEN GENERAL	El documento presenta las actividades realizadas en un año de trabajo dentro del programa “Atención Psicológica Breve para el público en general” realizado en la clínica Universitaria de Atención a la Salud de la FES Zaragoza de la UNAM. Se brindó terapia psicológica a un total de 173 pacientes, de los cuales se trabajó de manera directa con 32. Para la atención de los casos se sigue el Modelo de Terapia Breve: Resolución de problemas del M.R.I y el Modelo de Terapia Breve Estratégica Avanzado. Estos modelos sistémicos consideran que la formación de problemas se debe al mal manejo de una dificultad en cualquier etapa de desarrollo, en donde los intentos de solución perpetúan y complican la situación; las intervenciones realizadas se enfocaron a interrumpir las pautas de solución, para lograr el desbloqueo parcial o total de su situación problemática.
RESUMEN DE ENTRENAMIENTO	Las sesiones clínicas se realizaron a través de sesiones clínicas en formato de coterapia que se planteaban con el apoyo de un equipo terapéutico y bajo supervisión, dentro de la cámara de Gesell que es una sala de división unidireccional, equipada con equipo de audio y video, para todas las sesiones se contó con equipo terapéutico y constante supervisión proporcionando sugerencias o directrices dentro y fuera de la sesión la cual se divide en pre- sesión, sesión, intercesión, cierre de sesión y post-sesión.
RESULTADO	El informe representa la prueba práctica de la efectividad de atención planteada como una opción de tratamiento terapéutico, por la estructura y desarrollo practico en el que hace terapéutico en comparación con otro modelo psicológico.

AUTOR: Gutiérrez Luis. (2013)

TITULO	Reporte de servicio social del programa de terapia breve para el público en general de Enero a Diciembre del 2013.
OBJETIVO	El informe tiene la finalidad de dar a conocer las actividades realizadas dentro del programa de Atención Psicológica Breve para el público en general realizado en el 2013 y hacer un análisis del trabajo que se hizo, esto para obtener resultados en cuento al desempeño terapéutico.
RESUMEN GENERAL	El servicio se realizó en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Zaragoza dentro de la FES- Zaragoza. Se trabajó con el Modelo de Terapia Breve del M.R.I y el Modelo de Terapia Breve Estratégica Avanzada, para atender problemáticas personales, familiares y escolares de la zona Oriente de la Ciudad de México y del Estado de México, con la premisa de que los intentos de solución, empleados por las personas para resolver una dificultad, paradójicamente mantienen y empeoran el problema, por lo que la intervención estaría encaminada en romper dichos intentos de solución.
RESUMEN DE ENTRENAMIENTO	Se trabajó dentro de la cámara de Gesell, con dos psicólogos uno como terapeuta y otro como coterapeuta, las sesiones se graban en audio y video, a su vez existe un equipo de trabajo que observa las sesiones detrás del espejo, compuesto por la supervisora y supervisados los cuales se consultaban frecuentemente para verificar el proceso terapéutico. Cada sesión se realizó la planeación y supervisión del caso para una pronta solución de los problemas. Al concluir el periodo de atención semestral se realizaban portafolios electrónicos donde se registran los trabajos terapéuticos de cada caso, permitiendo un análisis del trabajo realizado
RESULTADO	Se dio el servicio a 270 casos, de los cuales se logró el objetivo esperado por ellos mismo, en 127 casos. En todos los procesos se manejó un promedio de diez sesiones para resolver la situación, podían ser más o menos dependiendo el avance. El desempeño terapéutico y de aprendizaje fue el esperado la combinación del entrenamiento practico con supervisión clínica y el seguimiento teórico son infalibles y se reflejó en el desbloqueo de dos problemas atendidos.

7. DISCUSIÓN

A partir de los resultados de los datos de la población atendida en el programa “*ATENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE PARA EL PÚBLICO EN GENERAL*” de Febrero a Diciembre del 2015 en la CUAS-T, se puede observar un equilibrio en los pacientes de acuerdo al sexo, con un nivel de estudio centrado en educación básica; solteros, con diversos rangos de edad, que oscilan desde infantes a adultos, con tres principales tipos de problemas; el primero se refiere a problemas personales como tristeza, timidez, toma de decisiones, ansiedad, fobias; seguido de adolescentes rebeldes con comportamiento desafiante, y desobediencia de órdenes; por último tenemos los problemas de conducta en niños. El índice de mayor atención de acuerdo a las categorías “Usuarios externos y Comunidad universitaria” la obtuvo la modalidad Usuarios externos, lo que representa un flujo importante de usuarios pertenecientes al área geográfica donde se ubica la clínica.

Como parte del equipo que proporcionó el servicio de atención psicológica breve para el público en general en el periodo de Febrero a Diciembre del 2015 en la CUAS-T y a partir de una revisión sistemática de documentos relacionados a la supervisión clínica acorde al modelo de resolución de problemas del M.R.I, es importante señalar una serie de sugerencias para optimizar el funcionamiento de dicho programa.

Para visualizar con claridad las diferentes propuestas de optimización del servicio, es necesaria la estructuración bajo tres ejes que engloban la práctica cotidiana en el servicio de Atención Psicológica Breve dentro de la CUAS-T.

1. AREA DE SUPERVISIÓN CLÍNICA (DOCENCIA)

De acuerdo a la búsqueda de información en las bases de datos: REDIB, REPI, Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, SCIELO, GOOGLE, SCIENCEDIRECT y la Revista de Psicología de la FES Zaragoza, así como la búsqueda en los portales de las universidades públicas y privadas, de México y el extranjero se observa poca difusión a los trabajos clínicos que se realizan en las diferentes instituciones de nuestro país, que ofrecen formación académica a través de un servicio de salud, bajo el modelo de Resolución de Problemas del MRI.

A diferencia de México en el extranjero hay mayor constancia de estudios publicados pero poca accesibilidad, dichas publicaciones están sujetas a un costo monetario por publicación o membresías, accediendo a ser parte de la institución donde se resguardan.

En este sentido se entiende que existen pocas publicaciones recientes a las que se pueden tener acceso, para nutrir la formación terapéutica basada en la supervisión clínica o el aporte terapéutico dentro del área de la salud con el modelo de terapia breve en resolución de problemas del M.R.I.

Hay que resaltar las bondades del modelo al permitirse adaptar sin ningún problema a un esquema de salud público, por su periodo corto de duración en el tratamiento, por lo tanto mayor número de usuarios atendidos, apropiado para el entrenamiento y supervisión clínica constante, a diferencia de otros modelos.

