



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**AUTOEFICACIA Y APOYO SOCIAL EN LA ADHERENCIA A
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS DESDE UN CONTEXTO CLÍNICO
COMUNITARIO**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
ANGELES SÁNCHEZ GARDUÑO**

**DIRECTORA: DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**

**COMITÉ: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. ANA CELIA CHAPA ROMERO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. ANGÉLICA JUÁREZ LOYA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRA. ROCÍO NURICUMBO RAMÍREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



CIUDAD DE MÉXICO

2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de formar parte de la Institución y abrirme puertas en diferentes ámbitos que contribuyeron en mi formación como psicóloga y como persona. Al proyecto de Investigación "Formación de psicólogos en el ámbito clínico comunitario desde una metodología de aprendizaje-servicio" del Programa UNAM-DGAPA-PAPIME PE313518 mediante el cual fue posible la realización de este proyecto.

A la Dra. Paulina Arenas, por todo el apoyo que me brindó durante este proceso y, no solamente en ello, sino también en los últimos tres años. Gracias infinitas por brindarme la confianza para poder formar parte de su equipo de trabajo, por la calidez, la apertura y el apoyo con el que siempre me motivó a mejorar como profesionista y como persona, gracias también por impulsarme a intentar nuevas cosas aun cuando tenía miedo. Por ser un gran ejemplo a seguir y por motivarme a seguir creciendo en el ejercicio de esta profesión.

A la Dra. Mariana Gutiérrez, por el tiempo dedicado a la revisión de este trabajo y la apertura al proporcionarme la retroalimentación del mismo. Gracias por ser un ejemplo a seguir como profesionista y por las enseñanzas que me proporcionó en las clases que tuve la oportunidad de formar parte con usted, que sin duda alguna, despertaron mi interés en los temas a tratar en esta tesis.

A la Dra. Ana Celia Chapa, por el tiempo que destinó en las observaciones a este trabajo, por atender con interés, calidez y flexibilidad cada duda que surgió durante el proceso. Ha sido muy valioso poder tener sus comentarios y retroalimentación, mismos que enriquecieron mucho este trabajo.

A la Dra. Angélica Juárez, por su amabilidad y su compromiso en la revisión de este trabajo, por sus observaciones que me permitieron tener una mayor visión de aspectos fundamentales a retomar en este trabajo, algo que, lo enriqueció.

A la Dra. Rocío Nuricumbo, por el tiempo invertido y el interés que mostró en la revisión de mi trabajo, por su amabilidad, su apertura y sus retroalimentaciones positivas que me proporcionaba durante todo este proceso, gracias por ayudar a que mi trabajo pudiera mejorar.

DEDICATORIAS

A mi familia, porque sin ustedes mis grandes pilares de vida, yo no podría estar aquí, porque este logro, sin duda alguna también es suyo.

A ti, papá, por todo el amor y apoyo incondicional que me has dado siempre, por apoyarme en todas las decisiones que he tomado y por creer en mí incluso cuando ni yo misma lo hacía. Gracias por permanecer a mi lado en momentos importantes y por enorgullecerte de ellos, por todas las historias y experiencias que me compartes día a día, créeme, disfruto escuchar de ellas y sin lugar a dudas me ayudan a ser la persona que soy ahora, te amo mucho paps.

A ti, mami, por todo lo que me has dado en la vida, por ser una mamá que siempre está dispuesta a darme amor sin medida, por apoyarme en todos los momentos importantes de mi vida y por darme fortaleza en los momentos de dificultad. Gracias por todas tus muestras de amor, por todas las risas, las lágrimas y las palabras de aliento que me das cuando siento que no puedo más, porque sé que sin ti yo no sería la persona que actualmente soy, te amo mami.

A mi hermano, Sam, por acompañarme y escucharme en mis noches de desvelo, por todas las historias y anécdotas compartidas mutuamente, por tus palabras, tus abrazos, las risas y los repelos que me sacas. Te amo mucho, no dudes de ello, aunque no siempre estemos de acuerdo en las cosas, no sé qué sería de mi sin ti y sin tu apoyo incondicional.

A mi hermana, Diana por tenerme mucha paciencia 24/7, por escuchar miles de veces las mismas quejas y cosas que me emocionan, por reír conmigo hasta el llanto y el cansancio, por impulsarme a hacer cosas que me dan miedo, por todas las canciones que cantamos por horas, las cosas que compartimos y aquellas que no. ¡Vamos por más! te amo mucho.

A mis dos estrellas en el cielo, por ser mis brújulas que me recuerdan el lugar donde están los ángeles, mi abuelito Fortis y mi tío Cruz. Siempre llevaré en el corazón sus enseñanzas, el tiempo que pasamos juntos y sus recuerdos.

A Karen y Mariana, mis bonitas, mis hermanas. Gracias inmensas por todo el tiempo que han permanecido a mi lado, en este camino que ha sido largo la mejor compañía la encuentro en ustedes. Me siento muy afortunada de tenerlas conmigo, de poder

compartir momentos, lugares, locuras, alegrías, tristezas y logros, ninguna palabra bastaría para agradecer todo el amor y apoyo que me han dado estos años, por eso, permanezcamos mucho tiempo más, juntas, compartiendo chinadas. No duden que yo estaré siempre para ustedes como ustedes lo han estado para mí. ¡Las amo mucho!

A Fanys, por estar conmigo desde que iniciamos la carrera, por ayudarnos y escucharnos en un montón de situaciones. Gracias por lo compartido, desde las alegrías y tristezas, hasta los momentos importantes, te quiero demasiado Fanys.

A mi Team Volcanes, Ivonne, Marco y Ernesto. Volcanes fue una experiencia increíble, en muchas formas, gracias a su amistad, compañía y palabras de aliento cuando así lo necesitaba. Gracias por compartir conmigo aprendizajes, momentos divertidos y un poco de ustedes durante el tiempo que estuvimos juntos, ¡os obvio!

A Lili y a Sofí, por brindarme un gran apoyo en la realización de la tesis, pero, más aún por brindarme su amistad y permitirme estar a su lado, compartiendo cosas, risas y momentos. Valoro mucho sus palabras de aliento y su apoyo en todo este tiempo, las quiero mucho, realmente se convirtieron en personas muy especiales para mí.

A Marisol, mi mejor amiga, por demostrarme que no importan los años y la distancia nuestra amistad está ahí presente en todos nuestros momentos. Estamos unidas con el corazón, con todos los recuerdos compartidos y los muchos más que aún nos faltan por crear, te amodoro.

A Lina, mi keriwa por estos diez años de amistad y ser de mis mejores amigas, por todos los momentos compartidos, las risas, los llantos, las comidas, pero sobre todo por estar conmigo y enseñarme que una amistad significa acompañarse en los momentos felices y los más difíciles. Te quiero mucho, keriwa.

A Itzel por ser como una hermana para mi desde la infancia, por preocuparte por mí y recordarme en todo momento que cuento contigo y con tu amistad. Por todas las veces en que tu amistad fue un acompañamiento en los momentos difíciles y mis momentos más felices.

A Nury, por estar conmigo durante este tiempo, sé que somos muy diferentes pero, a la vez, muy complementarias la una con la otra. Te agradezco mucho por esta amistad que es muy linda y enriquecedora, una que ha sido un gran pilar en mi vida.

A unos peludos gatos amigos y compañeros que han sido una gran motivación y fuente de amor, mi Enzo, el que nunca me abandonó en mis noches de insomnio y calmaba mis tristezas y preocupaciones. A mí Dimitri, a Tomiko y Ramoncilla porque ellos también estuvieron conmigo.

En mi mundo existen siete luces guías, siete personas que me han acompañado sin saberlo, con voces que me motivaron y me alegraron cuando no encontraba fuerzas en ningún otro lugar, para otros puede no significar nada, pero, para mí ellos forman parte de mí, de lo que soy actualmente. Gracias mi GOT7, por ser también un gran ejemplo a seguir, por ser también las personas que me animan a seguir aspirando, soñando y luchando. Porque con su existencia iluminan, sin lugar a dudas, la mía.

A ti, Angeles, a pesar de todo lo sucedido y de todas las veces en que tuviste miedo, sigues mirándote y reconstruyéndote una vez más, gracias.

Esta tesis no sería posible sin ustedes, R, A y M.E, gracias por ser partícipes de esta tesis, por la confianza al compartirme parte de su vivir.

Icarus

JJ Project

Yo también lo sé, es una tontería, cuando todos me están apuntando me vuelvo aún más fuerte. De nuevo hoy, como siempre, sueño con volar por los cielos, como si fuera libre, si levanto mi mano, se siente como si pudiera alcanzarlo. Agito mi mano hacía una dirección más alta, incluso si tengo miedo.

Absolutamente, no puedo rendirme, no puedo colapsar, por mis sueños estoy mirando hacía una dirección. Cada vez que tenga miedo de nuevo, por la gente que cree en mí lo probaré, cada vez que quiera cerrar mis ojos me imaginaré a mí misma en la línea de llegada.

Es un camino incierto pero volaré, siguiendo la luz, dibujo incontables fotos, incluso cuando siento el límite. Ciertamente hoy también sueño que vuelo al cielo, como si mis sueños se volvieran realidad, si levanto mi mano se siente como si pudiera alcanzarlo, agito mis brazos hacía una dirección más alta, hacía los cielos.

Absolutamente, nunca puedo rendirme, no puedo colapsar, por mis sueños estoy mirando a una dirección, no me rendiré, no colapsaré, incluso si todo mi cuerpo se quema y se rompe, subiré antes que nadie, extenderé mi mano esperando que estés ahí para tomarla, volaré más alto que el cielo azul, así puedes sentirlo también, así puedes extender tus alas.

Cada vez que tenga miedo de nuevo, por la gente que cree en mí lo probaré, cada vez que quiera cerrar mis ojos, me imaginaré a mí misma en la línea de llegada.

7 for 7

Seven or never, seven or nothing

GOT7

Índice

Resumen	2
Abstract	3
Introducción	4
Capítulo 1. Adherencia terapéutica en los tratamientos psicológicos	
Definición	6
Variables asociadas a la adherencia terapéutica	9
Factores de riesgo.....	12
Repercusiones de la falta de adherencia terapéutica	15
Elementos que promueven la adherencia terapéutica	18
Capítulo 2. Autoeficacia y adherencia al tratamiento psicológico	
Definición	23
Determinantes de las creencias de autoeficacia	26
Autoeficacia y comportamientos saludables	29
Estrategias para promover la autoeficacia	32
Autoeficacia como predictor de la adherencia terapéutica	36
Capítulo 3. Apoyo social y adherencia al tratamiento psicológico	
Definición	38
Dimensiones del apoyo social.....	39
Funciones del apoyo social en la salud.....	42
Fuentes de apoyo social	45
Estrategias para el fortalecimiento del apoyo social	49
El rol del apoyo social en la adherencia a tratamientos	51
Capítulo 4. La consejería breve en el contexto clínico comunitario	
Definición	53
Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP).....	57
Modelo de Consejería Breve.....	60
Capítulo 5. Método	
Justificación.....	65
Pregunta de investigación	66
Objetivo general	66
Objetivos específicos	66
Hipótesis conceptuales	66
Hipótesis de trabajo.....	67

Variables	67
Definición conceptual.....	67
Definición operacional.....	68
Tipo de estudio.....	70
Tipo de diseño.....	70
Participante	70
Muestreo	70
Instrumentos	70
Procedimiento	71
Caso clínico R	73
1. Presentación del caso	73
2. Evaluación.....	74
3. Impresión diagnóstica.....	74
4. Focos de intervención	74
5. Proceso terapéutico.....	75
Análisis del caso	76
Discusión y conclusiones	135
Limitaciones y sugerencias	144
Referencias:.....	146
Anexos	155

Resumen

Una de las áreas que adquiere relevancia dentro de la psicología es el estudio de la adherencia a los tratamientos psicológicos, ya que, al igual que en otros ámbitos relacionados con la salud, ésta representa un papel importante en la efectividad de los tratamientos proporcionados a la comunidad. En el caso particular de México, se observa que los bajos niveles de adherencia terapéutica se manifiestan en todos los tipos de trastornos y tipos de terapias debido a factores en el contexto o bien, a factores personales que inciden en el apego a los programas de intervención (Velázquez, Sánchez, Lara, & Sentíes, 2000). El presente trabajo tiene el objetivo de identificar la influencia de la autoeficacia y el apoyo social en la adherencia a los tratamientos psicológicos, mediante el análisis de un caso atendido en un Centro Comunitario de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología de la UNAM bajo el modelo de Consejería Breve propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el programa “mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental” con la finalidad de promover estrategias que incidan en el desarrollo de estos factores en los procesos de atención psicológica que así lo requieran.

Palabras clave: autoeficacia, apoyo social, adherencia a tratamientos, consejería breve, mhGAP.

Abstract

One of the areas that becomes relevant within psychology is the study of adherence to psychological treatments, since, as in other health-related fields, this plays an important role in the effectiveness of the treatments provided to the community. In the particular case of Mexico, it is observed that low levels of therapeutic adherence are manifested in all types of disorders and types of therapies due to factors in the context or, alternatively, to personal factors that influence adherence to intervention programs (Velázquez, Sánchez, Lara, & Sentíes, 2000). The aim of this paper is to identify the influence of self-efficacy and social support on the adherence to psychological treatments, through the analysis of a case attended at a Community Center for Psychological Care of the UNAM School of Psychology under the model of Brief Counseling proposed by the World Health Organization (WHO) in the program "mhGAP: Action Program to Overcome Gaps in Mental Health" in order to promote strategies that influence the development of these factors in the psychological care processes that require it.

Key words: self-efficacy, social support, treatment adherence, brief counseling, mhGAP.

Introducción

Los cambios generados como resultado de la asistencia a un tratamiento psicológico representan un proceso. En este sentido, se considera la existencia de una serie de factores específicos concernientes al enfoque terapéutico y factores inespecíficos asociados con aspectos del terapeuta, el consultante y la relación entre ambos. Es de esta forma que, el cambio psicológico se atribuye en un 45% a los factores inespecíficos (Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994 como se citó en Santibáñez et al., 2008) razón por la cual el estudio de los mismos, sobre todo, los referentes a los factores asociados con el consultante adquieren relevancia.

En el 2001, el Informe sobre Salud en el Mundo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que, el manejo de los trastornos mentales requiere de una especial atención a la adhesión a los tratamientos debido a que muchos de estos trastornos son crónicos y, por dicha razón, se necesita de tratamientos a largo plazo. Sin embargo, la mayor parte de las veces resulta complicado que éstos se cumplan, dado que, se ha comprobado que hay un grado deficiente en el seguimiento de los regímenes terapéuticos.

Al respecto, existen diversos factores que favorecen en la adherencia a los tratamientos (OMS, 2001) dentro de los cuales se destacan la dedicación de tiempo y energía en explicar al paciente acerca de los objetivos de la terapia y las consecuencias de una buena o mala adhesión, un plan de tratamiento negociado, la colaboración de familiares y amigos en el apoyo del plan terapéutico y su puesta en práctica, entre otros.

Bajo esta premisa, se parte de la idea de que para poder realizar comportamientos relacionados con la salud se requiere de estudiar la autoeficacia, ya que, ésta influye en la adopción de conductas de salud, el cese de conductas insalubres y el mantenimiento de cambios frente a situaciones adversas (Maddux, 1995), siendo ésta un mecanismo que permite a los individuos regular su propio comportamiento en favor de su bienestar.

Aunado a lo anterior, se ha demostrado que el apoyo social también es un factor que reduce de forma efectiva la tensión psicológica, comprobando que éste ayuda a las personas a evitar o minimizar las complicaciones médicas o de ciertos

padecimientos promoviendo una mayor adherencia a los tratamientos; no obstante, la importancia del mismo no sólo se reduce al ámbito médico; en psicología, éste es un elemento que, se sugiere, sea considerado principalmente en la prevención primaria con la finalidad de desarrollar mecanismos de apoyo a personas socialmente marginadas que no pueden, por sí mismas, proveerse de estos recursos (Taylor, 2007).

A partir de lo ya mencionado, el presente trabajo tiene el objetivo de identificar cómo influye la autoeficacia y el apoyo social en la adherencia a los tratamientos psicológicos de consejería breve desde la guía de intervención mhGAP, en un Centro Comunitario de Atención Psicológica al sur de la Ciudad de México.

Como parte del marco teórico que sustenta a este trabajo, se presentan seis apartados; en el capítulo 1 se abordan aspectos generales y específicos acerca de la adherencia a los tratamientos psicológicos. En el capítulo 2, se presenta el tema de autoeficacia y su relación con la adherencia terapéutica. En el capítulo 3, se desarrolla el tema de apoyo social como un factor importante en el apego a los tratamientos de atención psicológica. Posteriormente, en el capítulo 4, se presenta a la consejería breve como un modelo de atención psicológica en el contexto clínico comunitario. El capítulo 5, describe la metodología utilizada para la presentación de este trabajo y el análisis de un caso clínico, así como los resultados obtenidos. Finalmente, en el último apartado, se desarrolla la discusión de resultados, las conclusiones y las limitaciones y sugerencias derivadas para futuras investigaciones.

Capítulo 1. Adherencia terapéutica en tratamientos psicológicos

Definición

La adherencia terapéutica ha sido durante mucho tiempo un eje fundamental en ámbitos de medicina, de psiquiatría y, por supuesto de psicología. Ésta es un fenómeno complejo determinado e influenciado por factores internos (subjetivos) pero, también por factores externos a la persona. De esta forma, se sabe que ésta puede ser mediada por los conocimientos y creencias que las personas tengan acerca de su enfermedad o padecimiento y por la motivación para recuperar su salud o para adaptarse a su condición (Pereira, Acosta, & Hernández, 2009).