Dichas características en cuadran perfecto en el contexto de las CUAS de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por la gran cantidad de usuarios que acuden al servicio de bajos recursos económicos y con poca disposición de tiempo para el tratamiento.

De acuerdo al esquema de entrenamiento dentro del programa de servicio social “Atención Psicológica Breve para el público en general” en comparación a los esquemas de entrenamiento presentados en los documentos revisados. No se encontraron diferencias significativas que determinen una supervisión clínico terapéutico diferente a las técnicas y fundamentos del modelo.

Al igual que en el mismo Centro de Terapia Breve del M.R.I, la CUAS-T cuenta con una cámara de Gesell equipo de audio y video para la grabación de las sesiones, un interfon para la comunicación constante con el equipo, supervisión constante, equipo terapéutico, planeación y estructuración de la sesiones.

Por lo que el modelo y la estructura de la supervisión se encuentran muy bien fundamentadas y representadas en el programa de servicio social, al contar con la misma estructura de supervisión presentada en publicaciones de primera mano, de los principales representantes del modelo, así como una supervisión constante de la directora del Centro de Terapia Breve del MRI Karin Schlanger.

Como en toda adaptación de esquemas de entrenamiento y supervisión clínica, existen diferencias mínimas que están más relacionadas al contexto de implementación, que a la enseñanza y servicio, como las horas a cubrir o los requisitos para acceder a dicho programa. A un que no significativos pero no menos importantes, el programa de servicio implemento algunas medidas que buscan subsanar estas pequeñas diferencias, como un número específico de

horas a cubrir o el haber estado en práctica clínica con la supervisora, en alguna materia de la licenciatura, con el fin de garantizar el buen quehacer terapéutico .

2. ÁREA DE SERVICIO A LA SALUD

Otro aspecto del funcionamiento del programa de servicio social que requiere de atención, es el seguimiento de casos clínicos, ya que a la gran cantidad de casos totales de deserción presentados en los reportes de servicio del programa de Atención Psicológica Breve para el público en general de los años 2012, 2013 y los datos obtenidos en el 2015 arrojan un número muy alto de deserción, equivalente a más del 50% de casos totales atendidos en un año de servicio.

Según Alcázar (2007) la deserciones representan un hueco en la estructura secuencial de la práctica clínica, principalmente por la falta de información específica de los motivos que influyeron para que los pacientes interrumpir el tratamiento terapéutico. Esta problemática desarrolla dos posibilidades, de acuerdo con Fisch, Weakland y Segal (2003) puede ser que el problema no se ha solucionado, pero se muestran satisfechos, ya que las cosas va un poco mejor, o se encuentre insatisfecho con el tratamiento. En cualquiera de los dos casos no hay forma de saberlo, solo es posible contactando posteriormente al paciente.

El contacto posterior con el paciente que no concluyo el tratamiento, tiene como principal eje el conocer los motivos que propiciaron la deserción al servicio de atención psicológica, por lo que realizar una investigación, como la efectuada en el 2005 en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, por Jaimes Ibarra, en el Centro de Servicios Psicológicos a través de un cuestionario conformado por 24 reactivos divididos en 6 diferentes categorías: Insatisfacción con el terapeuta, Insatisfacción con el tratamiento, Desempeño inadecuado del paciente, Aversión al estigma de enfermo mental, Percepción inadecuada del problema y Obstáculos prácticos. Con el objetivo de identificar si existen diferencias entre los pacientes que abandonaron el tratamiento y los que concluyeron.

La investigación arrojó que existen diferencias significativas entre los pacientes que completaron el tratamiento y los que lo abandonaron en cuatro variables: la insatisfacción del paciente con el terapeuta, el desempeño inadecuado del propio paciente, la insatisfacción con el tratamiento y la presencia de obstáculos prácticos, por ultimo no se encontraron diferencias importantes en ambos grupos de pacientes con respecto a sus variables socio demográficas.

Un estudio similar proporcionaría un panorama de los motivos de abandono del tratamiento psicológico, del programa de atención psicológica de la CUAS-T. Los resultados obtenidos, podrán establecer criterios específicos en el desarrollo terapéutico e implementación de acciones que optimicen dicho servicio.

Otro aspecto del funcionamiento del servicio social que requiere atención, tiene que ver con el índice de casos atendidos plasmados en la figura siete del presente reporte, donde en las primeras tres columnas se concentran más del 50% de los usuarios, representando las modalidades “Problemas personales”, “Adolescentes rebeldes” y “Problemas de conducta en niños”, estos datos toman mayor fuerza cuando se relacionan con la figura cinco, donde el mayor índice de individuos atendidos en el servicio son adolescentes de entre 12 y 17 años; seguido de los infantes con edades inferiores.

Las modalidades planteadas en el párrafo anterior representan una constante en la atención. De acuerdo a los reportes de servicio realizados en el 2012, 2013, al ubicarse estas modalidades entre las primeras cinco categorías de problemas atendidos con mayor flujo de usuarios. Por lo que es necesario intervenir de manera anticipada a estas problemáticas y una forma de abordarlo desde el modelo de resolución de problemas del M.R.I, es la propuesta realizada por Karin Schlanger en su artículo “hoy en Palo Alto: Un trabajo en escuelas californianas con población migrante”

Según El Grupo Palo Alto Internacional (2015) en opinión de Karin Schlanger, la problemática con adolescentes y niños, tiene un vínculo directo con la escuela, desarrollando problemas personales; esta situación se genera a partir de la evolución de los problemas en etapas tempranas de la vida, es decir que al trabajar con niños y adolescentes se pueden prevenir problemas que pueden resultar más graves, impactando en la familia y en la vida futura del niño o del adolescente.

De acuerdo a la perspectiva nacional, según el Instituto Nacional de Evaluación de la Educación dos de los principales problemas que propician el abandono escolar en alumno adolescente, son los problemas familiares y los problemas en los centros educativos (INEE, 2017). Dicha información proporciona un panorama global de los datos presentados en el presente reporte, ya que las mismas problemáticas representan más del 50% de casos atendidos en el servicio de atención psicología para el público en general.

A partir de la importancia nacional por combatir el abandono escolar y con base en el objetivo institucional, donde se reafirma el compromiso social, activo y solidario en la solución de problemas de acuerdo a las necesidades del país, es prioritario generar acciones que mermen dicha problemática (INEE, 2017).

Con la finalidad de optimizar el impacto del servicio al público en general dentro de la clínica Tamaulipas, es necesario abordar la problemática con mayor índice reportada dentro del servicio social y colaborar con una de las mayores problemáticas actuales del país. Es fundamental adentrarse en los terrenos escolares, con cuadrillas de pasantes que se involucren desde la escuela, una vez al mes, dentro de los consejos técnicos, para tratar problemáticas generales o atender casos específicos en donde necesiten apoyo. Este tipo de acciones de acuerdo con Schlanger (2015), buscan prevenir problemas graves en un futuro próximo o lejano y fomentar la participación de los docentes en la solución de los problemas. El cambio en las escuelas se puede dar en diferentes niveles de relación directamente con los maestros, entre maestros y alumnos, alumnos entre sí y sistema familiar. Este contacto se puede realizar a partir de la llamada de auxilio ya sea por medio de los padres, o directamente con la escuela. *Grupo Palo Alto Internacional* (22 de Octubre del 2015).

Regularmente el contacto se da con quien este mas motivado al cambio y al mismo tiempo crear una especie de puente entre lo que está pasando en la escuela y en casa, porque generalmente no son cosas aisladas. *Grupo Palo Alto Internacional* (22 de Octubre del 2015).

Siguiendo con Schlanger et al. (2014) trabajar con la escuela tiene sus ventajas, al acceder a la familia, este acercamiento tiene una connotación de ayuda, debido a que las escuelas son definidas por la cultura latina como un lugar donde se ayuda a los estudiantes. Este acercamiento con la escuela y con la familia ofrece la oportunidad de modificar el sistema del estudiante, dado que acuden con mayor facilidad a la escuela que a un consultorio, por los diferentes significados adjudicados a dicho hecho.

3.- ÁREA ADMINISTRATIVA

A partir de la revisión de los reportes del programa realizados en el 2012, 2013 y a partir de la experiencia acumulada durante el 2015 es necesario remarcar las necesidades para un mejor servicio y práctica clínica.

El primer aspecto es la necesidad de más cámaras de Gesell, para un trabajo más regulado y con mejores aportes en la supervisión que impacte de manera directa en los resultados con forme a la resolución de los problemas del cliente, ya que de acuerdo a la cantidad de usuarios atendidos en los tres diferentes años presentados en el párrafo anterior solo una tercera parte de los usuarios fueron atendidos en la cámara de Gesell. Esto no quiere decir que no se contó con supervisión clínica, por el contrario la dinámica de las sesiones se programaron de tal forma que la planeación era prioridad y la retroalimentación con el equipo tenía que ser constante y frecuente.

Este tipo de limitaciones técnicas no merman de manera significativa el quehacer terapéutico o la supervisión, pero si entorpecen el desarrollo clásico de las practicas supervisadas.

Otro aspecto que contemplar para optimizar el servicio tiene que ver con la asignación de casos, en otros reportes del programa como el del 2012 y 2013 no se reportaron sugerencias al respecto pero como parte de mi experiencia es prioritario realizar algunas adecuaciones y para contextualizarlo, es necesario mencionar la forma en que se cubren las horas del servicio social, las cuales comprenden dos semestres universitarios, por lo que el grupo de pasantes se compone de prestadores del servicio de primero y segundo semestre.

Según Haley (1997) hay jerarquías entre los terapeutas que integran una organización o un sistema; dicha jerarquía está conformada por la experiencia en la práctica clínica, ya que el proceso de formación terapéutica se desarrolla en diferentes etapas, que van desde el proceso de adaptación, hasta la adquisición de habilidades tácticas y conocimientos propios del modelo, a través de la retroalimentación contante entre la teoría y práctica.

Este tipo de jerarquías no son consideradas para la asignación de los casos, asignándose de manera aleatoria, lo que genera inconvenientes en el ejercicio terapéutico y en la resolución de los problemas del cliente, principalmente por cometer “errores de oportunidad”. De acuerdo con Fisch, Weakland y Segal (2003) “ los errores de oportunidad u oportunidad y ritmo” se suscitan cuando el terapeuta se precipita en la postura frente a dicho problema, de tal modo, que ante los ojos del cliente parece impaciente e indiferente; no quiere decir que carezcan de capacidad, la

diferencia radica en la habilidad del manejo de información de acuerdo al ritmo y oportunidad para intervenir.

La necesidad de tener en cuenta la experiencia del pasante para la asignación de casos aumenta cuando dichos casos son categorizados como graves o difíciles, por el hecho de que los terapeutas en formación pueden “enfrentar reacciones personales que les impida funcionar como deberían (...) ya que se les pide que respondan a seres humanos en dificultades y los hagan cambiar, cuando en su inocencia, el problema presentado tal vez les parezca increíble”. (Haley, 1997, p. 20 y 21).

De acuerdo con Fisch y Schlanger (2002) las características que conceptualizan a un caso como grave, son diversas pero enmarcadas en dos diferentes perspectivas; desde el paciente o desde el terapeuta y suelen consolidarse cuando se fracasa en algún tratamiento; también cuando el problema es significativamente considerado por el paciente como diferente de las personas “normales” ya sea porque padece una patología persistente, por ciertas etiquetas que dan al problema un aura de inmunidad o cuando el paciente esta tan dominado por sí mismo que está prácticamente incapacitado.

Siguiendo con Fisch y Schlanger (2002) otra constante que conceptualiza a los casos como graves e intimidantes es el etiquetamiento de los problemas y la forma en que se abordan dichos problemas, estos se estructuran de forma paralela, ya que al no abordar de manera eficiente el caso se consolida la etiqueta para el paciente y el pasante, retroalimentando a nivel conductual la angustia y la ansiedad, paralizando al pasante en su lucha desesperada por ayudar al paciente con su problema.

De manera más concreta los casos graves e intimidantes son catalogados por Fisch y Schlanger (2002) a partir de las manifestaciones del problema, que comprometan la integridad física del cliente como amenazas de suicidio, homicidio, agresión, inanición. Reflejándose directamente en la relación terapéutica, generando pautas de intervención gestadas por sensaciones que se traducen en acciones en el núcleo de la sesión, dichas sensaciones son difíciles de controlar cuando los casos son categorizados como difíciles, complicados o graves provocando temor, exceso de responsabilidad y es visto como exorbitante para la experiencia que posee el terapeuta e intimida; sumiéndose en confusiones o en estatismo provocando una involución del trabajo terapéutico.

A partir de la teoría planteada en los párrafos anteriores, se puede determinar que hay casos que se desarrollaran mejor si los atiende un interno de segundo semestre y habrá otros que necesiten la presencia del supervisor; otra posibilidad es que el caso sea atendido en la cámara de observación por el supervisor para modelar a los internos, como en estos casos intimidantes.