En el caso de la psicología, es importante señalar que la comprensión de los procesos de psicoterapia o de intervención y la adherencia a los mismos son de complejo entendimiento puesto que, en ellos hay una carga multifactorial importante en la cual se habla no sólo de aspectos concernientes al tipo de pacientes, el tipo de terapia y las técnicas que ésta utiliza, sino también al tipo de problemáticas con las cuales se presentan los consultantes. Es así que, en la actualidad, la investigación en psicología se enfoca en saber cómo funcionan los tratamientos psicológicos, qué funciona y con quién funcionan (Eynseck, 1952 como se citó en Pereira, Acosta, & Hernández, 2009).

Aunado a lo anterior, el tema de la adherencia a los tratamientos psicológicos implica tres elementos importantes a desarrollar. El primero de ellos es lograr que las personas asistan a los servicios de atención de forma tal que, se pueda tener un contacto entre ellos como solicitantes de atención y los prestadores de servicios de salud mental; en segundo lugar, es mantener el compromiso en ambas partes, dirigido a comportamientos tanto de la persona que solicita la atención como en el personal de salud mental y en las instituciones prestadoras de servicios; y finalmente, lograr que los cambios derivados de un proceso de intervención puedan perdurar (Nieto & Pelayo, 2009).

Ahora bien, al buscar una definición de adherencia terapéutica, se observa que, por su naturaleza no hay un consenso que establezca una definición única, de tal forma que, con el paso del tiempo a las definiciones existentes de este fenómeno

se le han agregado más elementos con la finalidad de hacer de ella una definición más integradora.

Dimatteo y Dinicola en 1982, definieron a la adherencia terapéutica como la implicación activa y voluntaria por parte del consultante, en donde, de mutuo acuerdo se acepta un comportamiento que tiene la finalidad de contribuir a producir un resultado terapéutico deseado; esto supone que el consultante se adhiere a un plan de tratamiento con el que está de acuerdo, en la que ha participado de manera activa, de forma tal que, el consultante acepta la importancia de la realización de acciones específicas incluidas en dichos planes (como se citó en Martín, 2004).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2004, definió a la adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona (tomar medicamentos, seguir ciertos regímenes alimentarios o bien, cambios en el estilo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria. Aunado a lo anterior, se señala la importancia de la conformidad respecto a las recomendaciones por parte de los consultantes, puesto que la adherencia terapéutica implica que los consultantes sean activos en conjunto con los profesionales de la salud en su propia atención logrando una práctica clínica efectiva.

También se señala a la adherencia terapéutica como el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, las cuales no sólo se limitan a las indicaciones que dan los terapeutas, sino también, en la asistencia a citas establecidas, en la participación en programas de salud, la búsqueda de cuidados, así como las respectivas modificaciones en los estilos de vida de los consultantes, desde este sentido, se considera que el cumplimiento es dinámico y que puede afectar a todas las fases de un proceso clínico (García, Leiva, Martos, & García-Ruiz, 2000).

Otros autores (Alticie & Friedland, 1998 como se citó en Hernández, 2009) señalan que la adherencia terapéutica a los tratamientos psicológicos puede definirse como la posición en la cual el paciente adopta una actitud activa, igualitaria y decisiva a la hora de acercarse, seguir, mantener o suspender libremente el plan de tratamiento. En este sentido, el papel del terapeuta o profesional de la salud mental es permitir y facilitar el acercamiento del paciente a dicho tratamiento. De esta forma, mediante una adecuada adherencia se pueden reducir al mínimo las posibilidades de

deserción y lograr una mayor observación y control sobre el propio proceso terapéutico (Nieto & Pelayo, 2009).

De acuerdo con lo planteado anteriormente, se puede observar que la adherencia a los tratamientos psicológicos implica la participación constante y activa por parte de los consultantes en la toma de decisiones en su propio proceso, permitiendo que se genere un compromiso al mismo, no olvidando la importancia que juega el papel del profesional de la salud en facilitar que esta adherencia terapéutica se forme desde el primer contacto con el consultante.

Ahora bien, es importante señalar que, así como existe la adherencia terapéutica también existe la no adherencia terapéutica, en este sentido ambas pueden considerarse como un continuo en el cual, en un extremo se encuentran los pacientes adheridos, en la parte central los pacientes que cumplen parcialmente y, en el otro extremo se encuentran todos los pacientes no adheridos, al respecto de ello, se identifica principalmente tres tipos de no adherencia a los tratamientos psicológicos (Lambert et al., 1986; Gaebel, 1997 como se citó en Pereira et al., 2009) que se describen a continuación:

- *Rechazo al tratamiento:* usualmente los pacientes rechazan cualquier tipo de ayuda o indicación que los profesionales de la salud mental pudieran llegar a darle. En este sentido, no hay un abandono al tratamiento puesto que desde el inicio no se ha comenzado con ningún tipo de terapia.
- *Discontinuidad de la terapia o terminación prematura:* esta es la interrupción del tratamiento en la cual no se llega a un acuerdo con el terapeuta, usualmente los consultantes dejan de tener contacto con el centro al cual acuden, con el terapeuta y dejan de asistir a las citas programadas (Sweet & Nones, 1989 como se citó en Hernández, 2009).
- *Irregularidades en el tratamiento:* En el caso de la psicología, se hace referencia principalmente a cuando los pacientes no cumplen en su totalidad con los acuerdos o bien, con las tareas que se habían establecido previamente con el terapeuta.

El tomar en cuenta la adherencia terapéutica como un continuo permite tener un entendimiento de la misma y, además de ello, es posible tener una aproximación

hacia el vislumbrar si en los consultantes hay un mejor pronóstico y evolución del trastorno o padecimiento que los lleva a solicitar atención psicológica.

Variables asociadas a la adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica, como se mencionó anteriormente, es un fenómeno que está siendo influenciado por múltiples factores, por dicha razón el estudio de la misma implica el conocer a dichas variables que promueven a la adherencia y a la no adherencia terapéutica, siempre teniendo en consideración tanto las variables personales como las variables presentes en el contexto en el cual se desarrolla la persona.

Para contextualizar acerca de ello, en el caso específico de México, es necesario considerar que un porcentaje importante de la población no está cubierta por los servicios de salud y que aquellos que lo están, no necesariamente se ven beneficiados por los mismos. Sin embargo, aunque esto es un factor, también es necesario hacer énfasis en que, los pacientes no siempre se apegan o cumplen con un programa terapéutico; es entonces cuando, se consideran a las variables personales asociadas con el padecimiento o enfermedad, el tipo de tratamiento que se le proporcione, la relación que se establezca con el terapeuta y el contexto en el que se dé la misma, por poner algunos ejemplos (Velázquez, Sánchez, Lara, & Santías, 2000). Es fundamental tener en consideración que muchas de estas variables tienen un factor comportamental, esto implica que son dinámicas y que pueden ser susceptibles o modificables a lo largo de la intervención (OMS, 2004). A continuación, se describen las variables que influyen en la adherencia terapéutica.

Comportamientos del prestador de asistencia sanitaria: estos hacen referencia a la forma en que los prestadores de asistencia sanitaria interactúan y mantienen comunicación con los consultantes pues, estas variables son una clave determinante en la adherencia y, más tarde en los resultados de salud de los pacientes. De esta forma, dentro de estos se encuentran:

- Claridad en el asesoramiento del diagnóstico y tratamiento, es decir, la explicación clara y sin términos técnicos, así como algunas recomendaciones a lo largo del tratamiento promueven una mayor comprensión y, por ende, promueven a la adherencia terapéutica (Taylor, 2007).

- Satisfacción en la relación paciente-proveedor, la cual hace referencia a la calidez y la empatía que los proveedores de salud muestran con los consultantes, siendo esta una de las variables fundamentales en la adherencia terapéutica (OMS, 2004).
- Capacidades del terapeuta, en ellas se hace especial énfasis en la capacidad de los terapeutas para escuchar a los consultantes, la flexibilidad que muestran actitudinalmente a lo largo del proceso con los consultantes, así como el darle importancia al atender las necesidades emocionales y afectivas (Freire, 1990 como se citó en Pereira et al., 2009).

El sistema de salud: como se mencionó anteriormente, el contexto que rodea a las personas influye en la forma en que se adhieren a los tratamientos. De esta forma, la OMS (2004) considera a los aspectos concernientes a las políticas y procedimientos que controlan al propio sistema de salud como en el caso de la disponibilidad y la calidad de la atención que se proporciona. En este sentido, se identifican los siguientes elementos:

- La disponibilidad y accesibilidad que las personas tienen a los servicios de salud, de esta forma, analiza la posibilidad de que haya una saturación y bloqueo derivando en listas de espera largas, intervalos muy largos entre cita y cita, tiempos cortos de atención o bien, costos altos en la atención que se proporciona que pueden afectar al grado en que un paciente puede adherirse a los tratamientos.
- El apoyo a la educación de los pacientes o en otras palabras a la alfabetización en la salud, esto implica que el sistema de salud promueva el procesamiento y la comprensión de la información básica de la salud en los consultantes y de los servicios que necesitan con la finalidad de que se tomen decisiones adecuadas para cada caso (Martin, Williams, Haskard, & DiMatteo, 2005).
- El proporcionar apoyos y/o soportes en la comunidad que estén a disposición de los consultantes.

Atributos del paciente: Son múltiples los aspectos personales que se han relacionado con la adherencia, de forma tal que, se pueden identificar las siguientes variables (OMS, 2004):

- Variables sociodemográficas dentro de las cuales destacan la edad, el sexo, el nivel educativo, la ocupación, los ingresos, el estado civil y la religión. No obstante, es importante recalcar que ninguno de estos elementos se ha asociado definitivamente con la adherencia a los tratamientos.
- Rasgos de personalidad: al respecto de ello resulta fundamental hacer hincapié en que no existe un modelo consensuado al respecto de las características de personalidad en los pacientes que predigan la adherencia, es decir, no hay una correlación significativa entre esta variable y el cumplimiento de los tratamientos.
- Variables relacionadas con aspectos subjetivos, dentro de las cuales se encuentra la amenaza percibida, la percepción que los consultantes tengan en relación a la vulnerabilidad y las consecuencias al respecto de la pérdida de la salud. En este sentido, se hace especial énfasis en averiguar y determinar cuáles son los posibles beneficios que los consultantes encuentran al asistir a un tratamiento, así como, el tener presentes las posibles dificultades que pueden tener para continuar con su respectivo tratamiento (Pereira et al., 2009).

Variables concernientes a la enfermedad o padecimiento: al respecto de este tipo de variables, se sabe que los conocimientos en relación a la enfermedad o padecimiento en el consultante y las creencias que tengan acerca del tratamiento tienen una estrecha relación con la adherencia (OMS, 2004) identificándose así:

- Características en los síntomas, esto hace referencia a la duración y a la severidad de los síntomas que se presentan y que los consultantes los consideren como resolubles, de esta forma se despierta una necesidad de adherencia. Así mismo, esto permite predecir el abandono terapéutico (Kemp & David, 1996 como se citó en Pereira et al., 2009).
- Los conocimientos acerca de la enfermedad no son un factor correlativo de la no adherencia, pero, sí lo es el conocimiento de un plan de tratamiento llevado a cabo en beneficio de su salud.

Atributos concernientes a la terapia en los cuales se consideran factores inherentes a la terapia que pueden dar lugar a un abandono de los procesos

terapéuticos o bien, al no alcanzar los objetivos propuestos en el proceso (Rondón, Otalora, & Salamanca, 2009). Dentro de éstos se encuentran:

- Falta de efectividad al intervenir en un diagnóstico: en ellas se encuentran como variables importantes a las dificultades en relación a dar un diagnóstico acertado y que el plan de tratamiento sea acorde con el mismo tanto en estructura y ritmo de las sesiones (Beck, 1995 como se citó en Rondón et al., 2009).
- La ausencia del uso de consentimiento informado, en este sentido se hace referencia que la ausencia del mismo provoca dificultades en la comunicación entre terapeuta y consultante que pueden generar dudas al respecto del proceso provocando una probable insatisfacción y posterior abandono de la terapia (Behrs & Gutheil, 2001 como se citó en Rondón et al., 2009).

Se puede observar que, múltiples variables son las que pueden promover o desalentar a que un consultante se adhiera a los planes de tratamiento establecidos a lo largo de los procesos de atención psicológica. El conocimiento de dichas variables permite a los profesionales de la salud mental establecer planes que permitan la prevención de la deserción a los tratamientos y el fortalecimiento de la adherencia terapéutica a través de recursos personales y contextuales con los que cuenta el individuo sin olvidar la importancia del rol que el propio terapeuta debe de adoptar dentro del mismo tratamiento psicológico.

Factores de riesgo

Hasta ahora se ha enfatizado sobre el hecho de que el estudio de la adherencia terapéutica en los tratamientos psicológicos permite tener un mayor conocimiento al respecto de las variables que la determinan o las dificultades en la misma al llevar a cabo planes de tratamiento con los consultantes.

No obstante, el conocimiento integral de este fenómeno también implica el conocer los posibles factores de riesgo que se pueden presentar dentro de las prácticas clínicas y que determinan el grado de adherencia que tienen los consultantes a los tratamientos psicológicos, por consiguiente, el identificar los factores de riesgo es relevante debido a que: (a) favorece a la culminación de los tratamientos psicológicos debido a que es posible orientar a los consultantes en torno

a las medidas y acciones necesarias para su tratamiento y (b) por medio del conocimiento de dichos factores de riesgo es posible aportar en la toma de decisiones acerca de los tratamientos psicológicos que favorecen al consultante, o bien, si requieren de otro tipo de intervenciones (Krebs, González, Rivera, Herrera, & Melis, 2012).

En este sentido, se sabe que, los factores de riesgo en la adherencia terapéutica a los tratamientos psicológicos que dan pauta a que haya incumplimientos o bien, abandono del tratamiento son múltiples y, pueden abarcar situaciones en las cuales los consultantes interrumpen medicamentos psiquiátricos debido a efectos secundarios, una percepción baja en la necesidad de recibir tratamientos, el sentirse mejor, o bien, no percibir eficacia en el tratamiento que está recibiendo (Pereira et al., 2009).

De acuerdo a lo anteriormente señalado, autores como Pereira et al. (2009) y Krebs et al. (2012) señalan que los factores de riesgo pueden agruparse de acuerdo a las siguientes áreas: (a) relacionadas con el consultante, (b) psicológicas, (c) relacionadas con el terapeuta, (d) relacionadas con la toma de medicamentos y (e) sociales o relacionadas con el entorno. En la Tabla 1 se presentan algunos de los factores de riesgo que pueden presentarse al inicio y durante los tratamientos psicológicos y que repercuten en la adherencia a los mismos.

Tabla 1

Factores de riesgo en la adherencia a los tratamientos psicológicos

Área	Factores de riesgo
Relacionadas con el consultante	<p>Variables sociodemográficas: edad, género, raza, estado civil y nivel educativo, en interacción influyen en la deserción a los tratamientos psicológicos.</p> <p>Creencias del rol del psicólogo y expectativas del consultante acerca de su terapeuta: encaminadas a creer que éste adoptará un rol directivo durante su proceso.</p> <p>Creencias culturales acerca de la enfermedad o situación que los lleva a solicitar atención psicológica y forma de afrontamiento a las mismas.</p> <p>Severidad en los síntomas: por la intensidad de los síntomas hay una evitación del problema, o bien, los consultantes no notan una</p>

Área	Factores de riesgo
	<p>disminución en la severidad de los síntomas presentados lo que los lleva a abandonar los tratamientos.</p> <p>Necesidad percibida de recibir tratamiento psicológico, así como, tratamientos previos sin culminar son predictores de una baja adherencia.</p>
Factores psicológicos	<p>Escasa conciencia de la enfermedad o padecimiento o bien una negación de la misma por parte del paciente.</p> <p>Escasa capacidad de insight asociado al bajo cumplimiento de medicación y estrategias proporcionadas en terapia.</p> <p>Ciertos trastornos mentales tales como el Trastorno Límite de la Personalidad y Esquizofrenia en los cuales se requiere que se establezca una alianza terapéutica mayor.</p>
Relacionados con el terapeuta	<p>La experiencia clínica del terapeuta se correlaciona con la adherencia de los pacientes a los tratamientos psicológicos.</p> <p>Habilidades y destrezas de la persona sobre el ejercicio profesional además del conocimiento técnico.</p> <p>El interés y actitud que el terapeuta tenga frente al consultante, así como, la empatía del terapeuta percibida por el consultante.</p>
Relacionadas con la toma de medicamentos	<p>Creencias del consultante al respecto del medicamento, por ejemplo: “genera adicción, efectos secundarios en el cuerpo, solo los locos toman medicamentos”.</p> <p>Baja percepción en la necesidad de la medicación “solo la gente realmente enferma se medica, me siento mejor así no necesito medicación, etc.”.</p> <p>Miedo a efectos secundarios: aumento de peso, dependencia a los medicamentos, disfunciones sexuales, etc.</p>
Sociales o relacionados con el entorno	<p>Factores ambientales relacionados con la distancia del centro de atención terapéutica, bajo apoyo social o ausencia de redes de apoyo, factores socioeconómicos y ausencia de seguro médico.</p> <p>Factores prácticos relacionados con los horarios de atención y falta de tiempo.</p>

Nota. Adaptado de: “Adherencia a Psicoterapia en pacientes con trastornos de ansiedad” por M. Krebs, M. González, A. Rivera, P. Herrera, & F. Melis, 2009, Santiago: Psykhe, pp. 134-136. “Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica” por Á. Rondón, I. Otálora, & Y. Salamanca, 2009, Colombia: International Journal of Psychological Research, pp. 139-141. “Adherencia terapéutica. Generalidades” por J. Hernández, F. Acosta, J. Pereira, 2009, España: Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, pp. 20-24.