Según Haley (1997) las diferentes posibilidades de asignación, deben ser mediadas por el supervisor en las primeras sesiones, de acuerdo a la categoría del problema, a la experiencia del pasante y a la interacción terapéutica en las sesiones.

Otro aspecto del funcionamiento del servicio social que requiere atención, es en relación a las personas que se encuentran en la sala de espera, estas acuden acompañando al usuario del servicio de psicología clínica y en algunas ocasiones ingresan a sesión con el objetivo de complementar información de la problemática en cuestión; pero la mayoría de las sesiones se mantiene en la sala de espera.

Con la finalidad de optimizar el impacto del servicio al público en general, a partir de la estructura de cambio que se genera en los familiares que están en sesión, y de acuerdo a impacto constante del servicio a la sociedad, así como tomando en cuenta la estructura organizacional administrativa del servicio. El tiempo de espera de los familiares puede ser empleado para promover el reencuadre, a partir de la implementación de talleres temáticos como los empleados por la Dirección General de Orientación y Atención Educativa en la Universidad Nacional Autónoma de México, abordando las problemáticas que más incidencia tengan dentro del servicio, con el objetivo de proporcionar a los familiares un espacio para pensar y reflexionar, a través del intercambio de información y de experiencias cotidianas que favorezcan el desarrollo de habilidades personales para resolver problemas (www.dgoserver.unam.mx).

El intercambio de información, mediado por el terapeuta, favorece el reencuadre, y se gesta cuando cada uno de los familiares que se encuentren en el taller, planteen su punto de vista de la problemática a desarrollar. Este punto de vista o marco de referencia, representa la interpretación del problema de acuerdo a los significados propios de cada individuo o implicaciones atribuidas a la conducta en relación al problema (Weakland et al., 1974).

Los significados planteados por cada uno de los miembros del taller, son redefinidos en medida de la interacción e intercambio de información del tema, con la participación activa del terapeuta.

Andersen (1994) comenta que:

Vemos al sistema del problema creado como un escenario en el que muchos pueden verse. Cada uno de ellos tiene una tendencia a quedarse prendido de una descripción del problema, tiene una explicación para el mismo y, por lo tanto y naturalmente, tiene un significado sobre cómo resolverlo.

Cuando cada uno de los que se encuentran en la situación tienen significados que son en parte diferentes de los de los demás, pueden emerger nuevos significados si estos son intercambiados en conversaciones (p.56).

La resignificación representa la introducción al circuito de retroalimentación interaccional del problema, estas pautas pueden ser interrumpidas, cuando se encuadra al problema dentro de otro marco de referencia, dando origen a una nueva forma de percibir el problema, y al mismo tiempo baja la tensión alrededor del síntoma y favorece cambios posteriores (Weakland et al., 1974).

En la figura 21 se presentan las fases del proceso de atención psicológica dentro del programa de “atención psicológica breve para el público en general, acompañado de propuestas de mejora en el servicio”

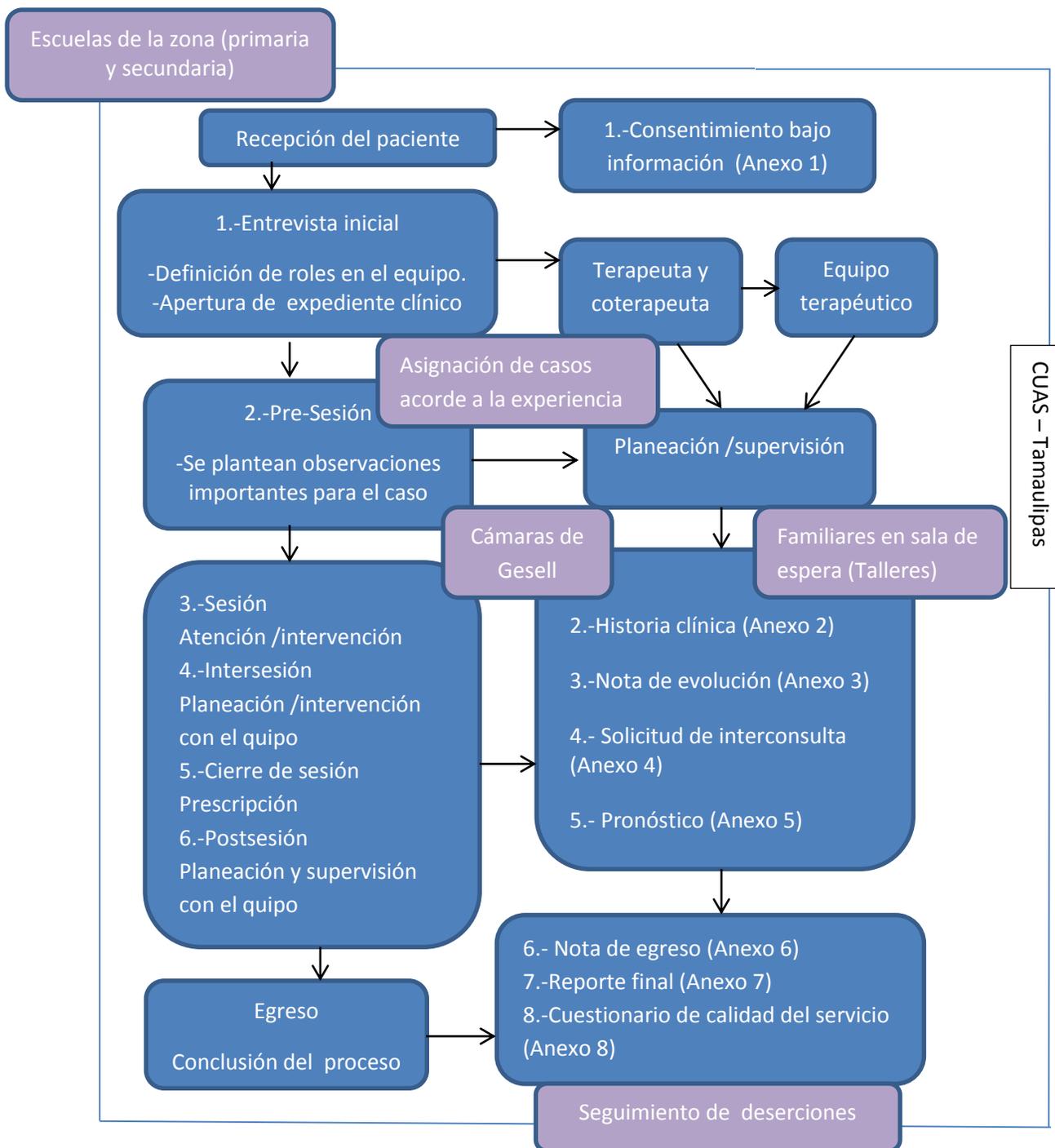


Figura 21. Fases del proceso de psicoterapia en la CUAS- Tamaulipas y las propuestas de optimización del programa