Una vez detectados los posibles factores de riesgo presentes en cada caso es indispensable considerarlos en los planes de tratamiento de los consultantes con la finalidad de reducir en la medida de lo posible situaciones que promuevan el incumplimiento en las actividades y sugerencias proporcionadas en el espacio terapéutico y, más tarde, el abandono de un tratamiento.

Repercusiones de la falta de adherencia terapéutica

A través del estudio de la adherencia terapéutica y las variables que determinan su presencia o ausencia es que se puede tener una mayor aproximación a la importancia de promoverla a lo largo de los procesos de atención psicológica. De acuerdo a la OMS (2004), la adherencia terapéutica es una de las principales determinantes de la efectividad de un tratamiento, de ella se obtiene un beneficio óptimo derivado de la atención a la salud pues se promueve el desarrollo de estilos de vida saludables, la modificación de regímenes alimentarios, las prácticas de autocuidado y, por ende, la reducción de situaciones de riesgo en los consultantes al generar un compromiso personal en relación al tratamiento.

Sin embargo, es importante tener en consideración que cuando la adherencia de un consultante a los tratamientos psicológicos es baja o existen fallos en el cumplimiento de acuerdos, los problemas de salud y la progresión de la enfermedad o de los padecimientos se exacerba dificultando el saber los efectos de un determinado tratamiento y teniendo efecto en los costos del mismo al incrementar el número de citas previstas, revisiones o solicitud en atención a un nivel más especializado (Pereira et al., 2009).

La OMS (2004) señala que, en países desarrollados se estima que la adherencia terapéutica en promedio de consultantes que asisten a tratamientos es de solo el 50%, por dicha razón, se estima que, en países en vías de desarrollo el impacto por una adherencia deficiente a los tratamientos es mayor considerando la probable escasez de recursos sanitarios o bien, por la inequidad en el acceso a los servicios de atención a la salud lo cual, representa un problema de salud pública. En el caso específico de México se estima que, los consultantes que solicitan atención psicológica asisten en promedio a aproximadamente tres sesiones, mismas que no son suficientes para obtener el mayor beneficio del tratamiento (Alcázar, 2007).

Partiendo de estos supuestos, se sabe que la falta de adherencia a los tratamientos trae consigo diversas consecuencias dentro de las cuales se consideran específicamente las relacionadas con el consultante y su enfermedad o padecimiento, estas van desde la pérdida en la calidad de vida de la persona y su familia, incrementos en los costos del tratamiento para el paciente y el sistema de salud, hasta los casos en los que se compromete su vida (Silva, Galeano, & Correa, 2005).

Se ha observado que, dentro de las principales consecuencias de la falta de adherencia terapéutica ya sea por la interrupción de un tratamiento o las fallas en el seguimiento de las indicaciones acordadas con el profesional de la salud se encuentran las siguientes:

- Probabilidades de recaídas: se ha visto que la deficiencia en la adherencia a los tratamientos de cualquier índole puede empeorar el curso general de la enfermedad o padecimiento que lo lleva a solicitar determinado tratamiento (OMS, 2004). Así mismo, el interrumpir un tratamiento o las dificultades en el seguimiento de indicaciones dan como resultado el que los consultantes no dispongan de habilidades que permitan identificar situaciones, pensamientos y/o emociones, así como estrategias de afrontamiento que los lleven a incidir en situaciones de riesgo para su salud (Marlatt & Gordon, 1985 como se citó en Córtes & Becoña, 2010).
- Riesgo aumentado de dependencia a medicamentos: algunos medicamentos utilizados para tratamientos a trastornos psiquiátricos pueden generar una dependencia grave si no son tomados como fueron indicados, este es el caso del diazepam y medicamentos relacionados con los opioides. Aunado a lo anterior, la no adherencia a los tratamientos también puede generar una prescripción innecesaria, o bien, el cambio de terapia o tratamiento médico derivado de la falta de una respuesta clínica esperada (Martin & Rose, 1992 como se citó en Silva et al., 2005).
- Riesgo de aumentar resistencia a los tratamientos: de acuerdo con la OMS (2004) la adherencia parcial o deficiente es una de las principales causas del reinicio de síntomas físicos. En el caso de las intervenciones psicológicas se ha detectado que, como principales consecuencias de una adherencia terapéutica deficiente se encuentran los niveles de resistencia de los consultantes a los tratamientos y dificultades en los cambios de

comportamiento recomendados y acordados de forma conjunta, es decir, se presentan dificultades para percibirse como agentes de su propio cambio (Pereira et al., 2009).

- Afectaciones en la calidad de vida de los consultantes: el incumplimiento de los acuerdos realizados en el tratamiento dificulta al consultante y al profesional de la salud establecer medidas preventivas para reducir el riesgo de accidentes que comprometen su vida (OMS, 2004). De la misma manera, la baja adherencia supone la aparición de complicaciones secundarias mismas que, están relacionadas con el incremento en la duración del tratamiento, múltiples solicitudes de atención psicológica (Krebs, et al., 2012), o bien, incapacidad del individuo de desarrollarse en los diferentes ámbitos de su vida (dificultades de interacción con familia y otros significativos, dificultades académicas o laborales, etc.).
- Impacto a nivel económico: para el consultante, la falta de adherencia terapéutica repercute en los gastos invertidos en medicamentos para enfermedades médicas o bien, en el caso de tratamientos para trastornos psiquiátricos. De la misma forma se consideran las posibles afectaciones por ausentismo laboral derivado de una enfermedad o padecimiento no controlado que, también, se puede ver reflejado en pérdidas en la economía familiar (Martín, 2006).
- Gastos sanitarios del estado: el gasto público se incrementa cuando la atención en los servicios de salud es desaprovechada, pues esto implica la producción de medicamentos que no son utilizados, consultas previamente planificadas que no se llevan a cabo, hospitalizaciones o, en su caso, mayor uso de servicios de salud a nivel especializado, de emergencia o de cuidados intensivos (Martín, 2006).

Las repercusiones derivadas por la falta de adherencia terapéutica no solo se representan en el incremento del gasto público en el ámbito de salud, sino también hay una influencia de ello en el estado de salud del consultante al verse afectada la calidad de las intervenciones y, por ende, en su calidad de vida. Ante las problemáticas anteriormente señaladas, surge la necesidad de identificar estrategias de intervención mediante las cuales se pueda disminuir la deficiente adherencia a los tratamientos psicológicos ya sea por dificultades en iniciar con el tratamiento, la

suspensión prematura o el abandono del mismo, el incumplimiento de los acuerdos establecidos en la relación profesional de la salud – consultante, la inasistencia a las consultas establecidas (Martín, 2006), o bien, por las dificultades en la adopción de comportamientos de salud orientados a la mejora en la calidad de vida.

Elementos que promueven la adherencia terapéutica

Como se ha mencionado anteriormente, el lograr una adecuada adherencia terapéutica a los tratamientos orientados a mejorar la salud tanto física como mental, representa un reto para todos los profesionales de la salud. Por lo tanto, en el caso de la psicología es, también, un desafío el proporcionar estrategias dirigidas a la mejoría de la adherencia a los tratamientos en personas solicitantes de atención. Se debe considerar que, al promover la adherencia terapéutica se pretende reducir aspectos tales como la mortalidad, promover el aumento de remisiones clínicas, la mejora en la funcionalidad en diversas áreas vitales del consultante y el aumento en la calidad de vida (Hernández, Acosta, & Hernández, 2009).

Para lograr establecer estrategias que promuevan la adherencia terapéutica a los tratamientos psicológicos es fundamental que los profesionales de la salud mental tengan conocimientos de que, la no adherencia es un fenómeno con alta prevalencia, así como, del conocimiento de los factores de riesgo para llevar un abordaje de los mismos a lo largo de los procesos de atención psicológica promoviendo resultados presumiblemente positivos en torno a la adherencia (Pereira et al., 2009).

Es así que, para obtener resultados en una intervención, los profesionales de la salud mental requieren de herramientas de orientación sobre adherencia adaptables a los diferentes entornos y que vayan acordes a los siguientes temas: conocimientos generales sobre la adherencia, la toma de decisiones como parte fundamental del razonamiento clínico y las acciones a realizar en torno al tipo de caso que se presenten (Martín, Grau, & Espinosa, 2014).

A partir de lo anteriormente señalado, se consideran diversas áreas dentro de los procesos de intervención en los cuales se pueden establecer determinadas estrategias dirigidas a promover la adherencia terapéutica desde el primer contacto con los solicitantes de atención psicológica y, con la finalidad de obtener los resultados esperados.

Estrategias dirigidas al consultante: partiendo del supuesto de que, las estrategias utilizadas deben de ser individualizadas y adaptadas al caso que se presenta. De acuerdo a ello las estrategias deben de ir dirigidas a:

- Promover que el consultante, acepte formar parte de un programa o plan de tratamiento, es decir, conocer tanto el diagnóstico, la evaluación inicial y el plan de tratamiento que se llevará a cabo (Nieto & Pelayo, 2009).
- El consultante, en conjunto con el terapeuta, deben definir lo que es un problema, por qué representa una dificultad o problema en su vida, qué se podría hacer para que deje de ser un problema y cuándo esto dejaría de serlo (Hernández et al., 2009).
- Identificación de los factores de riesgo asociados al incumplimiento, es decir, si estos son intencionales debido a las creencias del consultante en relación a su enfermedad, tratamiento o medicamento o bien, no intencionales derivados de déficits cognitivos que incluyen a la memoria o bien dificultades en la comprensión, así como también, los relacionados con dificultades económicas y accesibilidad a los recursos (Hernández et al., 2009).
- Disminuir la deseabilidad social, en este sentido, se trata de que, el terapeuta promueva que el consultante aumente las razones de cambio frente al “*status quo*”, es decir, disminuir las ganancias secundarias de las conductas disfuncionales promoviendo el uso de otras alternativas (Hernández et al., 2009).

Estrategias dirigidas al entorno: se trata de involucrar a las redes de apoyo de los consultantes, así mismo, se requiere que el terapeuta logre desarrollar entornos terapéuticos adecuados para el consultante.

- Motivar a los familiares o cuidadores primarios a implicarse en el tratamiento del consultante mostrando interés en la periodicidad de las citas, si requiere de medicamentos, cuáles y con qué frecuencia los toma, así como también, de la detección oportuna del incumplimiento en alguna indicación, considerándolo como un acompañamiento (Hernández et al., 2009).
- Promover que los consultantes soliciten ayuda de las personas en su entorno (familiares, pareja, amigos, etc.) utilizando los recursos sociales como un

recurso eficaz durante el tratamiento. De acuerdo a Maero y José (2016), el solicitar ayuda va orientada a los siguientes objetivos:

- a. Para realizar una actividad que le resulta difícil al consultante por obstáculos materiales.
- b. Para aumentar el disfrute de actividades sobre todo cuando son actividades poco agradables o cuando implica incorporar al estilo de vida conductas saludables, pues, el contar con apoyo social incrementa las probabilidades de que éstas sean llevadas a cabo.
- c. Como refuerzo por llevar a cabo una actividad planificada.
 - Promover entornos asistenciales que favorezcan la atención a la salud mental, en este sentido, se trata de minimizar las dificultades y los posibles obstáculos en la asistencia a instituciones públicas o privadas (disminución de la saturación en los servicios, reducir los tiempos de espera entre consultas, cercanía) ante la presencia de dificultades en la salud de las personas, así como también, el promover tratos empáticos por parte de los profesionales de salud (Salvador & Melgarejo, 2002 como se citó en Hernández et al., 2009).
 - Crear ambientes que favorezcan a la comunicación abierta con los consultantes: para ello, se sugiere que durante las entrevistas de primer contacto y las sesiones durante los procesos de intervención se realicen en ambientes privados y se enfatice en la confidencialidad (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

Estrategias dirigidas al profesional de la salud: éstas se enfocan al uso de habilidades clínicas básicas que permitan el desarrollo de ambientes terapéuticos empáticos, éticos y confidenciales.

- De acuerdo a la OPS (2017), el terapeuta debe presentarse de una forma culturalmente apropiada, manteniendo el contacto visual con el consultante, un lenguaje corporal y expresiones que faciliten la confianza con el consultante.
- Desarrollo de empatía con el consultante desde el primer contacto; desde este punto de vista, se requiere de una motivación intrínseca y motivación para atender a la experiencia emocional de otros, esto se propone alcanzar por medio del uso de habilidades de escucha activa en las que, se promueve el contacto visual, la adecuada postura, la ausencia de interrupciones verbales y

la habilidad para hacer preguntas (Salvador & Melgarejo, 2002 como se citó en Hernández et al., 2009).

- Empleo de aptitudes verbales de comunicación por parte del profesional de la salud mental mediante el uso de un lenguaje claro, sencillo y conciso, de esta manera, el profesional de la salud utiliza los medios necesarios para que el paciente entienda la información sobre los padecimientos o trastorno que lo llevan a solicitar atención y los posibles tratamientos a emplear (Hernández et al., 2009).
- Se propone que el terapeuta al momento de comunicar al consultante las pautas de tratamiento sea claro, objetivo, veraz y utilice un lenguaje en términos sencillos y comprensibles para cualquier persona sin conocimientos al respecto del ámbito de la salud (OPS, 2017; Hernández et al., 2009). En caso de que sea necesario, el profesional de la salud deberá dedicar el tiempo que sea necesario para documentar al paciente sobre el significado general y específico de un término que no haya entendido (Silva, Galeano, & Correa, 2005).
- El terapeuta debe adoptar una postura que permita la implicación de los consultantes en su propio proceso, así mismo, el terapeuta permite que el consultante haga preguntas acerca de la información proporcionada antes, durante y posterior a un tratamiento (Hernández et al., 2009). En todo momento, el terapeuta debe ser respetuoso y validante evitando emitir juicios de valor ante determinadas situaciones que pudieran ser un tema difícil para los consultantes (OPS, 2017).

Estrategias dirigidas al tratamiento: están dirigidas a que el consultante, comprenda aspectos fundamentales del proceso que llevará a cabo, que se comprometa y; detectar posibles factores de riesgo o bien, cambios en la forma de intervenir. De acuerdo con ello, Hernández et al. (2009), sugieren lo siguiente:

- Sin importar el modelo terapéutico y formato que se siga, es importante que, al inicio del proceso se le permita al paciente implicarse en las decisiones relativas a su tratamiento, el terapeuta debe aceptar que un consultante puede no querer trabajar cierto ámbito de su vida, en dicho caso se le informa de las posibles consecuencias que esto puede tener y se le proporciona la información necesaria.

- Los consultantes deben plantear los objetivos, estos deben ser precisos, concretos, claros y que se puedan lograr, sin embargo, es importante señalar que a pesar de que él plantea dichos objetivos, el terapeuta debe encargarse de redefinir los objetivos de manera conjunta, sobre todo, cuando estos sean difíciles de conseguir o resulten confusos.
- Durante los procesos de intervención, el terapeuta debe monitorear las situaciones y conductas de riesgo en los consultantes que representen una barrera (distancia, situación económica, creencias erróneas de su enfermedad y tratamiento, etc.) que puedan interferir en el tratamiento, con la finalidad de realizar las modificaciones pertinentes de acuerdo a la situación de riesgo presentada para evitar o disminuir repercusiones en el estado de salud mental o física de los consultantes (Nieto & Pelayo, 2009).
- En caso de que se requieran de la toma de medicamentos, es importante canalizar a los servicios médicos necesarios, ya sea a un primer nivel de atención o a un nivel de atención más especializado. La toma de medicamentos debe ir acompañada de una adecuada información al respecto del mismo, es decir: cuál es el medicamento, propósito de la medicación, dosificación y duración del mismo, así como los posibles efectos adversos de los mismos (Silva, Galeano, & Correa, 2005).
- Finalmente, es importante que, durante el proceso de atención psicológica, el terapeuta destine sesiones de orientación a familiares que puedan proveer el apoyo apropiado y requerido, fortaleciendo de esta manera las redes de apoyo. Así mismo, promover que los consultantes continúen, retomen o busquen actividades sociales, educativas u ocupacionales diarias que promuevan el funcionamiento adecuado en su vida cotidiana (OPS, 2017).

De esta forma, al implementar estrategias dirigidas a desarrollar la adherencia terapéutica desde el primer contacto y durante el proceso de intervención permite no solo disminuir el número de deserciones sino también, aumentar la eficacia de las estrategias proporcionadas a los consultantes al involucrarlos en los planes de tratamiento propuestos.

Capítulo 2. Autoeficacia y adherencia al tratamiento psicológico

Definición

En el transcurso de la vida, las personas se enfrentan a un número importante de problemas, de toma de decisiones y desafíos en los diferentes ámbitos de su vida. A pesar de que pueden existir dificultades emocionales o comportamentales en las personas, la mayoría, es capaz de tomar decisiones, de resolver problemas y superar los desafíos presentados de manera efectiva (Maddux, 1995).

De esta forma, al hablar del concepto de autoeficacia es importante resaltarlo como uno de los principales factores cognitivos que regulan la adopción de conductas en favor de la salud y que, en gran medida, determinan la eliminación de conductas perjudiciales para la misma, razón por la cual este concepto forma parte de los modelos más recientes sobre los comportamientos relacionados con la salud (Olivari & Urra, 2007).

El estudio de las creencias sobre la competencia personal y su papel en la adaptación y el ajuste humano tiene una larga historia en la psicología y, por lo tanto, en el área de la psicología clínica. Es así que, el término de autoeficacia es propuesto por Albert Bandura en 1977 para explicar el cambio conductual, partiendo del supuesto de que, todo el proceso de cambio psicológico y conductual opera a través de las alteraciones del sentido del individuo de dominio personal o autoeficacia (Bandura, 1977 como se citó en Maddux, 1995).