8. Conclusión

A partir de la revisión sistematizada se puede concluir que la supervisión o entrenamiento terapéutico que se imparte en el programa de “Atención Psicológica Breve para el Público en General” cuenta con la estructura de los programas de entrenamiento internacional, y en comunicación constante con la directora del Centro de Terapia Breve del M.R.I por lo que la supervisión que se ofrece es de muy alta calidad, sin embargo hay áreas que necesitan mayor atención, como el impacto de servicio a la salud y el área administrativa, por lo que requieren ser subsanadas a partir de esquemas que favorezcan la plenitud en el servicio psicológico, de acuerdo a la misión y visión con las que fueron creadas las Clínicas Universitarias de Atención a la Salud, para poder impactar de manera directa en la salud y el desarrollo de la población, impulsando el desarrollo profesional y social, brindando la posibilidad de un futuro próspero para la nación, influyendo de manera directa en disminución de los trastornos mentales y en la demanda de atención dentro del sector de salud pública.

9. Referencias

- Alcázar, R. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud mental*, 30 (5), 55-62.
- Andersen, T. (1994). *Equipo reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. España: Gedisa.
- Anger, D. B., Schlanger, K., Rincón, C., y Becerra, M. A. (2003). Una Nueva Dirección para la Terapia Breve en el MRI; Solucionando problemas Multiculturalmente: Nuestra Experiencia Latina. En G. Gutiérrez. (Ed.), *Terapia Breve La Magia Del Cambio* (PP. 51 – 77). México: CEFAP.
- Becerra, O. (2014). La salud mental en México, una perspectiva, histórica, jurídica y bioética. *Pers.bioét*, 18(2), 238-253.
- Bermúdez, C. y Navia, C. (2013). Factores que favorecen y se interponen en el establecimiento de la alianza terapéutica en terapia de familia y pareja. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(2), 333-343.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2000). *Terapia Sistémica Individual*. Argentina: Amorrortu.
- Buenrostro, A. (2016). Programa de apoyo al aprendizaje escolar: Docencia, servicio e investigación. *Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM*, 6(11), 1-14.
- Cade, B. y O' Hanlon, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. España: Paidós.
- Castellanos, O., Solís, C. y Keeney, H. (2014). Historia natural y epistemología, legado batesoniano para la Terapia Familiar. *Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM*, 4 (1), 1-33.
- Ceberio, M. (1999). En G. Nardone y P. Watzlawick (Ed.) *Terapia Breve: Filosofía y Arte* (pp. 9-11). España: Herder.
- Ceberio, M y Watzlawick, P. (2006). *Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. España: Herder.
- Chubb, H & Evans, E. (1990). Therapist efficiency and clinic accessibility with the mental health research institute brief therapy model. *Community Mental Health Journal*, 26(2), 139-149.
- Chubb, H., Nauts, P and Evans, E. (1984). The Practice of Change: A Working MRI/Brief Therapy Clinic, *AJFT*, 5(3), 181–184.
- Cócola, C. (2017). Integrando la teoría del apego al modelo sistémico, Cibernético y constructivista. *Redes*, 35(6), 11-20.

- Cordella, M. (2014). Terapia sistémica y angustia. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 17(2), 489-534.
- Cruz, C. (2016). Aplicación del principio Ericksoniano de utilización como catalizador de resiliencia: Análisis de caso. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 19 (1), 50-73.
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de Terapia Familiar Breve. Un Enfoque Ecosistémico*. España: Paidós.
- De Shazer, S. (1997). *Claves en Psicoterapia Breve. Una teoría de las soluciones*. España: Gedisa.
- Díaz, L., Arredondo, A., Pelcastre, B. y Hufty, M. (2017). Indicadores de gobernanza en políticas y programas de salud mental en México: una perspectiva de actores clave. *Gaceta Sanitaria*, 31(4), 305–312.
- Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. (2012). *Informe de actividades de la gestión 2010-2014*. Recuperado de [http://condor.zaragoza.unam.mx/portal/wp-content/portal/2015/informes Gestión/archivos_gestión/IIinforme.pdf](http://condor.zaragoza.unam.mx/portal/wp-content/portal/2015/informes/Gestión/archivos_gestión/IIinforme.pdf).
- Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). *Cambiando lo incambiable. La terapia breve en casos intimidantes*. España: Herder.
- Fisch, R., y Schlanger, K. (2008). Manual de la Terapia Breve Resolución de Problemas/MRI. En G. Gutiérrez. (Ed.), *Terapia Breve La Magia Del Cambio* (PP. 41 – 50). México: CEFAP.
- Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (2003). *La táctica del cambio*. España: Herder.
- Freire, P. (1992). *La importancia de leer y el proceso de liberación*. México: Siglo veintiuno editores.
- Galván, M., Huerta, H., Galindo, M., Barrientos, A. Y Morales, M. (2016). Conocimiento del consentimiento informado clínico en profesionales en formación en salud. *Revista investigación en educación médica*, 5(18), 108-114.
- Grupo Palo Alto Internacional. (2015, Octubre, 22). *Colaboración de Karin Schlanger en la universidad VIU*. [Media p360]. Recuperado de <http://www.youtube.com/Q9-HLC4ZvFE>.
- Gutiérrez, J. y Portillo, C. (2015). Prevalencia de trastornos mentales y recursos humanos en salud mental en el salvador. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 18(3), 1193-1222.
- Gutiérrez, L. (2013). *Reporte de servicio social del programa de terapia breve para el público en general, de Enero a Diciembre de 2013* (Informe final de servicio social). Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, México.
- Haley J. (1997). *Aprender y enseñar terapia*. Argentina: Amorrortu editores.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar: un marco conceptual para el cambio de sistemas*. CDMX, México. Fondo de cultura económica.

- Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. (2017). *Informe: La educación obligatoria en México*. Recuperado de <http://www.publicaciones.inee.edu.mx>.
- Liddle, H., Breunlin, D. & Schwartz, R. (Ed.). (1988). *Handbook of Family Therapy Training and Supervision*. United States of America: The Guilford.
- Madrigal, E. (2016). Fortalecimiento de la salud mental en México: recomendaciones para una psiquiatría comunitaria. *Salud Mental*, 39 (4), 235-237.
- Marín, M. Graun, R y Yubero, S. (2002). *Procesos Psicosociales en los contextos educativos*. España: Pirámide.
- Nardone, G. (2002). *Miedo, pánico y fobias. La terapia breve*. España: Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El Arte Del Cambio*. España: Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1999). *Terapia breve: Filosofía y arte*. España: Herder.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. España: Herder.
- O'Hanlon, B. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. España: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe sobre el sistema de salud en México*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports_mexico_es.pdf.
- Rapado, M., Pazos, A., Fañanás, L., Bernardo, M., Ayuso, J., Leza, J., Berrocoso, E., De Arriba, J., Roldán, L., Sanjuán, J., Pérez, V., Haro, J., Palomo, T., Valdizan, E., Micó, J., Sánchez, M. y Arango C. (2015). Desarrollo profesional en investigación traslacional en neurociencias y salud mental: educación y *formación* dentro del Centro de Investigación Biomédica en Red en Salud Mental. *Psiquiatría y salud mental*, 8(2), 65-74.
- Ray, W. y Watzlawick, P. (2006). El Enfoque Interaccional. En A. Roizblatt. (Ed.) *Terapia Familiar y de Pareja*. (pp. 191-208). Argentina: Mediterráneo.
- Riveros, R. M. (2008). Psicoterapia Breve Sistémica. En L. Oblitas. (Ed.) *Psicoterapias Contemporáneas*. (pp. 245-263). México: Cengage Learning Editores.
- Robles, L. (2004). *En la FES Zaragoza, la UNAM está al servicio de los pobres*. La crónica. México. (Recuperado de <http://www.cronica.com.mx/notas/2004/106265.html> el día 10 de Marzo de 2017).
- Rosenblueth, A. (1995). *El Método Científico*. México: La Prensa Medica Mexicana.
- Ruiz, A. (2014). *Atención psicológica breve para el público en general: Un programa basado en el enfoque M.R.I* (Informe final de servicio social), Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, México.

- Saavedra, N., Berenzon, S., Medina, M., Aparicio, V. y Galván, J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(4), 252–8.
- Sánchez, D. (2000). *Terapia Familiar: Modelos y Técnicas*. México: Manual Moderno.
- Schlanger, K., Cinella, G., Díaz, G., y González, P. (2014). Hoy en Palo Alto: un trabajo en escuelas californianas con población inmigrante. En R. Medina., E. Laso y E. Hernández. (Ed.), *Pensamiento sistémico: Nuevas perspectivas y contextos de intervención*. (pp. 73-95). México: Litteris.
- Schlanger, K., Pérez, A., Moratalla, T., Cáceres, J. y Macris, P. (2010). La Terapia Familiar Sistémica en el Trastorno Mental Grave: Una Experiencia en el Hospital de Sant Pau de Barcelona. *Clínica contemporánea*, 1(3), 203-217.
- Secretaría de Salud. (2014). *Salud Mental: programa sectorial de salud (30)*. Recuperado de [http:// www.gob.mx>attachment](http://www.gob.mx>attachment) el día 22 de noviembre de 2017).
- Segal, L. (1994). *Soñar la realidad: el constructivismo de Heinz Von Foerster*. México: Paidós.
- Solís, C. y Vargas, P. (2015). El servicio de psicología clínica en el marco de la atención universitaria. *Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM*, 5(9), 63-76.
- Ugarte, A. (s.f.). *Orígenes cibernéticos de la comunicación y salud*. Recuperado de: <http://www.comunideas.com/wp-content/uploads/2014/11/Aitor-Ugarte-Articulo-Origenes-ciberneticos-de-la-CyS.pdf> el día 30 de marzo del 2016.
- Vargas, B. y Villamil, V. (2016). La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Mental*, 39(1), 3-9.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En L. Eguiluz (Ed.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (pp. 1-27). México: Editorial Pax.
- Vargas, P. (2007). La visión orientada a los sistemas de interacción: El centro de terapia breve del MRI. En M. García (Ed.) *Estrategias de Evaluación e intervención en psicología* (pp. 127-162) México: Miguel Ángel Porrúa.
- Vargas, P. y Solís, C. (2016). The Don D. Jackson Archive of Systemic Literature: Una entrevista con Wendel A. Ray. *Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM*, 6 (12), 115-123.
- Velázquez, A., Sánchez Sosa, J., Lara, M. y Senties, H. (2000). El abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional. *Revista de psicología*, 18(2), 315-340.
- Ventura, D. (2016). Retomando a Don D. Jackson, pionero de la terapia familiar sistémica: Una aproximación a su trayectoria profesional. *Redes*, 34(12), 9-22.

- Watzlawick, P. Weakland, J. y Fisch, R (2007). *Cambio*. España: Herder.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. y Bodin, A. (1974) Brief Therapy: Focused Problem Resolution. *Family Process*, 3(2), 141-162.
- Weinberg, G. (1972). Una aproximación por computadores a la teoría general de los sistemas. En J. Wiley y Sons, Inc. (Ed) *Tendencias en la teoría general de los sistemas*. (pp. 118-167). España: Alianza Editorial.
- Witzeaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. España: Herder.

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD



F1. CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

Yo _____ en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de _____ (paciente/cliente/usuario, tutor/a o representante legal de este).

DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA LO SIGUIENTE:

1. Se me ha informado de las condiciones bajo las cuales se me proporcionará atención / tratamiento psicológico (costos, horarios, procedimientos, dinámica de trabajo, etc.), por lo que doy mi consentimiento para que las entrevistas que me involucran a mí y/o a los miembros de mi familia sean observadas por los profesionales de la institución y/o profesionales externos, invitados para observar su trabajo.
2. Asimismo, doy mi consentimiento para que estas entrevistas sean grabadas en audio y en video, y que sus transcripciones o partes seleccionadas, así como las notas clínicas y demás datos sean utilizados por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Z), UNAM y los psicólogos responsables con fines de enseñanza (reportes clínicos, sesiones clínicas), investigación y publicación en revistas, libros y otras publicaciones de carácter científico y profesional.
3. Entiendo que la FES-Z, UNAM y sus profesionales son los responsables del uso confidencial y ético del material y/o información contenida en cada caso. Esto eliminando de las grabaciones y de cualquier fuente de información la identificación personal del o los pacientes/clientes/usuarios involucrados.
4. Entiendo que es importante mi adherencia al tratamiento y que de no cumplir con las indicaciones que me sean dadas, el terapeuta reconsiderará la atención que se me brinda e incluso, de ser necesario, se me canalice o refiera a otro servicio de salud.
5. Entiendo que en algunas circunstancias tales como amenazas de daño así mismo u otra/s persona/s, sospecha de abuso o negligencia en el cuidado de un menor, adulto mayor o persona en condición de discapacidad o dependencia el terapeuta podrá

recurrir a las instancias o autoridades correspondientes y hacer lo conveniente, según sea el caso.