Por lo tanto, la teoría de la autoeficacia sostiene que el proceso de cambio psicológico y conductual opera a través de las alteraciones del sentido del individuo de dominio personal. De esta forma, se define a la autoeficacia como una creencia en la capacidad que una persona tiene para realizar una conducta específica o un conjunto de conductas necesarias para producir un resultado sobre los acontecimientos que pueden presentarse en su vida (Bandura, 1989 como se citó en Maddux, 1995).

Albert Bandura menciona que estas creencias en dichas capacidades permiten movilizar a la motivación, los recursos cognitivos y los cursos de acción necesarios para ejercer control sobre las demandas o tareas presentadas en la vida cotidiana de las personas. En este sentido, no solo hace referencia a las habilidades que cada

individuo tiene, sino a los juicios de lo que uno puede hacer con cualquier habilidad que posee; por lo tanto, dichas expectativas o creencias de dominio promueven que los individuos puedan generar, determinar metas y acciones dirigidas a las mismas, la persistencia frente a la adversidad y las experiencias emocionales o afectivas (Bandura, 1986 como se citó en Maddux, 1995).

Otras definiciones de la autoeficacia, parten de los supuestos y las generalidades propuestas por Bandura en sus trabajos, sin embargo, se han agregado más elementos con la finalidad de hacer de la definición de ésta algo más integrador. A continuación, se presentan algunas definiciones que permiten tener un entendimiento integral de este fenómeno.

Para Pintrich y Schunk (1995 como se citó en Molina, Niño, & Alayón, 2011), la autoeficacia hace referencia a qué tan convencido y resuelto está un individuo con respecto a la capacidad que tiene para realizar una conducta determinada. De esta manera, la autoeficacia permite que las personas realicen una valoración e interpretación de los resultados de sus conductas, formulándose así, creencias de si son o no son capaces de llevar a cabo conductas subsecuentes bajo otras situaciones y otros contextos.

Así mismo, se ha definido a la autoeficacia como un sentido amplio y estable de competencia personal acerca de qué tan efectiva puede ser la persona al afrontar una gran variedad de situaciones estresantes en las diferentes áreas de su vida, en este sentido, se hace referencia a que la autoeficacia no solo se limita a un dominio o tarea como antes se concebía, sino más bien, se habla acerca de un sentido general de la misma que puede explicar una amplia gama de conductas humanas en diferentes contextos (Luszczynska et al., 2004 como se citó en Olivari & Urra, 2007).

Ahora bien, la autoeficacia es descrita como un elemento que afecta a los niveles de motivación y de logro de las personas mediante su capacidad para afrontar los cambios en su vida. Derivado de esta premisa, Bandura (1977 como se citó en López-Torrecillas, Salvador, Verdejo, & Cobo, 2002) trata de diferenciar dos elementos importantes dentro de la teoría de la autoeficacia:

- *Las expectativas de la eficacia:* este tipo de expectativas hacen alusión a la convicción de que uno puede ejecutar con éxito determinadas conductas para producir ciertos resultados. Es así que, la autoeficacia o bien, las percepciones

de autoeficacia son juicios personales, es decir, las creencias de las capacidades de una persona en torno a las experiencias de dominio en ciertas situaciones. En términos generales, las conductas de afrontamiento o de automanejo en las tareas o demandas que se presenten pueden iniciar con buenos resultados.

- *Las expectativas de resultado:* son las estimaciones que una persona realiza respecto a que determinadas conductas que lleve a cabo pueden conducir a ciertos resultados.

Es importante señalar que, aunque ambas expectativas estén dirigidas a los resultados, se diferencian entre sí, ya que, aunque una persona crea que ciertas acciones la llevarán a ciertos resultados, la acción se inhibirá si éste piensa que no tiene o carece de las habilidades necesarias para ejecutar los cursos de acción que planteó (Cervone & Scott, 1995 como se citó en López-Torrecillas et al., 2002). Es debido a ello que se consideran a las expectativas de autoeficacia como el elemento fundamental de esta teoría pues, éstas determinan en gran medida las actividades, el esfuerzo, la persistencia en las actividades elegidas, así como también los patrones de pensamiento y las respuestas emocionales.

Por otro lado, se hace especial énfasis en que las expectativas de eficacia y de resultados se conciben como variables que no son estables, es decir, son cogniciones específicas y cambiantes que se forman y se elaboran de forma continua, por lo tanto, reflejan la historia individual de las personas y se elaboran a través de diversas fuentes de información (Villamarín, 1994) mismas que se abordarán más adelante.

Al ser las expectativas de autoeficacia un eje fundamental dentro de la teoría de la autoeficacia, Bandura (como se citó en Maddux, 1995) señala que ante diversas demandas o tareas a las que se puede enfrentar una persona, éstas pueden variar en tres dimensiones que tienen efectos importantes en la ejecución:

- **Magnitud:** hace referencia al número de pasos de dificultad creciente de la tarea que se esté presentando en ese momento, es decir, las personas pueden percibirse con una adecuada eficacia ante determinadas tareas o contextos, pero esta percepción puede ir reduciendo gradualmente conforme la complejidad de la tarea aumente (López-Torrecillas et al., 2002; Maddux, 1995).

- Generalidad: las expectativas de autoeficacia se pueden extender a otros comportamientos y contextos similares, es decir, a otras situaciones de autocontrol.
- Fuerza: las personas con percepciones fuertes de autoeficacia tardan más en darse por vencidos ante determinada demanda o situación en las cuales sus expectativas de autoeficacia son elevadas en comparación con personas que tienen expectativas de autoeficacia bajas y que, por lo tanto, serán menos persistentes (López-Torrecillas et al., 2002). En términos generales, a la fuerza de autoeficacia se le ha relacionado con la persistencia frente a variables tales como el dolor, la frustración y otras dificultades en el rendimiento (Bandura, 1986 como se citó en Maddux 1995).

Determinantes de las creencias de autoeficacia

De acuerdo a lo propuesto por Bandura en la teoría de la autoeficacia y lo retomado por Maddux (1995), las creencias de autoeficacia, los recursos y las habilidades personales se forman a partir de seis fuentes de información primaria: (a) experiencias de desempeño, (b) experiencias vicarias, (c) experiencias imaginarias, (d) persuasión verbal, (e) excitación fisiológica y, (f) estados emocionales; aunque es importante señalar que éstas difieren en el poder que cada una tiene para poder influir en las creencias de autoeficacia. De acuerdo a ello, a continuación, se presentan las seis principales fuentes de información primaria:

- *Experiencias de desempeño*: las creencias de autoeficacia se generan a partir del éxito o el fracaso que una persona haya tenido en alguna tarea o demanda (Bandura, 1977 como se citó en Corzo & Teresa, 2006). Por lo tanto, el éxito en una tarea o comportamiento fortalece las creencias de autoeficacia para esa tarea, mientras que, cuando se presenta un fracaso dichas creencias disminuyen (Maddux, 1995).

Es importante señalar que, cuando se piensa solo en obtener éxito puede provocar que una persona se desaliente cuando los resultados previstos no suceden. Ante dicha situación, cierta dificultad es deseable en la tarea o meta que se busca lograr, pues, de esta forma es que las personas “perseveran” tratando de convertir los fracasos en éxitos mediante las capacidades

individuales para ejercer el control sobre el ambiente (Bandura, 1977 como se citó en Corzo & Teresa, 2006).

- *Experiencias vicarias*: en términos generales, mediante la observación de los logros de otros una persona se compara y se ve a sí misma desempeñándose en la misma situación (Bandura, 1977 como se citó en Corzo & Teresa, 2006). No obstante, las experiencias vicarias y su influencia en las creencias de autoeficacia son más complejas; en este sentido, las experiencias provenientes del aprendizaje observacional, modelado e imitación influyen cuando las personas observan el comportamiento de otros, ven lo que son capaces de hacer, notan las consecuencias de su comportamiento, para después, usar dicha información en la generación de expectativas en torno a su propio comportamiento y las consecuencias (Maddux, 1995).

Es importante indicar que, los efectos de las experiencias vicarias dependerán de factores tales como la percepción de la persona respecto a la similitud entre ella y el modelo, el número y variedad de modelos, la capacidad percibida de los modelos y la similitud entre los problemas que enfrenta la persona y el modelo (Bandura, 1986; Schunk, 1986 como se citó en Maddux, 1995).

- *Experiencias imaginarias*: postula que las personas tienen una gran capacidad de actividad cognitiva simbólica, a partir de ello es que pueden anticiparse, visualizar posibles situaciones y eventos, pero, no solamente ello, mediante las experiencias imaginarias las personas son capaces de visualizar las reacciones conductuales y emocionales de dichas situaciones o eventos presentados, así como las consecuencias de sus comportamientos (Maddux, 1995). Pueden desarrollar las creencias de autoeficacia imaginándose a sí mismas y, también a otras personas comportándose de manera efectiva o ineficaz en situaciones que se pueden presentar en un futuro (Cervone, 1989 como se citó en Maddux 1995).

Ahora bien, Maddux (1995) señala que tales experiencias imaginarias pueden ser guiadas o tomadas desde las experiencias reales de experiencias vicarias o inducidas a través de la persuasión verbal (por ejemplo, en procesos de psicoterapia). Este autor señala que es importante considerar que el que una persona se imagine a sí misma teniendo o no éxito no tiene una influencia tan grande como las experiencias de éxito o fracaso real.

- *Persuasión verbal:* menciona que las personas al recibir apreciaciones basadas en juicios valorativos o evaluativos de personas que son cercanas o significativas para ellas en torno a la capacidad que tienen para alcanzar sus metas, pueden fortalecer las creencias de autoeficacia. Mediante esta sugestión verbal, la persona puede emplear nuevas estrategias para manejar adecuadamente las situaciones (López-Torrecillas et al., 2002).
- *Estados fisiológicos:* estos estados influyen en las creencias de autoeficacia cuando las personas relacionan una excitación fisiológica aversiva con un desempeño conductual deficiente o bien una percepción de incompetencia y, por lo tanto, de un fracaso (Maddux, 1995). En este sentido, el incremento de la activación emocional dificulta la ejecución, en consecuencia, la activación fisiológica provocada por la ansiedad, el estrés y temores afectan al desempeño del individuo (Corzo & Teresa, 2006). No obstante, cuando los niveles de activación emocional son adecuados las personas se perciben con mayor seguridad al respecto de sus capacidades (López-Torrecillas, Salvador, Verdejo, & Cobo, 2002).
- *Estados emocionales:* a pesar de que las señales fisiológicas son componentes de las emociones, las experiencias emocionales no son solo el producto de las señales fisiológicas. Las emociones o estados de ánimo pueden ser una fuente adicional de información sobre la autoeficacia; en este sentido, se considera que las personas tienen mayores creencias de autoeficacia cuando el estado afectivo es positivo que cuando es negativo (Maddux, 1995).

Se puede observar que, el estudio de las fuentes de información permite tener una mayor comprensión de los mecanismos mediante los cuales se desarrollan las creencias de autoeficacia de las personas, lográndose así un entendimiento integral de este fenómeno, en el que no solo se consideran a las fuentes personales e inherentes a las personas sino también a los contextos en los cuales se desarrolla. A partir de ello, es que se pueden desarrollar diversas estrategias durante los procesos de atención psicológica que permitan la adquisición de comportamientos saludables y, por ende, una mayor adherencia al tratamiento.

Autoeficacia y comportamientos saludables

Por sus características, el término de autoeficacia ha sido aplicado en el entendimiento de diversas conductas en el área de la salud, por ejemplo, en el manejo de enfermedades crónicas, el uso de sustancias, conductas sexuales y la adquisición de hábitos de salud (ejercicio y alimentación), sin embargo, es importante señalar que éste es también un eje fundamental en la habilidad que los individuos pueden desarrollar para recuperarse de los problemas de salud o bien, para evitar riesgos potenciales a la misma (Forsyth & Carey, 1998 como se citó en Olivari & Urra, 2007).

De esta forma, se sabe que las creencias de autoeficacia pueden influir en la salud de dos formas. La primera de ellas, señala que la autoeficacia influye en la adopción de conductas de salud, el cese de conductas insalubres y el mantenimiento de los cambios de comportamiento frente a los desafíos y dificultades. La segunda forma, hace referencia a la manera en que las percepciones de autoeficacia afectan a las respuestas fisiológicas del cuerpo al estrés (Maddux, 1995), para el caso de este trabajo, se centrará únicamente en la primera de ellas.

Partiendo de esta primera forma mencionada anteriormente, cuando un individuo se plantea la posibilidad de realizar un cambio en favor de su salud se consideran a tres factores importantes que pueden estar influyendo en dicha decisión (Bandura, 1992 como se citó en Ornelas, Blanco, Aguirre, & Guedea, 2012):

1. Las creencias de que una situación determinada puede ser perjudicial para la persona: en este sentido, se hace una estimación sobre la vulnerabilidad personal y el grado de riesgo que una situación o conducta puede estar representando para la salud física o mental si se mantiene (por ejemplo, el riesgo de desarrollar cáncer si se continúa fumando), de la misma forma, la gravedad percibida en la que se hace una valoración en el grado de molestias o daños que resulten (por ejemplo, la gravedad percibida del cáncer de pulmón). De acuerdo a ello, cuando aumenta la vulnerabilidad y la gravedad percibida se disminuye la probabilidad de realizar una conducta que perjudique a la salud (Maddux, 1995).
2. La creencia de que un cambio en el comportamiento puede reducir la amenaza que está percibiendo: dentro de éste hay una valoración de la efectividad de una estrategia dirigida a la realización de cambios en favor de la salud y

prevención de riesgos para la misma por ejemplo, el dejar de fumar disminuye el riesgo de padecer cáncer de pulmón y, de manera conjunta, la creencia de autoeficacia en la capacidad para poder llevar a cabo una determinada conducta o estrategia sugerida, por ejemplo, la creencia que tiene una persona de que puede dejar de fumar (Maddux, 1995).

3. La creencia de que el individuo es competente para adoptar conductas beneficiosas o bien, para dejar de practicar aquellas que representen un daño para la persona: al existir un aumento en la eficacia de la respuesta y la autoeficacia percibida, se observan mayores niveles de motivación que permiten la adopción de conductas de salud y la disminución de las que son nocivas para la misma (Ornelas et al., 2012).

A partir de esto, se puede observar cómo las personas se enfrentan a la necesidad de implementar comportamientos protectores de la salud al vislumbrar su propia vulnerabilidad ante diversas situaciones, aceptando que, la adopción de acciones de precaución podrían ser efectivas en su caso particular (Medina & León, 2004). No obstante, es importante tener presente que en los procesos de atención de la salud física o mental puede existir cierta ambivalencia al considerar que las acciones llevadas a cabo son innecesarias, ante dicha situación, es necesario monitorear los posibles factores de riesgo que pueden limitar el que una persona realice comportamientos saludables, como, por ejemplo, las ganancias secundarias de una conducta, la pérdida de placer o bien, la pérdida de redes de apoyo (Maddux, 1995).

Hasta el momento se esbozó la forma en que las personas se plantean la posibilidad de establecer cambios en su vida y los factores que influyen en la decisión de realizarlo. No obstante, también es importante señalar que esto no es suficiente para que las personas inicien acciones de cambio; la autoeficacia influye en el comportamiento y, por lo tanto, en el proceso de adopción de conductas saludables mediante cuatro procesos de mediación (Bandura, 1990 como se citó en Maddux, 1995):

En primer lugar, se postula a la cognición, de forma tal que, los objetivos establecidos por una persona estarán determinados por las estimaciones que realice de sus propias capacidades, así las personas evitan o eliminan aquellas acciones que

evalúan como difíciles de realizar e intentarán realizar aquellas en las que se creen capaces de dominar (Bandura, 1986 como se citó en Del Rosal, 2016), de esta manera, las personas con mayores creencias de autoeficacia en el desempeño se plantearán objetivos más complejos con un mayor compromiso en el cumplimiento de éstos, influyendo en los planes o estrategias que prevén para alcanzar dichos objetivos, así como también, en la resolución de problemas y toma de decisiones. Por el contrario, las personas con menores creencias de autoeficacia tendrán una visión negativa, visualizándolos como situaciones de fracaso o amenaza (Maddux, 1995).

El segundo proceso es la fijación de objetivos y persistencia, así, las creencias de autoeficacia influyen en los objetivos que eligen las personas, pero en este caso particular, se habla también de las actividades dirigidas al alcance de los objetivos, los esfuerzos y la persistencia frente a los desafíos y obstáculos. Las personas con menores creencias de autoeficacia que se enfrentan a dificultades en la realización de una tarea dudan sobre la capacidad que tienen para poder lograrla, lo que generalmente resulta en el darse por vencidos, en caso contrario, las personas con mayores creencias de autoeficacia incrementan sus esfuerzos para superar un desafío cuando surgen obstáculos. En resumen, la perseverancia suele producir los resultados deseados y esto a su vez aumenta la percepción de eficacia personal (Maddux, 1995).

En tercer lugar, se encuentran los procesos afectivos en el cual las creencias de autoeficacia son determinantes de las respuestas afectivas o emocionales ante los acontecimientos surgidos en la vida cotidiana, así, por ejemplo, niveles bajos de autoeficacia para alcanzar objetivos altamente deseados pueden producir desaliento, angustia y altos niveles de tristeza, es decir, influyen en el tipo e intensidad de la emoción y éstas a su vez repercuten en los intentos subsecuentes de afrontamiento. Por otro lado, la autoeficacia para controlar las cogniciones que intervienen en las emociones puede, en parte, determinar las respuestas emocionales. Por ejemplo, la ansiedad y la depresión pueden ser estados emocionales causados y mantenidos por las expectativas de que es muy probable que la emoción aversiva continúe o se experimente de nuevo (Kirsch, 1990 como se citó en Maddux, 1995).

Finalmente, el proceso de selección de entorno postula que las personas eligen situaciones en las que creen que van a tener éxito y evitar aquellas en las que

consideran que las demandas excederán sus habilidades. De esta forma, las personas que deciden ser partícipes en determinados contextos o situaciones en las que consideran tener éxito y para las que creen poseer las habilidades necesarias aumentarán su sentido de eficacia, sin embargo, cuando las personas evitan ciertas tareas o situaciones complicadas en las que consideran no se desempeñarse hábilmente aun cuando posean las habilidades y recursos necesarios se privan de experiencias de éxito potencial que contrarrestarían su bajo sentido de eficacia (Bandura, 1989 como se citó en Maddux, 1995).

Una vez identificados todos los elementos que pueden influir en la realización o cambios de comportamientos de las personas es importante tenerlos en consideración al desarrollar los planes de intervención en los tratamientos psicológicos con la finalidad de promover la adopción de comportamientos saludables que sean acordes con los objetivos que los propios consultantes se plantean.

Estrategias para promover la autoeficacia

De acuerdo con lo abordado hasta el momento, la autoeficacia tiene una influencia importante en la elección de las actividades, así como el esfuerzo y la persistencia para el cumplimiento de los objetivos que se proponen las personas. De esta manera, la autoeficacia se corrobora a medida que trabajan en la tarea y observan el progreso que están teniendo en las metas u objetivos, siendo éste un indicador de que las personas gradualmente se vuelven más hábiles (Bandura, 1986; Locke & Latham, 1990 como se citó en Schunk & Swartz, 1993).

Siguiendo con esta línea, la autoeficacia se desarrolla a través de estrategias que parten de los supuestos de las fuentes de información propuestas por Bandura y retomadas por Maddux en 1995, para el caso de este trabajo se tomaran en cuenta a las siguientes: (a) logros de ejecución, (b) experiencias vicarias, (c) persuasión verbal y (d) estados fisiológicos (López-Torrecillas et al., 2002) expuestas anteriormente. Éstas pueden dirigir el desarrollo de tratamientos que favorecerán la eficacia personal y, por ende, conducirán a los resultados esperados, es importante señalar que pueden ser ordenadas de forma jerárquica considerando su influencia sobre la misma.

En la Tabla 2 se presentan las estrategias para promover a la autoeficacia a lo largo de los tratamientos psicológicos, fundamentadas mediante las cuatro fuentes de información señaladas anteriormente.

Tabla 2*Estrategias para promover la autoeficacia*

Fuente de información	Breve descripción	Estrategias	Funcionalidad
Logros de ejecución	Principal fuente de autoeficacia dado que la información proviene de las experiencias personales de éxito o de dominio de la conducta.	<p><i>Plantear con el consultante objetivos concretos</i> considerando los valores, es decir, direcciones en las que el consultante quiere trabajar de cada área vital.</p> <p><i>Establecimiento de planes de acción</i> que se compongan de actividades que puedan ser llevadas a cabo considerando el que, cómo, cuándo, dónde y con quién. Éstas deben de ser actividades observables, medibles y actividades que se descompongan en pasos pequeños y que sean sencillos de realizar, se monitorean las posibles dificultades.</p> <p><i>Registro de progresos</i>, se refuerza el logro mediante la indagación del cómo se sintió, cambios en el humor y en su vida en general.</p> <p><i>Promover el seguir de forma sistemática con los objetivos</i> reforzando el que continuar con ellos mantendrá a las conductas saludables.</p>	<p>Proporcionan información sobre las adecuadas formas de ejecución.</p> <p>Fortalecen las creencias sobre las capacidades de realizar acciones para lograr un objetivo.</p>

Fuente de información	Breve descripción	Estrategias	Funcionalidad
Experiencia vicaria	Se logra a partir de la observación de otras personas, de su esfuerzo y perseverancia, cuando tienen éxito la persona puede pensar que también tiene las capacidades necesarias para dominar una actividad similar.	Desarrollo de experiencias provenientes del aprendizaje observacional, modelado e imitación. <i>Observación de los logros de otros</i> , así una persona se compara y se ve a sí mismo desempeñándose en la misma situación <i>Situaciones simuladas</i> , uso de role playing. <i>Hacer notar las consecuencias</i> del comportamiento de otros para después usar dicha información en la generación de expectativas en torno a su propio comportamiento y las consecuencias.	Éstas proporcionan información cuando hay un elevado grado de incertidumbre al respecto de las capacidades personales. Es importante considerar que el impacto de ellas depende del grado de similitud de los modelos tanto en experiencias como en características personales.
Persuasión verbal	Apreciaciones basadas en juicios valorativos o evaluativos de personas significativas en relación a la capacidad que tienen para alcanzar sus metas.	<i>Fomentar la credibilidad</i> , como profesional se debe fomentar la confianza con la finalidad de ser percibido como una fuente veraz de información. <i>Mensajes informativos y dirigidos al cambio</i> , se busca que el consultante cambie sus creencias sobre su capacidad en la adopción y mantenimiento de conductas de salud con la finalidad de que pasen a la acción.	Promueven la creación y mantenimiento de la eficacia personal en el empleo de nuevas estrategias para las situaciones en su vida. Éstas tienen un mayor efecto terapéutico cuando se utilizan de forma conjunta con las

Fuente de información	Breve descripción	Estrategias	Funcionalidad
Estados fisiológicos	La activación fisiológica y somática influye en la interpretación cognitiva de las personas sobre su eficacia ante ciertas situaciones.	<p><i>Presentar evidencias/razones que sustenten los mensajes</i>, los mensajes deben de contener argumentos lógicos que los respalden y apoyen la veracidad de los mismos.</p> <p><i>Uso de lenguaje que los motive</i>, el uso de mensajes racionales será más motivador si se acompaña de emociones y sentimientos, así como también el uso de reforzamiento ante la realización previa de otras conductas relacionadas.</p> <p><i>Reducción de los estados de activación del consultante</i>, en caso de considerarse necesario la reducción de estados fisiológicos que limiten la ejecución exitosa de una acción se recomienda el uso de técnicas de relajación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiración diafragmática • Atención plena. 	<p>experiencias personales de éxito.</p> <p>Al disminuir la activación fisiológica en la persona se disminuyen las interpretaciones negativas de incompetencia o fracaso.</p>

Nota. Adaptado de: “Bases para el desarrollo de la autoeficacia en programas para la promoción de la actividad física” por I. Herrera, S. Medina, T. Fernández, S. Rueda, & F. Cantero, 2013, España: Apuntes de psicología, pp. 11-113. “Intervención Breve de Activación Conductual para Depresión”, por F. Maero & P. José, 2016, Buenos Aires: Librería Akadia Editorial, pp, 43-45.

Es fundamental señalar que, en todo el proceso de atención a los consultantes un elemento a tomar en consideración es la retroalimentación como una estrategia complementaria a las señaladas anteriormente pues, ésta informa a las personas el cómo alcanzar sus objetivos motivándolos a trabajar en las tareas y actividades pertinentes, así como dejándoles vislumbrar que sus objetivos son alcanzables. Al mismo tiempo, el uso de la retroalimentación es benéfico para el desarrollo y aumento de la autoeficacia al mostrar que una persona es competente y que puede seguir aprendiendo (Bandura, 1986 como se citó en Schunk & Swartz, 1993).

Autoeficacia como predictor de la adherencia terapéutica

De acuerdo a la revisión que hasta ahora se realizado, se puede observar que el desarrollo de la autoeficacia permite la adopción de comportamientos dirigidos al cuidado de la salud, tanto los concernientes a la salud física como al de la salud mental. De esta forma, la autoeficacia se considera como un factor determinante en la adherencia a los tratamientos, sugiriendo que un paciente adherido al mismo tiene una actitud positiva hacia el cumplimiento de los objetivos al percibirse como capaz de realizar las acciones que lo dirijan a ellos (Fernández, Comas, García, & Cueto, 2003 como se citó en Martos, 2015).

Es así que, cuando un consultante se siente capaz de cumplir con los objetivos personales y las recomendaciones proporcionadas durante los procesos de atención tendrán más éxito en la realización de conductas de salud apropiadas, incrementando así los niveles de adherencia al tener una influencia directa en el aspecto afectivo, cognitivo y motivacional de la persona promoviendo así su adaptación a las demandas sociales y ambientales (Martos, 2015).

De esta forma, se dice que cuando un consultante tiene una alta sensación de eficacia personal hay una mayor probabilidad del cumplimiento de los tratamientos debido a que no dudará en iniciar proyectos e implicarse en nuevas actividades en las que paulatinamente puede llegar a sentirse competente, así mismo, en el establecimiento del compromiso personal con los objetivos planteados, aunque eso implique la realización de cambios importantes en su vida. Ahora bien, cuando se tienen bajas expectativas de eficacia personal es menos probable que se logre una adecuada adherencia al plan de tratamiento pues, la persona tiende a ser más

conservadora razón por la cual comienza pocas actividades por iniciativa propia teniendo efectos contraproducentes pues, hay una valoración de todos los riesgos posibles lo que influye en la devaluación de oportunidades de cambio y, esto a su vez, conduce a que se quede paralizado en una misma situación durante un tiempo indefinido (Roca, 2002).

Finalmente, y por dichas razones, Roca (2002) señala que durante los procesos de atención psicológica los resultados alcanzados tienen un elemento en común, el crear, desarrollar y fortalecer las creencias de autoeficacia que promuevan la adherencia a ellos, sin importar la modalidad y el enfoque terapéutico bajo el cual se esté tratando a la persona.

Capítulo 3. Apoyo social y adherencia al tratamiento psicológico

Definición

El ser humano cuenta con recursos internos y externos que le permiten hacer frente a diversas situaciones en su vida cotidiana. En este sentido, uno de los factores protectores en el desarrollo de cualquier conducta de riesgo es el concerniente a las relaciones y vínculos sociales que las personas van desarrollando a lo largo de la vida; recursos que son para ellas considerados como emocionalmente gratificantes y satisfactorios (Taylor, 2007).

El apoyo social es un concepto multidimensional, por ello, se pueden observar diversas definiciones a lo largo del tiempo que tratan de englobar todos los elementos que lo componen, haciendo de éstas algo más integrador; a continuación, se presentarán algunas ellas.

El apoyo social es definido como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas que son proporcionadas por la comunidad, las personas y las redes sociales, estas últimas entendidas como los contactos personales mediante los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe ayuda emocional, material, así como servicios e información (Lin, Dean, & Ensel, 1986; Rounds, 1987 como se citó en Aranda & Pando, 2013).

Se refiere, también, a este término como aquellos recursos que se le proporcionan a la persona desde centros institucionales tales como servicios médicos, instalaciones comunitarias, prestaciones económicas, así como también, a los recursos que surgen de las relaciones sociales que establece una persona, mismos que favorecen el mantenimiento de las interacciones, la adaptación y el bienestar de la persona dentro de un contexto comunitario (Rodríguez-Marin, Pastor, & López, 1993)

Para Norris y Kaniasty (1996), el apoyo social es la asistencia que se recibe a partir de otras personas, las cuales son reconocidas como importantes, estimadas y valoradas que forman parte de la red de comunicación del individuo, estas relaciones sociales le proporcionan una asistencia real permitiendo que las personas se desarrollen dentro de un sistema social que los provee de amor, cuidado o sentido de apego, mismos que pueden ser proporcionado por un grupo social o una diada.

Finalmente, una definición actual del apoyo social lo señala como un proceso interactivo mediante el cual una persona obtiene ayuda emocional, instrumental y económica de la red social en la cual está inmerso, este apoyo provee de cuidado y afecto, de conductas específicas bajo ciertos contextos y de conocimientos que le permiten enfrentar las situaciones problemáticas que puedan surgir en su vida cotidiana (Garmendia, Alvarado, Montenegro, & Pino, 2008).

De acuerdo con las revisiones realizadas, se observa que el apoyo social es un fenómeno complejo que hace referencia a la asistencia y recursos que las personas pueden obtener no solo de los medios disponibles en la comunidad en la que se desarrolla, sino también en núcleos cercanos a ella que proveen de afecto, seguridad y estrategias que le permiten hacer frente a situaciones en su cotidianidad.

Dimensiones del apoyo social

Las definiciones anteriormente descritas muestran una serie de características que componen al apoyo social, de esta forma, el estudio de éste se ha facilitado mediante la distinción de las dimensiones y mecanismos que responden a una función y una necesidad determinada para cada persona.

La primera dimensión del apoyo social hace referencia a lo **estructural**, referido a la existencia y cantidad de las relaciones sociales que establece una persona y la interconexión de las mismas (Lin et al., 1979 como se citó en Rosa-Rodríguez, Negrón, Maldonado, Quiñones, & Toledo, 2015). Dentro de esta dimensión del apoyo social Fernández (2005) distingue las siguientes características:

- *Tamaño*: referido al número de personas que componen a una red social y con los que se mantiene en contacto el sujeto central.
- *Reciprocidad*: grado en que los recursos de la red son intercambiados equitativamente entre ambas partes, es decir, el equilibrio o desequilibrio del intercambio en la relación entre dos personas.
- *Parentesco*: referido a si la red social está conformada por miembros de la familia o no, está es una característica que resulta ser predictor de un adecuado ajuste ante las crisis vitales. Así mismo, se hace énfasis en la importancia de la conformación de redes sociales en las que no haya un

predominio de familiares, sino, más bien, las personas sean libres de elegir las relaciones que quieren establecer con otros fuera de su núcleo familiar.

- *Homogeneidad*: indica la semejanza o congruencia entre los miembros de una red en una dimensión determinada, es decir, actitudes, valores, experiencia, entre otros, de esta forma, cuando las redes son homogéneas es más probable que las interacciones llevadas a cabo sean más reforzantes.

La importancia del conocimiento de la perspectiva estructural del apoyo social radica en la información que ésta nos provee al indicar la disponibilidad potencial de apoyo social; no obstante, la efectividad de una red social no solo se limita al número de personas que forman parte de ella, sino también, a las habilidades, los conocimientos y la motivación que tengan para proveer a una persona del soporte que necesite (Fernández, 2005).

La segunda dimensión concierne al aspecto **funcional** del apoyo social, desde esta perspectiva, se hace referencia al sentimiento de pertenencia a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas, así mismo, considera al grado en que las relaciones interpersonales que un individuo establece sirven para una determinada función (Alonso, Menéndez, & González, 2013) estas son:

- *Apoyo emocional*: referido a las expresiones de afecto positivo, el entendimiento empático que se le puede proporcionar a la persona, así como la estimulación de la expresión de los sentimientos. En este sentido, los mensajes proporcionados van dirigidos a atender a las necesidades expresadas por el receptor, mostrando simpatía y comprensión ante una determinada situación (Burlison, 1994 como se citó en Leach, 2015).
- *Apoyo informativo*: es la información que se le ofrece a las personas para que éstas puedan usarla ante situaciones problemáticas, en este sentido, se hace hincapié en el asesoramiento y consejo, así como también, la guía y la retroalimentación ante diversas situaciones en la vida cotidiana (Rosa-Rodríguez et al., 2015).
- *Apoyo instrumental*: se refiere a los bienes y servicios que otros pueden ofrecer a una persona para resolver los problemas prácticos (Jacobson, 1986).
- *Apoyo afectivo*: este tipo de apoyo involucra las expresiones de amor y afecto hacia una persona por parte de su grupo más cercano.

- *Interacción social positiva*: se refiere a la disponibilidad de otras personas con las que pueda convivir, de esta forma, la interacción social se relaciona con pasar tiempo con los otros y la disponibilidad que éstas tienen para distraerse, divertirse, entre otras actividades (Alonso, Menéndez, & González, 2013).

Finalmente, es importante señalar que a todos estos tipos de apoyo que una red social puede proporcionar se les debe considerar como potenciales fuentes del mismo y que la importancia de uno u otro va a depender cada persona considerando tanto la relevancia como también el problema que se le esté presentando a una persona (Pérez & Martín, 1997).

La tercera y última dimensión es la concerniente al aspecto **contextual**, en ella se recalcan tres aspectos situacionales en los que el apoyo que se le proporciona a la persona:

Al hablar del primer aspecto situacional, se hace referencia a la dirección del apoyo, autores como Norris y Kaniasty (1996) enfatizan en la importancia del distinguir entre dos tipos:

- Apoyo social recibido: hace referencia a los comportamientos de ayuda que se proporcionan por parte de otras personas de forma natural una vez que un suceso ha ocurrido.
- Apoyo social percibido: enfatiza en que los comportamientos de ayuda por parte de otras personas pueden ser proporcionados cuando sea necesario, es de esta forma que, en el apoyo social percibido los comportamientos de ayuda van dirigidos a situaciones que pueden llegar a suceder y que generen estrés en la persona.

El segundo aspecto, hace mención a la procedencia del apoyo social y la efectividad del mismo, así como también, a las características de la persona que lo recibe, en este sentido, Fernández (2005) señala lo siguiente:

- Variación en la procedencia del apoyo: ésta va en función de las personas que proporcionan el apoyo social y la efectividad del mismo ante diversas situaciones, por ejemplo, el apoyo de los compañeros de trabajo tiene mejores consecuencias en los hombres que en las mujeres; el apoyo proveniente de la

familia ante problemas asociados con la salud es más efectivo que el proveniente de los amigos.

- Características del receptor del apoyo social: se menciona la influencia de las características de personalidad, los roles, la presencia de otros recursos internos y las creencias personales del momento en el que es adecuado aceptar la ayuda proveniente de los otros, esto influirá en la efectividad del soporte. Así mismo, se incluyen las necesidades de afiliación, necesidades de privacidad, la autonomía y habilidades relacionales, por ejemplo, la empatía (Shumaker & Brownell, 1984).