6. Entiendo que en caso de litigación, el material confidencial y los archivos y/o testimonios con respecto a un paciente y/o su familia "*posiblemente*" deban ser entregados de acuerdo con la ley que se aplica, previa solicitud por escrito y con carácter oficial, sea por una institución pública o privada.
7. Entiendo que en caso de existir un motivo de tipo legal (litigio, peritaje, etc.) por lo cual solicito el servicio de psicología, mi caso será turnado a las autoridades que corresponda dentro de la FES-Z para que sea atendido.
8. Entiendo que mi consentimiento es voluntario, y que puedo retirar mi participación y compromiso terapéutico en cualquier momento.

Nombre y firma del paciente / Responsable / Cuidador principal:

Nombre y firma del Profesional / Terapeuta Responsable:

Nombre y firma de un Testigo:

Fecha: _____

Hora de término:

ANEXO 2 HISTORIA CLINICA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD



F2. HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

I. DATOS DE REFERENCIA

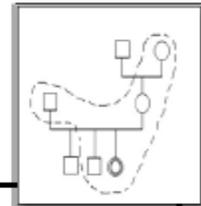
Fecha: ____ / ____ / ____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px;"> dia mes año </small>	No. Expediente:
Clínica de Universitaria de referencia: 1. Aurora [] 2. Benito Juárez [] 3. Estado de México [] 4. Los Reyes [] 5. Nezahualcoyotl [] 6. Reforma [] 7. Tamaulipas [] 8. Zaragoza [] 9. Otra: [] Mencione ¿cuál?	
Domicilio:	
Calle y número	Colonia
C.P.	Delegación/Municipio
Teléfono/s:	

II. DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre:		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre/s
CURP:		
Sexo: 1. Femenino [] 2. Masculino []	Edad: _____ Fecha y lugar de nacimiento: ____ / ____ / ____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px;"> dia mes año </small>	
Edo. Civil: 1. Soltero/a [] 2. Casado/a [] 3. Divorciado/a [] 4. Viudo/a [] 5. Unión libre []		
Último grado de estudios: 0. Sin escolaridad [] 1. Primaria [] 2. Secundaria [] 3. Bachillerato [] 4. Licenciatura [] 5. Otros estudios:		
Ocupación: 1. Hogar /ama de casa [] 2. Comercio formal [] 3. Comercio informal [] 4. Empleado/a [] 5. Obrero/a [] 6. Profesionista [] 7. Otra:		
Religión: 1. Católica [] 2. Cristiana [] 3. Protestante [] 4. Testigo de Jehová [] 5. Otra: [] Mencione ¿cuál?		
En su religión Usted es: 1. Creyente [] 2. Practicante [] 3. Ambas []		
Domicilio:		
Calle y número	Colonia	

C.P.	Delegación/Municipio
Teléfono particular (con lada):	
Teléfono celular:	
E mail:	

III. GENOGRAMA FAMILIAR



IV. DATOS DEL RESPONSABLE / CUIDADOR PRINCIPAL

Nombre:		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre/s
Tipo de relación con el paciente:		
1. Familiar [] 2. Tutor/a [] 3. Responsable jurídico []		
4. Responsable institucional [] 5. Otro: []		

6.4. ¿Qué tan severo es su problema para Usted? y mencione ¿Por qué?

1. Leve [] 2. Moderado [] 3. Severo [] 4. Incapacitante []

VII. MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO:

7.1. Actualmente, ¿Cuáles son los cambios que quiere hacer?

7.2. ¿Cuáles son las razones por las que quiere cambiar?

7.3. ¿Qué pasos cree Usted debe seguir para lograr este/os cambio/s?

V. MOTIVO DE CONSULTA

5.1. Problemática actual:

5.2. Antecedentes del problema:

5.3. Diagnóstico/s previo/s:

VI. POSTURA DEL PACIENTE

6.1. En este momento, ¿Qué lo motivó a buscar atención psicológica?

6.2. Causalidad atribuida al problema: ¿A qué atribuye su situación?

6.3. Intentos previos de control y resultados: ¿Qué ha hecho para resolver el problema o sentirse mejor?

VII. MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO:

7.1. Actualmente, ¿Cuáles son los cambios que quiere hacer?

7.2. ¿Cuáles son las razones por las que quiere cambiar?

7.3. ¿Qué pasos cree Usted debe seguir para lograr este/os cambio/s?

7.4. ¿Quiénes podrían apoyarle en este/os cambio/s? y ¿Cómo?

¿Quién/es?	¿Cómo?

7.5. ¿Qué facilitaría este/os cambio/s?

7.6. ¿Qué barreras u obstáculos podrían interferir en su plan de cambio?

7.7. ¿Cómo sabrá que el plan de cambio funcionó?

VIII. EXPECTATIVAS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA

8.1. ¿Qué espera de esta terapia psicológica?

IX. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

9.1. Actualmente, ¿Qué le preocupa acerca de su salud? y ¿Por qué?

9.2. ¿Qué problemas de salud ha tenido en los últimos seis meses?

9.3. ¿Qué ha hecho para resolverlos?

9.4. En los últimos seis meses, ¿Cómo calificaría su estado de salud? y ¿Por qué?

1. Bueno [] 2. Regular [] 3. Malo []

9.5. ¿Cuál/es de los siguientes problemas se presentaron o están presentes en los miembros de su familia inmediata (padres, hermanos, abuelos)?

1. Depresión []
2. Ansiedad []
3. Alcoholismo []
4. Adicciones []
5. Violencia []
6. Enfermedad/es crónico degenerativas []
7. Trastornos alimentarios []
8. Esquizofrenia []
8. Discapacidad []
9. Otras: Mencione ¿cuál? _____

X. BIENESTAR PSICOLÓGICO

En los últimos seis meses...

10.1. ¿Qué tan capaz se percibe a Usted mismo para enfrentar y resolver sus problemas? y ¿Por qué?

1. Nada capaz []
2. Poco capaz []
3. Regularmente capaz []
4. Muy capaz []

10.2. ¿Qué emociones o sentimientos han interferido (positiva o negativamente) en Usted?

10.3. Describa, cómo es la relación entre Usted y sus familiares más cercanos:

10.4. ¿Quiénes son las personas que le han apoyado o ayudan para tomar decisiones importantes, realizar actividades o escucharle cuando tiene algún problema?