El tercer aspecto enfatiza la cuestión temporal, en la que se considera de especial utilidad tener presentes las secuencias del apoyo social pues, se parte del supuesto de que éste se desarrolla con el tiempo y bajo ciertas situaciones en las cuales es apropiado (Heller & Swindle, 1983 como se citó en Jacobson, 1986), por ejemplo:

1. Cuando se anticipa un evento estresante para la persona
2. Cuando es concurrente con un suceso que ha sido percibido como estresante por parte de la persona
3. Y, finalmente, posterior a que ha ocurrido un evento estresante

En este sentido, se habla acerca de que ante diversas situaciones que pueden ser percibidas como estresantes para los individuos se requiere de diferentes tipos de apoyo en diferentes momentos, esto implica que hay una constante evaluación y reevaluación de los soportes proporcionados por otras personas.

Como se ha mencionado hasta el momento, el conocimiento de las diferentes dimensiones que componen al apoyo social permite la formulación de estrategias de intervención en tratamientos psicológicos en el que se incluyan no solo los recursos personales, sino también todos aquellos provenientes del contexto en el que un individuo está inmerso y que promueven una mayor adherencia a los tratamientos psicológicos, mismos que se abordarán más adelante.

Funciones del apoyo social en la salud

Hasta el momento se ha hecho una revisión de los conceptos de apoyo social que han surgido en los últimos años y las dimensiones que lo componen. Sin

embargo, para que exista una comprensión integral de este fenómeno y su relación con la salud, es necesario tener conocimiento de las funciones y los efectos del apoyo social en el receptor. En este sentido, se hace hincapié no solo en conocer los recursos que pueden resultar de los intercambios de apoyo, sino también, en las funciones que estos mismos tienen en el bienestar de una persona.

Es así que, autores como Shumaker y Brownell (1984) distinguen dos funciones centrales del apoyo social que están vinculadas a los recursos que pueden ser proporcionados por otras personas y que, a continuación se describirán.

Funciones del apoyo social en el mantenimiento de la salud: la función general de éste, es el bienestar de la persona teniendo un impacto en la salud física y la salud mental general, mediante varias funciones específicas:

- Gratificación de necesidades afectivas: se habla de la satisfacción de necesidades de afiliación, de contacto y el compañerismo con otras personas con el propósito de mitigar los efectos nocivos del aislamiento y la soledad. Aunado a lo anterior, mediante el apoyo se puede desarrollar un sentimiento de pertenencia al expresar amor, proporcionar cuidados, comprensión y preocupación (Kaplan, Cassel y Gore, 1977 como se citó en Shumaker & Brownell, 1984).
- Mantenimiento y mejora de la identidad propia: mediante las interacciones establecidas con otros es que las personas adquieren una conciencia de sí mismas, al realizar una clarificación y evaluación de su sistema de creencias al comparar sus propias opiniones y actitudes con los demás, dentro de esta función del apoyo social se puede incluir la retroalimentación sobre aspectos de autoidentidad y modelos de comportamiento adecuados a situaciones estresantes.
- Aumento de autoestima: esta función hace hincapié en la validación del sentido de valor y adecuación de una persona en los que se afirma y reafirma el sentido de valor, la aprobación, los elogios y las expresiones de respeto por el receptor (Gottlieb, 1983 como se citó en Shumaker & Brownell, 1984). Así mismo, al recibir apoyo de otras personas de una forma continua hay un desarrollo de mayor seguridad ante situaciones que pueden generar estrés.

Funciones reductoras del estrés: aluden a la función que desempeña el apoyo social ante situaciones que para las personas pueden ser percibidas como estresantes por ejemplo ante una enfermedad o padecimiento, esto se logra mediante dos funciones específicas:

- Valoración cognitiva: referida a la evaluación sobre el estrés, puede ser: primaria y secundaria (Lazarus & Launier, 1978 como se citó en Shumaker & Brownell, 1984). La evaluación primaria se refiere a la interpretación o juicio que un individuo realiza para clarificar si una situación es estresante o amenazadora, en este caso los intercambios de apoyos pueden ampliar la interpretación individual del evento y promover la comprensión del mismo con mayor claridad, siendo la información verbal y las respuestas modeladas los principales recursos proporcionados. La evaluación secundaria parte de una situación que ya ha sido considerada como amenazante, en ella se valoran los recursos y las estrategias para hacer frente a la situación amenazadora, de esta forma, los apoyos proporcionados permiten la ampliación de opciones de afrontamiento, éstas incluyen estrategias de afrontamiento emocional y comportamental. El rol del apoyo social dentro de esta función va dirigido a alentar a una persona buscar ayuda y servicios profesionales apropiados, el suministro de información y técnicas de resolución de problemas, es decir, una vez que se ha dado una interpretación de una situación percibida como amenazante se busca encontrar e implementar estrategias de afrontamiento (Fernández, 2005).
- Adaptación cognitiva: implica una búsqueda del significado del evento, un intento de recuperar el dominio sobre sus vidas y el aumento de la autoestima. Para lograrlo, los recursos proporcionados por otras personas significativas implica el proporcionar información, estrategias para recuperar el control y conductas modeladas para enfrentarla, por ejemplo, la asistencia a grupos de apoyo (Taylor, 1983 como se citó en Shumaker & Brownell, 1984).

Las dos principales funciones de este fenómeno en el desarrollo del bienestar físico y psicológico parten del supuesto de que el apoyo social debe proporcionarse independientemente de la presencia o ausencia de situaciones que pueden ser percibidas como amenazantes o estresantes para una persona (Shumaker & Brownell, 1984), pues, como se ha observado, no sólo es por medio de éste que la

persona mantiene los vínculos con personas significativas sino que también derivado de ello pueden mantener y potencializar sus recursos personales, tanto los concernientes a la identidad propia, el aspecto emocional y no menos importante el aspecto cognitivo.

Fuentes de apoyo social

De acuerdo con la revisión realizada hasta el momento, se puede observar que, al definir al apoyo social se enmarcan diferentes características que lo componen, así como las funciones que éste tiene en el desarrollo y mantenimiento del bienestar físico y psicológico de las personas. En este sentido, los recursos proporcionados y la funcionalidad de éstos provienen, en muchos casos, de diferentes instituciones sociales y de otros significativos en los contextos en los cuales está inmersa una persona, considerándose así la existencia de una interacción dinámica entre estos dos sectores (Roger-García, 2009). Por ello, se enfatiza en la importancia de distinguir las dos principales fuentes de apoyo con las que cuenta una persona:

Apoyo social informal: éste es un tipo de apoyo que se caracteriza porque es desarrollado por la red social del receptor del cuidado y se provee de forma voluntaria, sin que medie ninguna organización ni remuneración. En el caso de este tipo de soporte, se ha observado que está dirigido a satisfacer necesidades de una persona en las cuales se incluye entablar amistad, proporcionar apoyo emocional, construir sentido, ofrecer consejos prácticos y prestar asistencia material (Leach, 2015). Es así que, los soportes proporcionados parten de un intercambio mutuo continuo el cual está constituido por una serie de derechos y obligaciones dentro del grupo primario, el vecindario o la comunidad, es decir, esta no es unidireccional (Lila & Gracia, 1996). En la tabla 3 se muestran las fuentes principales de apoyo informal.

Tabla 3.

Tipos de apoyo social informal

Tipo de fuente	Descripción	Funciones
Familia	Grupo primario que representa la organización social más básica, siendo	Promoción de la expresión de las emociones y necesidades significativas para el individuo.

Tipo de fuente	Descripción	Funciones
	<p>ésta la primera expresión de socialización y solidaridad, protección y cuidado.</p>	<p>Reconocimiento de las experiencias y puntos de vista de la persona como miembro de la familia.</p> <p>Ayuda y asiste a miembros de la familia con grados de dependencia o disminución de la autonomía (por enfermedad, trastornos, etc.) durante periodos largos de tiempo.</p>
Amigos o compañeros	<p>Hace referencia a individuos que pasan tiempo o bien, que permanecen en contacto en gran medida por el placer de la compañía del otro</p>	<p>Proporcionar formas de distracción para un individuo en situaciones estresantes que les permitan romper, por ejemplo, con ciclos de pensamientos ansiosos.</p> <p>Afirmación de la identidad de la persona al compartir visiones similares del mundo (valores y creencias) con otros y, por ende, al reforzar a partir de ello sus propias imágenes.</p>
Comunidad	<p>Este es el estrato más externo y general, este contiene las relaciones del individuo con su comunidad, reflejando la integración y el sentido de pertenencia a una estructura social más amplia.</p>	<p>Reforzamiento del sentido de pertenencia al formar parte de una estructura estable en la que confiar.</p> <p>Creación de sentido de compromiso mutuo que vincula a los individuos en una unidad colectiva.</p> <p>Fortalecimiento de la identidad vinculada al surgimiento de roles sociales.</p>

Nota. Adaptado de: *Improving mental health through social support: building positive and empowering relationship* por J. Leach, 2015, Reino Unido: Jessyca Kingsley Publishers, pp, 62-67. “*El apoyo formal a la familia como cuidadora natural*”, por I. Santana, 2003, España: Portularia Revista de Trabajo Social, pp, 118-120. “*La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario*” por E. Gracia & J. Herrero, 2009, España: Revista Latinoamericana de Psicología, pp, 227-231.

Como se ha observado existen diferentes fuentes de apoyo social informal que configuran un sistema ecológico de soporte y ayuda cotidiana para un individuo por sus características de accesibilidad natural, variabilidad y congruencia entre los individuos, por ello, es importante la incorporación de estas fuentes en las estrategias de intervención dirigidas a la promoción de la salud (Lila & Gracia, 1996).

No obstante y, como se mencionó anteriormente, éste no es la única fuente de apoyo social, a continuación se describe una segunda fuente que, de igual forma, interviene en el desarrollo del bienestar físico y emocional de las personas.

Apoyo social formal: son aquellas acciones que una institución o profesional (de la salud física y mental, así como también trabajadores sociales, etc.) oferta de manera especializada y que van más allá de las capacidades que poseen las personas para cuidar de sí mismas o de los demás, en algunos casos, esta fuente de apoyo puede ser eficaz para reducir la carga de los cuidadores (Shiba, Kondo & Kondo, 2016). Así mismo, éste, al ser un servicio proporcionado por instituciones o profesionales especializados opera a través de un sistema de categorías explícitas tanto para evaluar las necesidades como para determinar la elegibilidad de las personas para recibir los servicios.

En el caso particular de esta fuente de apoyo, es importante considerar que, aunque ésta sea una red abastecedora secundaria no es menos importante que el apoyo proporcionado por las fuentes informales, por el contrario, en muchas ocasiones, estos sistemas permiten la reconstrucción de las relaciones entre el individuo con sus redes naturales de apoyo en el ambiente en el que está inmerso (Orrick, et al., 2011; Sharpe, 2008 como se citó en Estrada, Rodríguez & Herrero, 2013). En la tabla 4 se presentan algunas fuentes de apoyo social formal y sus características.

Tabla 4.

Tipos de apoyo social formal

Tipo de fuente	Descripción	Funciones
Salud y seguridad social	Se encarga de dar atención en las demandas de servicios de salud de la población acorde a la presencia de enfermedades o padecimientos, su	Proporciona monitoreo del estado general de la salud de las personas, con la finalidad de derivar a otras

Tipo de fuente	Descripción	Funciones
Servicios de salud mental (psicología clínica, consejería, psiquiatría)	<p>severidad y la complejidad requerida para el tratamiento.</p> <p>Proporcionan un apoyo de tipo individual (uno a uno), éste está dirigido a establecer un entorno clínico de confianza sin presiones e influencia (juicios) de familiares o amigos cercanos ante situaciones que representan un problema que rebasa sus recursos.</p>	<p>intervenciones cuando sea necesario.</p> <p>Entendimiento del efecto de las experiencias específicas de la vida sobre la persona.</p> <p>Identificación de problemas resolubles y generación de metas de forma conjunta.</p> <p>Promover la reinserción adaptativa del individuo en su medio.</p>
Escuelas	<p>En el caso de instituciones educativas se establece una comunicación entre el profesorado y los padres o tutores no solo para dar seguimiento a cuestiones educativas, sino también, a posibles dificultades en la interacción y/o comportamientos de las personas.</p>	<p>Integración de la persona en el ámbito educativo y social.</p> <p>Generación de estabilidad emocional y vínculos afectivos con otros en dicho medio.</p>

Nota. Adaptado de: “*Improving mental health through social support: building positive and empowering relationship*” por J. Leach, 2015, Reino Unido: Jessyca Kingsley Publishers, pp, 62-67. “*Redes sociales y vejez: apoyos sociales formales e informales en el área metropolitana de Monterrey*”, por H. García & R. Madrigal, 1999, México: Papeles de Población, pp, 228-230. “*Familia, escuela y sociedad. Manual para maestros*” por A. Aguirre, C. Caro, S. Fernández & M. Silvero, 2015, España: Universidad Internacional de la Rioja, pp, 87-89. “*Psicoterapia breve y de emergencia*” por L. Bellak & L. Small, 1980, México: Editorial Pax México, pp, 38-39.

Conviene resaltar que, al ser una fuente de apoyo proporcionado por instituciones formales dentro de la comunidad, es importante tener un monitoreo de los factores de riesgo que pueden influir en la obstaculización de recibir atención a nivel especializado con la finalidad de, en la medida de lo posible, evitar que una persona perciba que se encuentra en una situación en la que nadie le puede ayudar al sentirse poco escuchada, valorada o que perciba poco interés por parte de los profesionales de la salud en su bienestar físico o mental (Herrero, 2004).

Ante este panorama, es necesario encontrar una combinación adecuada entre los servicios profesionales y aquellas fuentes de apoyo informales con las que cuentan las personas (Herrero, 2004). Esta flexibilidad permite que se reconozca la importancia de las intervenciones realizadas por profesionales, pero también, la

contribución de las redes sociales naturales (familia, amigos, compañeros, etc.) a lo largo de las intervenciones realizadas en favor de la salud de las personas.

Estrategias para el fortalecimiento del apoyo social

La revisión de los elementos que componen al apoyo social, así como las funciones y las principales fuentes de donde éste proviene, facilitan información que permite el desarrollo de estrategias de intervención en procesos terapéuticos fundamentadas en el desarrollo y fortalecimiento de aquellas redes de apoyo con las que cuenta una persona (Villalba, 1995 como se citó en Llitrá, 2002). A partir de lo anteriormente señalado, se considera que los siguientes puntos se pueden implementar en procesos de atención psicológica, fomentándose así el mantenimiento de la salud integral de la persona. A continuación se presentan algunas de ellos.

1. *Análisis de la red social de la persona:* el profesional de la salud mental en conjunto con el consultante tratan de hacer una distinción de las personas que conforman su red social, es decir, el número de personas, parentesco (familiares, pareja, amigos, etc.) y con quiénes mantiene un mayor contacto, de forma tal que el consultante pueda solicitar ayuda de las personas en su entorno ante situaciones que sean difíciles de afrontar por sí mismo (Fernández, 2005).
2. *Especificación del tipo de apoyo que se le puede proporcionar:* se pretende que una vez que el profesional de salud y el consultante identifican las principales redes de apoyo, se pueda realizar un análisis de los tipos de ayuda que éstos pueden proporcionar (emocional, informativo, instrumental, afectivo o interacción social positiva) haciendo una vinculación entre la parte estructural y funcional del apoyo social (Fernández, 2005). Bajo esta misma línea, Maero y Quintero (2016), señalan que el solicitar ayuda puede ir orientada a los siguientes objetivos:
 - a. Para realizar una actividad que le resulta difícil al consultante por obstáculos materiales.
 - b. Para aumentar el disfrute de actividades sobre todo cuando son actividades poco agradables o cuando implica incorporar al estilo de vida conductas

saludables, pues, el contar con apoyo social incrementa las probabilidades de que éstas sean llevadas a cabo.

- c. Como refuerzo por llevar a cabo una actividad planificada.
3. *Involucramiento de familiares en los procesos de intervención:* de acuerdo a la OPS (2017) es fundamental identificar a los familiares que pueden prestar apoyo de manera tal que, ellos puedan participar en los procesos de atención psicológica tanto como sea posible y apropiado, por ejemplo, en sesiones de orientación.
4. *Favoreciendo la estabilidad de las redes:* en este caso, se espera que por medio del desarrollo de habilidades sociales en los consultantes éstos puedan tener relaciones significativas con los miembros de sus redes de apoyo. Estas habilidades garantizan la estabilidad y duración de las relaciones por medio del desarrollo de estrategias de negociación, comunicación efectiva y la expresión de sentimientos y pensamientos (Llitrá, 2002).
5. *Promoviendo la flexibilidad de las redes:* en este caso particular, se trata de favorecer a que tanto los consultantes como los miembros de la familia que se involucran en los procesos de atención puedan trabajar con las actitudes que dificultan la interacción entre ellos, así como también, el que se distingan los roles que cada uno de ellos tiene y las posibles sobrecargas que puedan derivar de ello (Llitrá, 2002).
6. *Promoviendo la reciprocidad de las redes:* nuevamente se hace especial énfasis en el desarrollo de habilidades de comunicación asertiva entre el consultante y los otros significativos, así como en la adecuada distribución de tareas en los ámbitos en los cuales se desarrolla (Llitrá, 2002).
7. *Reactivación de actividades:* esta estrategia está dirigida a reactivar aquellas relaciones sociales anteriores del consultante y actividades sociales previas que se perdieron por dificultades interpersonales y que, si éstas se comienzan nuevamente pueden prestar de apoyo psicosocial directo o indirecto, por ejemplo, reuniones con la familia, visitas a vecinos o amigos, actividades deportivas o en comunidad (OPS, 2017).
8. *Acompañamiento por parte del terapeuta:* al ser el profesional de la salud una de las principales fuentes de apoyo social se promueve que, durante los procesos de cualquier modalidad, dé un acompañamiento a los consultantes en su proceso de cambio. Aunado a lo anterior, es importante que el profesional

haga un monitoreo a la par al respecto de la satisfacción con el tratamiento que está recibiendo a fin de desarrollar una adecuada adherencia al mismo (Morales, Martínez, Carrascoza, Chaparro, & Martínez, 2013).

9. *Derivar a los consultantes a intervenciones especializadas*: finalmente y, en casos específicos en los cuales se requiera de una atención a nivel hospitalaria o bien, con otros especialistas el profesional de la salud realiza un acompañamiento en los procesos de derivación con el propósito de disminuir las brechas en la atención a la salud (OPS, 2017).

Fernández (2005), señala la importancia de que en todo proceso de atención a la salud, los profesionales diseñen estrategias en las cuales se incremente la colaboración entre el apoyo social formal (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) y el apoyo social informal (familia, amigos, vecinos, etc.) de los consultantes, permitiéndose así el involucramiento en un proceso de interacción mutua en el que se conozcan los distintivos de ayuda así como el reconocimiento y validación de la complementariedad entre ambas.

El rol del apoyo social en la adherencia a tratamientos

Hasta el momento, se ha hecho especial énfasis en la forma en que el contacto con instituciones, personal especializado, así como, la familia, los amigos, los vecinos y compañeros son calificadas como relaciones sociales que pueden influir en el bienestar emocional y el proceso de salud-enfermedad, partiendo del supuesto de que las relaciones estrechas y confidenciales juegan un papel importante en la reducción del riesgo de experimentar problemas de salud mental como también, para promover la recuperación de los mismos (Leach, 2015).

De esta manera, la forma en que el apoyo social influye en la adherencia a los tratamientos psicológicos es, no sólo, a través del mantenimiento del bienestar del consultante, sino también, por la capacidad que ellos pueden desarrollar por medio de estos apoyos para hacer frente a las enfermedades, trastornos o padecimientos de una manera dinámica (González-Castro, 2011).

En este sentido, se menciona que, aquellos pacientes que cuentan con una red de apoyo efectiva presentan menos problemas en la aceptación del motivo por el cual deciden asistir a un tratamiento de cualquier índole y, por ende, en el apego a los tratamientos que se les indiquen, siendo el apoyo social uno de los principales

factores protectores que permiten establecer un mejor pronóstico en los perfiles de adhesión a los tratamientos proporcionados (González-Castro, 2011).

Al respecto de ello, Martín, Grau y Espinosa (2014) señalan que los grupos sociales a los cuales una persona puede pertenecer y las normas que éstos tienen al respecto de los comportamientos preventivos pueden ejercer presión y proporcionar motivación a los consultantes para que éstos se ajusten a las indicaciones realizadas por los profesionales de la salud. Se busca que, a partir de ello, tanto la familia como los otros significativos puedan animar a los consultantes a mantener el plan de intervención, en algunas ocasiones que ellos sean partícipes en la búsqueda de estrategias y recursos materiales que faciliten el apego a los mismos y, de ser necesario que asuman parte de la responsabilidad en dicho proceso.

Ante este panorama, Taylor (2007) hace hincapié en la importancia de realizar intervenciones en las cuales se implementen estrategias de desarrollo, mantenimiento y fortalecimiento del apoyo social independientemente del enfoque utilizado por el profesional de la salud, pues es por medio de éstas que no sólo se garantiza el que los miembros de las redes sociales recuerden a los consultantes las actividades o modificaciones que necesita realizar, sino también, que ellos mismos sean partícipes en dichas modificaciones promoviendo que la adherencia sea aún mayor.

Capítulo 4. La consejería breve en el contexto clínico comunitario

Definición

En 1966 se muestran los primeros avistamientos de un cambio de paradigma en México al respecto de la salud mental derivado de la construcción de los nuevos hospitales psiquiátricos en la Ciudad de México; previo a este evento, la salud mental estaba focalizada meramente a la actividad hospitalaria, por lo tanto, la proyección a la comunidad era limitada y las actividades de tipo preventivas eran nulas (Calderón, 1973).

Este nuevo paradigma inicia con la psicología comunitaria en la atención a la salud mental, dirigido principalmente a la creación de unidades comunitarias en los centros de salud pública en los cuales hay un uso especial de recursos técnicos y administrativos pero también, de los servicios proporcionados por médicos, trabajadores sociales y psicólogos (Calderón, 1973).

Es así que, la psicología comunitaria cobra un rol importante en la salud mental en México, siendo definida como una rama de la psicología que tiene como objeto el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer tanto en su ambiente individual como en el social para solucionar problemas que los aquejan logrando cambios en esos ambientes y la estructura social (Montero, 2004).

Otras definiciones señalan que la psicología comunitaria es una disciplina que trata de analizar e intervenir en los contextos en los que se desarrolla la persona, intentando llegar a la comprensión del cómo ésta se percibe en los contextos y tratando de identificar los recursos, tanto los del propio individuo como los de medio en el que constantemente interacciona, esto con la finalidad de poder desarrollarlos y potenciarlos (Musitu, Herrero, Cantera, & Montenegro, 2004).

De acuerdo a estas definiciones, es importante hacer especial énfasis en el rol del psicólogo, basado en la premisa de que éste es un agente de transformación social que comparte su conocimiento con otras personas provenientes de esta misma comunidad y que, ésta también ejerce un rol fundamental, el ser partícipe en los procesos de atención, siendo los agentes activos que construyen la realidad en que la que viven al mantener y desarrollar sus fortalezas y capacidades (Montero, 2004).

Ahora bien, una vez que se han establecido las definiciones que tratan de explicar a la psicología comunitaria es importante poder esclarecer que, como toda área dentro de la psicología, ésta cuenta con marcos teóricos, es decir, con una serie de conjuntos de premisas básicas y valorativas, así como también, con conceptos fundamentales y desarrollos metodológicos (de intervención e investigación) que permiten tener una orientación hacia cómo hacer psicología comunitaria (Serrano-García & Álvarez, 1992 como se citó en Fernández, Morales & Molero, 2011). Para fines de este trabajo se tomará en consideración únicamente al marco de Psicología Clínica comunitaria.

El marco de la Psicología clínica comunitaria tiene tres principales modelos que establecen una orientación al respecto de cómo intervenir dentro de las comunidades, éstos son: a) modelo de la salud mental comunitaria, b) modelo conductual comunitario y c) modelo de estrés psicosocial, que tienen como eje rector al concepto de salud mental (Fernández, Morales & Molero, 2011), ésta es definida propiamente como el estado de bienestar donde el individuo es consciente de sus propias capacidades y habilidades, pudiendo afrontar tensiones normales de su vida cotidiana, trabajando de forma productiva y siendo capaz de hacer contribuciones a la comunidad en la cual está inmerso, resaltándose la relación dinámica en la que se busca la mejora de las condiciones de vida de la población conforme a las particularidades de cada individuo (OMS, 2013).

En la tabla 5 se presentarán los tres modelos señalados anteriormente, sus características así como también los principales métodos utilizados en las intervenciones.

Tabla 5.

Modelos en la Psicología clínica comunitaria.

Modelo	Características	Métodos utilizados
Modelo de salud mental comunitario.	<p>El eje primordial es la salud mental en el plano de las intervenciones desarrolladas en la comunidad. Bajo este modelo hay una valoración de los cambios sociales y necesidades de una población determinada para poder proporcionar una intervención a la misma.</p> <p>Se encarga de proporcionar de forma equitativa los recursos, el acceso a ellos y la inclusión de personas con trastornos mentales y vulnerabilidad a las comunidades.</p>	<p>Los principales métodos utilizados son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Intervención en crisis,• Consejería en salud mental.• Intervenciones breves. <p>Todas ellas enfocadas en la prevención y promoción de la salud a través de la adopción de perspectivas integrales en las que se realice psicoeducación, generación de hábitos de autocuidado y diagnóstico precoz.</p>
Modelo conductual-comunitario.	<p>El énfasis en este modelo es conseguir cambios duraderos a nivel conductual en los individuos y colectivos, sustituyendo prácticas que son poco funcionales por otras más adaptativas.</p> <p>Se realiza atención a temas de consumo de sustancias, relaciones saludables, así como la integración a la comunidad y evaluación de riesgos en la misma.</p>	<p>Desarrollan programas operantes de autocontrol y aprendizaje social, derivado de ello, se hace un contacto con las personas enseñándoles aquellas conductas que pueden ser adaptativas y funcionales para su desarrollo personal y que favorezcan a la comunidad de la que es parte.</p>

Modelo	Características	Métodos utilizados
Modelo de estrés psicosocial.	<p>Se parte del concepto de estrés psicosocial, el cual, es usado para referirse al estrés generado por contingencias sociales (por ejemplo relaciones interpersonales conflictivas) que, en conjunto con la predisposición genética, la experiencia del individuo y el ambiente cultural pueden provocar afectaciones a la salud y calidad de vida.</p> <p>El eje base de este modelo es que una persona con limitados recursos de tipo personal, material y económicos producto de una vida estresante obtiene resultados poco favorecedores ante estas situaciones, desarrollando psicopatologías de carácter disfuncional, persistente y auto-mantenidas.</p>	<p>Se hace uso del análisis funcional de la conducta, la observación, registro y modificación de la conducta.</p> <p>La intervención bajo este modelo implica la evaluación situacional de los recursos de la persona, su entorno social y material.</p> <p>Se prioriza a la atención en crisis al permitir la resolución de problemáticas asociadas al estrés psicosocial y al optimizar los recursos humanos.</p> <p>Fortalece la amplitud de redes sociales de apoyo y el acceso efectivo a recursos.</p> <p>Dirige estrategias de prevención y promoción de la salud al mejorar las condiciones de vida de la comunidad mediante el aumento de posibilidades de empleo e integración social y el mejoramiento de tiempo libre con actividades recreativas.</p>

Nota. Adaptado de: “*Psicología de la Intervención Comunitaria*” por I. Fernández, J. Morales & F. Molero, 2011, España: Descleé De Brouwer, pp, 38-42. “*Estrés psicosocial: algunos aspectos clínicos y experimentales*”, por T. Molina, A. Gutiérrez, L. Hernández, & C. Contreras, 2008, España: Anales de Psicología, pp, 228-230. 254-256.

Como se ha observado a lo largo de esta revisión de modelos orientados a la psicología clínica comunitaria, hay un especial énfasis en la evaluación de las necesidades que tiene una comunidad y los individuos que se desarrollan dentro de ella, con la finalidad de atender a las dificultades que representan un riesgo para su salud y para su calidad de vida. En este sentido, se prioriza al diagnóstico oportuno y a las intervenciones con un enfoque de tipo preventivo y de promoción a la salud, pero, además de ello, a intervenciones breves que estén basadas en evidencia y que sean de fácil acceso a las personas.

Ante este panorama, a continuación, se presenta una propuesta de atención que cubre con las características descritas anteriormente y que ha mostrado eficacia en su implementación a nivel mundial, la Guía de intervención mhGAP.

Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP)

Como se ha puntualizado, existe una necesidad de atención a cuestiones correspondientes a la salud y, en el caso particular de la psicología, a la salud mental. Siguiendo la idea anterior, la OPS (2017), refiere que los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias representan una carga importante de enfermedad y discapacidad a nivel mundial, mismos que, de no ser tratados oportunamente podrían tener una evolución desfavorable para las personas. Así mismo, reporta que, a nivel mundial aproximadamente 1 de cada 10 personas presenta un trastorno de salud mental y se estima que solo el 1% de los prestadores de servicios de salud se dedica al campo específico de la salud mental representando una distribución poco equitativa y el uso ineficiente de recursos, lo cual, aumenta la brecha en la atención a estas problemáticas.

De igual modo, la Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (2018) indica que en México, el 17% de las personas presenta un trastorno mental y uno de cada cuatro lo padecerá como mínimo una vez en la vida, aunado a lo anterior, solo una de cada cinco personas recibe un tratamiento adecuado, esto puede ser debido a la escasez en los recursos humanos en salud mental o bien, a las dificultades que se pueden presentar en el acceso a los servicios requeridos (Secretaría de Salud, 2013).

Debido a esto, surge la importancia de desarrollar estrategias de atención a la salud mental desde el ámbito clínico comunitario, razón por la cual, la OMS en el 2008 comienza a implementar por primera vez el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) con el objetivo de hacer frente a la escasa atención a personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en países de ingresos bajos y medios. El enfoque que utiliza la Guía mhGAP incluye intervenciones dirigidas a realizar diagnósticos oportunos y a proporcionar tratamientos eficaces que sean fácilmente adaptables a las diferentes situaciones nacionales o locales específicas mediante un nivel de atención a la salud no especializado (OPS, 2017).

En la tabla 6 se muestran brevemente los elementos generales de esta guía que el profesional de la salud debe de conocer para poder implementarla en los servicios de atención no especializados.

Tabla 6.

Elementos generales de la Guía de Intervención mhGAP.

Elemento	Características
Módulo de atención y prácticas esenciales de salud.	Establece una serie de principios esenciales en la práctica clínica que deben llevarse a cabo en la atención a la salud de una persona, estos van desde el uso de habilidades de comunicación efectiva y la promoción de los derechos humanos.
Esquema principal	Proporciona información sobre las formas más comunes de manifestación de los trastornos prioritarios (depresión, epilepsia, demencia, autolesiones y suicidio, etc.) con la finalidad de que el profesional se dirija al módulo indicado y realice la evaluación correspondiente.
Módulos de trastornos prioritarios	Esta es una organización de trastornos prioritarios con una breve explicación y panorama al respecto de ellos. Éste contiene algoritmos que facilitan la indagación de signos y síntomas, la toma de decisiones y el manejo pertinente de los mismos. En cada módulo hay tres secciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación: mediante diagramas de flujo con los síntomas más comunes de cada condición.

Elemento	Características
	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="691 259 1474 439">2. Manejo: sugerencias de tratamiento en las que se incluye la consejería breve, las intervenciones psicosociales, tratamientos farmacológicos y/o referenciación a un nivel especializado. <li data-bbox="691 461 1474 640">3. Seguimiento: sugerencias para mantener la comunicación con los consultantes y monitorear el estado actual de salud de la persona y la atención que se le ha proporcionado.

Nota. Adaptado de: “*Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*” por Organización Panamericana de la Salud, 2017, Washington: OPS, pp, 10-13.

Con lo anteriormente descrito se puede observar que, la forma de empleo de la Guía de Intervención mhGAP permite realizar un contacto efectivo con los solicitantes de atención en la que se trata de disminuir el estigma asociado a diversas condiciones, pero, además de ello se implementan estrategias de evaluación, diagnóstico y manejo oportuno sustentadas por dos vertientes:

1. Atención primaria: cumpliendo con las premisas básicas de este tipo de atención, es decir, ser una herramienta que permite establecer un primer contacto con la población efectivo, además de ello, es una guía que es adaptable a las necesidades de atención básicas y más frecuentes de la población resolviéndolas mediante actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad o condiciones con procedimientos de recuperación y rehabilitación (Julio, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011).
2. Prevención primaria: igualmente cubre con los objetivos básicos de las estrategias de prevención al tratar de reducir la proporción de casos nuevos de trastornos mentales y los riesgos en la comunidad. En este sentido, la guía mhGAP adapta sus formas de intervención en acciones sociales (reactivando el apoyo físico y psicosocial) y ofreciendo medios de asistencia ante situaciones de crisis, así como también acciones interpersonales mediante la realización de acciones que permitan cambios particulares en cada persona (Hombrados, 2013).

Dadas estas condiciones y sugerencias establecidas en el marco de la atención a la comunidad, en el siguiente apartado se explicará una forma de intervención

sugerida por la Guía de Intervención mhGAP en el cual se vinculan intervenciones a nivel individual y acciones sociales que permiten tener tratamientos integrales desde un primer nivel de atención, esta es la Consejería Breve.

Modelo de Consejería Breve

La Consejería breve es definida como una práctica general y de los proveedores de la salud mental que tiene como objetivo proporcionar atención oportuna a personas con trastornos físicos, emocionales y mentales con la finalidad de mejorar su bienestar (monitoreando el funcionamiento personal e interpersonal), aliviar la angustia, disminuir las dificultades en su vida cotidiana en los aspectos emocionales, sociales, vocacionales y educativos, así como también, el proporcionar estrategias para superar las crisis en caso de ser necesario (Lichtenberg, 1999).

Morales, Martínez, Carrascoza, Chaparro y Martínez (2013) señalan que la Consejería breve es un tipo de intervención que está dirigida a la detección temprana de personas que presentan situaciones de riesgo con la finalidad de disminuir el avance del problema a situaciones graves o incapacitantes, focalizándose en realizar evaluaciones rápidas e implementar estrategias que favorecen al cambio de conductas. Al ser una intervención breve ésta es limitada en el tiempo de duración y en ella se incluyen evaluaciones iniciales, asesoramientos breves y evaluaciones finales.

Otras definiciones indican que, este tipo de intervención es un proceso mediante el cual un profesional capacitado escucha, informa y orienta a las personas a tomar decisiones relacionadas con la temática consultada, proporcionando información veraz y amplia, considerando las necesidades y problemáticas particulares que cada consultante refiere. De la misma manera, a través de este proceso se pueden abrir espacios de orientación a las redes de apoyo de las personas solicitantes de atención con la finalidad de ayudarlos en su rol de modelar y apoyar en la implementación y mantenimiento de las conductas saludables de los consultantes (Ministerio de Salud, 2011).

No obstante y, aunque estas definiciones dejan vislumbrar algunas características de la consejería breve, es importante enfatizar en que estos procesos como estrategias de intervención en psicología poseen otras peculiaridades mismas

que, en la práctica clínica, el profesional de la salud mental debe tener en consideración para su adecuada implementación. En la tabla 7 se presentan las principales características de este tipo de proceso de intervención.

Tabla 7.