10.5. ¿Qué lo ha hecho sentirse contento y/o satisfecho con su vida?

10.6. ¿Qué lo ha hecho sentirse tenso, en conflicto o estresado?

10.7. En este momento, ¿Cómo califica su estado de bienestar? y ¿Por qué?
1. Bueno [] 2. Regular [] 3. Malo []

10.8. En este momento, ¿Hay algo más que quisiera comentar o agregar y que sea importante para Usted?

OBSERVACIONES:

Nombre del Prof. / Terapeuta Responsable:

Nombre del Psicólogo / Co-terapeuta Responsable:

Hora de término:

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD



F3. NOTA DE EVOLUCIÓN

No. Expediente:	Fecha: ___ / ___ / ___ día mes año	No. Sesión:
Nombre del paciente:		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre/s

1. Evolución y actualización del proceso terapéutico:

2. Técnicas, procedimientos o estrategias de intervención psicológica utilizadas:

3. Resultados de las técnicas, procedimientos o estrategias de intervención psicológicas utilizadas:

4. Indicaciones o tareas entre las sesiones de trabajo terapéutico:

OBSERVACIONES:

Nombre del Prof. / Terapeuta Responsable:

Nombre del Psicólogo / Co-terapeuta Responsable:

Hora de término:

ANEXO 4 SOLICITUD DE INTERCONSULTA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD



F4. SOLICITUD DE INTERCONSULTA

Fecha: ____ / ____ / ____ <small style="text-align: center;">día mes año</small>	No. Expediente:
Clinica de Universitaria de referencia: 1. Aurora [] 2. Benito Juárez [] 3. Edo. México [] 4. Los Reyes [] 5. Nezahualcoyotl [] 6. Reforma [] 7. Tamaulipas [] 8. Zaragoza [] 9. Otra: [] Mencione ¿cuál?	
Domicilio:	
Calle y número	Colonia
C.P.	
Delegación/Municipio	
Teléfono/s:	

I. DATOS DEL PACIENTE

Nombre:		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre/s
CURP:		
Sexo: 1. Femenino [] 2. Masculino []	Edad: _____ Fecha y lugar de nacimiento: ____ / ____ / ____ <small style="text-align: center;">día mes año</small>	
Edo. Civil: 1. Soltero/a [] 2. Casado/a [] 3. Divorciado/a [] 4. Viudo/a [] 5. Unión libre []		
Ultimo grado de estudios: 2. Sin escolaridad [] 1. Primaria [] 2. Secundaria [] 3. Bachillerato [] 4. Licenciatura [] 5. Otros estudios:		
Ocupación: 3. Hogar /ama de casa [] 2. Comercio formal [] 3. Comercio informal [] 4. Empleado/a [] 5. Obrero/a [] 6. Profesionista [] 7. Otra:		
Religión: 2. Católica [] 2. Cristiana [] 3. Protestante [] 4. Testigo de Jehová [] 5. Otra:		
En su religión Usted es: 1. Creyente [] 2. Practicante [] 3. Ambas []		
Domicilio:		
Calle y número	Colonia	C.P.
Delegación / Municipio		
Teléfono particular (con lada):		
Teléfono celular:		
E mail:		

2.7. Comentarios, observaciones y/o sugerencias generales:

Nombre del Prof. / Terapeuta Responsable que refiere:

Nombre del Psicólogo / Co-terapeuta Responsable que refiere:

Hora de término:

2.7. Comentarios, observaciones y/o sugerencias generales:

Nombre del Prof. / Terapeuta Responsable que refiere:

Nombre del Psicólogo / Co-terapeuta Responsable que refiere:

Hora de término:

ANEXO 5 PRONOSTICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD



F5. PRONÓSTICO

Fecha: ____ / ____ / ____
 día mes año

No. Expediente: _____

El Sr. / Sra.

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre del Prof. / Terapeuta Responsable:

Nombre del Psicólogo / Co-terapeuta Responsable:

Hora de término:

ANEXO 6 NOTA DE EGRESO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD



F6. NOTA DE EGRESO

Fecha: ____ / ____ / ____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.8em;"> dia mes año </small>	No. Expediente: _____
--	-----------------------

DATOS DEL PACIENTE

Nombre:			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre/s	
Sexo:	Edad: _____		
1. Femenino [<input type="checkbox"/>] 2. Masculino [<input type="checkbox"/>]	Fecha y lugar de nacimiento: ____ / ____ / ____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.8em;"> dia mes año </small>		
Domicilio:			
Calle y número	Colonia	C.P.	Delegación / Municipio
Teléfono particular (con lada):			
Teléfono celular:			
E mail:			

Fecha de ingreso al servicio de psicología:	____ / ____ / ____ <small>dia mes año</small>
Fecha de egreso del servicio de psicología:	____ / ____ / ____ <small>dia mes año</small>

MOTIVO DEL EGRESO:

RESUMEN DE LA EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE:

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS:

Nombre del Prof. / Terapeuta Responsable:

Nombre del Psicólogo / Co-terapeuta Responsable:

Hora de término:

ANEXO 7 REPORTE FINAL



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD



F7. REPORTE FINAL

Fecha: ____ / ____ / ____ día mes año	No. Expediente:
--	-----------------

DATOS DEL PACIENTE

Nombre:			
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre/s
Sexo:	1. Femenino []	2. Masculino []	Edad:

1. Descripción del problema psicológico y/o del comportamiento identificado.

2. Listado de fuentes, instrumentos de evaluación psicológica (test, cuestionarios, inventarios, etc.) que fueron empleados y sus resultados:

Instrumentos de evaluación psicológica:	Resultados:

3. Objetivo terapéutico:

ANEXO 8 CUESTIONARIO DE CALIDAD DEL SERVICIO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD



ANEXO 8. CUESTIONARIO DE CALIDAD DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

Fecha: ____ / ____ / ____ No. Expediente: _____
 día mes año

DATOS DEL PACIENTE

Nombre:			
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre/s
Sexo:	1. Femenino []	2. Masculino []	Edad:

Instrucciones: Como Usuario/a del servicio de Psicología, es importante califique la calidad del servicio que recibió durante este tiempo. No hay respuestas buenas o malas.

1. ¿Cómo califica Usted la atención recibida por su terapeuta y co-terapeuta (alumno/a)?

- a. () Excelente
- b. () Buena
- c. () Regular

2. Considera que la información recibida fue:

- a. () Útil
- b. () Necesaria
- c. () Irrelevante

3. La comunicación con su terapeuta y co-terapeuta/s fue:

- a. () Fluida y de fácil acceso
- b. () Difícil y compleja