Características principales de la Consejería breve

Dimensión	Características
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere de un espacio físico con la finalidad de promover un ambiente de confianza y confidencialidad. • Se realiza cara a cara para promover la adecuada interacción entre el consultante y el profesional de la salud. • La duración del proceso es limitada, ésta tiene como máximo 10 sesiones de entre 45 – 60 minutos.
Contenido	<ul style="list-style-type: none"> • Es un proceso focalizado, es decir, se prioriza en proporcionar estrategias, reforzar habilidades y recursos de los consultantes en la atención a las necesidades, los requerimientos y las problemáticas indicados. • Se realizan procesos de sensibilización mediante los cuales se proporciona información veraz y acorde a las necesidades y conocimientos de los consultantes.
Atención y prácticas esenciales	<ul style="list-style-type: none"> • El profesional de la salud crea un ambiente de cordialidad, entendimiento y respeto evitando juzgar o castigar la conducta. • Es un proceso de orientación, por ello éste no es directivo. El profesional de la salud mental promueve una actitud activa y participativa del consultante en la toma de decisiones durante el proceso de atención. • Promueve en el profesional de la salud el desarrollo de empatía y escucha activa para una adecuada atención a los consultantes.

Nota. Adaptado de: “Manual de Consejería en VIH/SIDA e ITS” por Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA CENSIDA, 2006, México: Secretaría de Salud, pp, 9-11. “Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes. Orientaciones generales dirigida a los equipos de atención primaria” por Ministerio de Salud, 2011, Chile: Ministerio de Salud.

El conocimiento de las características de la consejería breve permite que, los profesionales de la salud mental no sólo distingan las diferencias de ésta con otros procesos de atención psicológica sino que, también, puedan apegarse a las mismas con la finalidad de tener una adecuada implementación y efectividad que permitan cambios significativos y mejoras en la calidad de vida de los consultantes.

Para ello, se propone que la implementación de la consejería breve se desarrolle a partir de seis fases fundamentales (Morales, Martínez, Carrascoza, Chaparro & Martínez, 2013):

1. *Establecimiento de una relación de confianza con el consultante:* esta es la creación de un ambiente confortable y de confianza entre el profesional de la salud y el solicitante de atención psicológica. Para ello, se requiere de un espacio privado en el que no hayan interrupciones, de la misma forma, el psicólogo deberá implementar habilidades de comunicación efectiva en las que la escucha activa, el respeto, la sensibilidad y la atención a las necesidades de la persona son el eje central que marcaran de forma determinante el ambiente que se establecerá a lo largo del proceso.
2. *Indagación:* el profesional de la salud mental identifica las principales problemáticas, necesidades y situaciones de riesgo que el consultante esté presentando y que afecten en la calidad de vida, mediante, el uso de entrevistas, cuestionarios e instrumentos, observación, entre otras herramientas, que le permitan conocer el curso que estas problemáticas han tomado con el transcurso del tiempo y las consecuencias de ellas en la vida cotidiana de los consultantes.
3. *Comunicación de resultados de evaluación:* en dicha fase, se le comunica a la persona los resultados obtenidos durante el proceso de evaluación al respecto de situaciones que pueden generar complicaciones en su salud física y mental, en ella se realiza un proceso de sensibilización, validación y desmitificación, en el cual se hace hincapié en que la situación no es única, que a otras personas podría haberles sucedido lo mismo y que tiene derecho a sentirse como se siente, aunado a lo anterior se corrigen posibles ideas e información errónea que represente una barrera en el proceso de atención (Ministerio de Salud, 2011).

4. *Establecimiento de metas*: el profesional de la salud acompaña al consultante en el proceso de desarrollo y establecimiento de metas en los diferentes ámbitos de su vida, éstas deben de ser realistas y apropiadas con el fin de mantener o cambiar conductas, acorde a la etapa de desarrollo, necesidades y realidades particulares. El objetivo es que mediante éstas se pueda dar resolución a las inquietudes o problemas en su vida cotidiana para reducir o eliminar las consecuencias negativas a corto o largo plazo.
5. *Acompañamiento en el proceso de cambio*: esta fase implica la elaboración de un plan de acción para el cumplimiento de metas, tanto el consultante como el profesional de la salud se anticipan a las barreras personales e interpersonales con las que podría encontrarse al implementar un plan de acción. Así mismo, durante esta fase se refuerza la capacidad percibida (autoeficacia), las habilidades, recursos y destrezas que los individuos poseen para realizar los cambios en la conducta (Ministerio de Salud, 2011). Finalmente y, como parte del monitoreo, el psicólogo indaga el nivel de satisfacción con el proceso de consejería breve a fin de mantener la adherencia al tratamiento (Morales, Martínez, Carrascoza, Chaparro & Martínez, 2013).
6. *Cierre de proceso y seguimiento*: se realiza el cierre del proceso de consejería breve cuando se han cumplido las metas establecidas y hay cambios significativos en los diferentes ámbitos de la vida del consultante. Se sugiere realizar seguimientos al mes, tres y seis meses con la finalidad de monitorear el mantenimiento de cambios y reforzamiento de ellos, detectar posibles factores de riesgo o problemáticas que promuevan una recaída y, de ser necesario canalizar oportunamente a intervenciones especializadas (OPS, 2017).

Es necesario puntualizar que, la efectividad de ésta no sólo está sujeta al seguimiento de cada fase dentro del proceso, sino también, a que el profesional de la salud tenga conocimiento de sus habilidades y limitaciones (prejuicios y/o conflictos personales) que pueden afectar a la relación con el consultante, así mismo, a que implemente estrategias de autocuidado y siga los lineamientos éticos en la práctica clínica a fin de proporcionar atención de calidad (Ministerio de Salud, 2011).

Para finalizar este capítulo, se puede concluir que por sus características y formas de implementación, la consejería breve es una estrategia de intervención que

promueve el diagnóstico y tratamiento oportuno a las personas con síntomas, condiciones y/o trastornos mentales en un nivel de atención y prevención primaria, teniendo como principales ventajas la atención a las necesidades, el bajo costo, la rápida aplicación en diferentes ambientes y contextos, así como también, los efectos inmediatos de ésta (Morales, Martínez, Carrascoza, Chaparro & Martínez, 2013), por ello, en el ámbito clínico comunitario representa una opción efectiva de atención a la comunidad.

Capítulo 5. Método

Justificación

Un área que es de vital importancia dentro de la psicología es el estudio de la adherencia a los tratamientos psicológicos, ya que, al igual que en otros ámbitos relacionados con la salud ésta juega un papel importante en la efectividad de los tratamientos utilizados. En el caso específico de la salud mental, la no adherencia al tratamiento se presenta de manera universal, es decir, se manifiesta en todos los tipos de trastornos, programas de tratamiento, tipos y formatos de terapia (Freire, 1986 como se citó en Hernández, 2009).

Partiendo del supuesto anteriormente señalado, en el caso de México, no todas las personas tienen acceso a servicios de salud y, aquellos que los tienen no necesariamente hacen un uso adecuado de ellos, es así que, en México igual que en el resto del mundo, los pacientes no siempre cumplen o se apegan a un programa de tratamiento. Las investigaciones realizadas en torno a los predictores de abandono de los tratamientos psicológicos señalan como factores importantes al nivel socioeconómico, actitudes negativas hacia el tratamiento, edad avanzada y, en menor medida a factores como la baja escolaridad, y tratamientos previos con una duración corta (Velázquez, Sánchez, Lara, & Sentíes, 2000). Sin embargo, es importante señalar que, son pocas las investigaciones que se han realizado mediante el análisis de variables personales como la autoeficacia o de variables relacionales tales como el apoyo social y si existe o no relación entre éstas y el logro de una mayor adherencia a los tratamientos psicológicos.

Aunado a lo anterior, el abandono de un tratamiento psicológico tiene una serie de efectos importantes en múltiples áreas, representando no sólo una pérdida de recursos económicos sino también un riesgo adicional de recaídas que, pueden llevar más adelante a disfuncionalidades cada vez más incapacitantes afectando en la calidad de vida de las personas, generándose así una dificultad en áreas vitales como: la personal, familiar, académica, laboral y/o social. De esta manera, se considera que, la adherencia terapéutica a los tratamientos puede ser un factor protector pues, contribuye a la no progresión de un padecimiento favoreciendo al control del mismo,

evitando complicaciones y aumentando la calidad de vida mediante la adopción de comportamientos saludables (Martín, 2006).

De esta forma, a través del análisis de un caso, este trabajo pretende contribuir a la práctica clínica mediante el análisis cualitativo de la influencia de los factores personales como la autoeficacia y los factores externos a la persona como el apoyo social en la adherencia a los tratamientos psicológicos; permitiéndose así, la posibilidad de promover el desarrollo de estos factores en los procesos de atención psicológica que así lo requieran y, evitar el incremento del número de deserciones terapéuticas o dificultades en la misma en Centros Comunitarios de la Facultad de Psicología.

Pregunta de investigación

¿Cómo influye la autoeficacia y el apoyo social en la adherencia a los tratamientos psicológicos de consejería breve desde la Guía de Intervención mhGAP en asistentes de un centro de atención psicológica comunitario?

Objetivo general

Identificar cómo influye la autoeficacia y el apoyo social en la adherencia a los tratamientos psicológicos de la Consejería Breve desde la guía de intervención mhGAP en asistentes a un centro de atención psicológica comunitaria.

Objetivos específicos

1. Evaluar la percepción de autoeficacia y el apoyo social en el consultante.
2. Analizar los elementos de la autoeficacia que influyen en la adherencia terapéutica del consultante.
3. Analizar los elementos de apoyo social que influyen en la adherencia terapéutica del consultante.
4. Analizar indicadores de adherencia al tratamiento a partir de conductas observables del consultante.

Hipótesis conceptuales

La autoeficacia influye en la adopción de conductas en favor de la salud (física o mental), la disminución o cese de conductas no saludables y el mantenimiento de estos cambios de comportamiento frente al desafío y las dificultades (Maddux, 1995).

El apoyo social también es un factor que reduce de forma efectiva la tensión psicológica, comprobando que éste ayuda a las personas a evitar o minimizar las complicaciones médicas o de ciertos padecimientos promoviendo una mayor adherencia los tratamientos (Taylor, 2007).

Hipótesis de trabajo

La autoeficacia y el apoyo social son factores que promueven la adherencia terapéutica a los tratamientos psicológicos de Consejería Breve permitiendo fomentar la adopción de comportamientos saludables y la disminución del estrés cotidiano derivado de los padecimientos que los llevan a solicitar atención psicológica.

Variables

Definición conceptual

a. Adherencia terapéutica:

La adherencia terapéutica a los tratamientos psicológicos puede definirse como la posición en la cual el paciente adopta una actitud activa, igualitaria y decisiva a la hora de acercarse, seguir, mantener o suspender libremente el plan que se ha establecido. En este sentido, el papel del terapeuta o profesional de la salud mental es permitir y facilitar el acercamiento del paciente al mismo (Alticie & Friedland, 1998; como se citó Hernández, 2009).

b. Autoeficacia:

Se define a la autoeficacia como las creencias que la persona tiene acerca de sus capacidades para poder ejercer control sobre los eventos que pueden afectar a su vida, así como también, a las creencias en sus capacidades para movilizar a la motivación, los recursos cognitivos y los cursos de acción necesarios para ejercer control sobre las demandas que implican determinadas tareas en la vida de la persona (Bandura, 1990; como se citó en Maddux, 1995).

c. Apoyo social:

El apoyo social es definido como la asistencia que se recibe a partir de otras personas las cuales son reconocidas como importantes, estimadas y valoradas que forman parte de la red de comunicación del individuo, por lo tanto, se proporciona al

individuo una asistencia real que las personas se desarrollen dentro de un sistema social que los provee de amor, cuidado o sentido de apego (Hobfoll, 1998; en Norris & Kaniasty, 1996).

Definición operacional

1. Adherencia terapéutica:

La adherencia terapéutica al proceso de Consejería Breve se evaluó por medio de los siguientes aspectos:

- Asistencia a las citas programadas semanalmente en el Centro Comunitario de Atención Psicológica, considerando el número de cancelaciones e inasistencias.
- Participación activa en el planteamiento de objetivos y acuerdos (forma de trabajo y actividades semanales) en el proceso de Consejería Breve.
- Comunicación por parte del consultante y del terapeuta de los posibles factores que puedan interferir en su asistencia al proceso o en la culminación del mismo.
- Formato “Cuestionario de Satisfacción” proporcionado al finalizar el proceso de Consejería Breve.
- Asistencia al seguimiento planteado entre el terapeuta y el consultante.

2. Autoeficacia

Se utilizó la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer (1996) la cual utiliza cuatro tipos de respuesta: incorrecto (1 punto), apenas cierto (2 puntos), más bien cierto (3 puntos) y cierto (4 puntos) evaluando las expectativas de resultados y las expectativas de eficacia (anexo 1). La puntuación máxima es de 40 puntos, a mayor puntuación obtenida, mayor autoeficacia percibida, esta escala muestra un coeficiente alfa de .86 en una muestra mexicana.

De forma cualitativa se toma en consideración lo señalado por Maddux (1995), indicando que las creencias de autoeficacia, los recursos y las habilidades personales se forman a partir de fuentes de información primaria, éstas se evaluaron mediante el análisis de discurso de:

- *Los logros de ejecución:* información proveniente de las experiencias personales de éxito o de dominio de la conducta.

- *Las experiencias vicarias:* observación de otras personas, de su esfuerzo y perseverancia, cuando éstos tienen éxito, el consultante puede pensar que también tiene las capacidades necesarias para dominar una actividad similar.
- *La persuasión verbal:* apreciaciones recibidas basadas en juicios valorativos o evaluativos de personas significativas en relación a la capacidad que tiene para alcanzar sus metas.
- *Los estados fisiológicos:* considerando la activación fisiológica que se presenta en el consultante (hormigueo, sensación de calor, agitación, etc.) y que influye en la interpretación cognitiva de las personas sobre su eficacia ante ciertas situaciones.

3. Apoyo social

Se utilizó la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R) de González y Landero (2014); la consistencia de esta escala se obtuvo mediante el uso del coeficiente alfa de Cronbach obteniéndose un alfa de .918, así mismo, se valoró la estructura factorial del AFA-R confirmando una estructura bifactorial que explica el 66.09% de la varianza.

La escala tiene dos dimensiones, apoyo familiar con siete reactivos (1, 3, 5, 7, 9, 12 y 13) y siete reactivos de apoyo de amigos (2, 4, 6, 8, 10, 11, 14), se realiza una sumatoria obteniéndose así como puntaje mínimo 14 puntos y como puntaje máximo 70 puntos, a mayor puntuación se percibe mayor apoyo social (anexo 2).

De manera cualitativa, se consideran los elementos propuestos por Fernández (2005) desde una perspectiva estructural del apoyo social, estos elementos se evaluaron mediante entrevistas y el análisis del discurso del consultante relacionado con:

- *Tamaño:* haciendo referencia no solo al número de personas que componen a la red social, sino también, a las personas que mantienen contacto con el consultante.
- *Densidad:* interconexión entre los miembros de la red social de apoyo, en este caso, se determina los miembros que proveen de apoyo emocional ante determinadas situaciones en la vida de los consultantes.

- *Reciprocidad*: los recursos de la red son intercambiados equitativamente entre las partes, es decir, un equilibrio de intercambio en la relación entre dos personas o más y el consultante.
- *Homogeneidad*: en las cuales, entre las principales redes de apoyo hay una semejanza o congruencia al respecto de sus actitudes, creencias, valores, etc., que generan interacciones más reforzantes.

Tipo de estudio

Este es un estudio de tipo descriptivo.

Tipo de diseño

Estudio de caso.

El estudio de caso es definido como una forma de investigación que puede ser de tipo cuantitativa, cualitativa o mixta para analizar a una muestra u objeto de manera profunda, buscando el entendimiento de su naturaleza, las circunstancias, el contexto y las características del mismo. Este tipo de diseños es de utilidad para proveer de conocimientos acerca de un tema o problema, refinar una teoría o bien, para proporcionar estrategias que permitan aprender a trabajar con otros casos similares (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2008).

Participante

Un adolescente de 13 años, género masculino, que acude a un Centro Comunitario de Atención Psicológica de la UNAM al sur de la Ciudad de México.

Muestreo

Se utilizó un muestreo de tipo no probabilístico accidental.

Instrumentos

- **Escala de Autoeficacia General (Baessler & Schwarcer, 1996)**. Este instrumento evalúa la confianza global que tienen las personas para enfrentarse a situaciones nuevas o estresantes a partir de 10 reactivos. Esta escala muestra un coeficiente alfa de .86 en una muestra mexicana.

- **Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R) (González & Landero, 2014).** Esta es una escala que permite evaluar el origen del apoyo social (familiar o de amigos) y el aspecto evaluativo o de calidad (referente a la satisfacción del apoyo recibido). Para el análisis de consistencia interna se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach obteniéndose un alfa de .918, se valoró la estructura factorial del AFA-R confirmando una estructura bifactorial que explica el 66.09% de la varianza.
- **Cuestionario de satisfacción:** Este es un formato que forma parte del Sistema de Gestión de Calidad en los Centros Comunitarios de Atención Psicológica de la UNAM, proporcionado al finalizar cualquier tipo de intervención.

Procedimiento

El contacto inicial se realizó mediante la demanda de atención por parte del consultante al Centro de Atención Psicológica Comunitario. A partir de ello, se realizaron las entrevistas de admisión bajo los lineamientos que propone la OMS en la “Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada”. De acuerdo a las problemáticas identificadas se le derivó al proceso de Consejería breve con una duración aproximada de nueve sesiones.

Durante la primera sesión se realizó una evaluación pretest utilizando la Escala de Autoeficacia General y la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R). De la misma manera, se buscó establecer un ambiente de confianza y empatía mediante la práctica continua de los principios generales de atención haciendo hincapié en el aspecto de la confidencialidad. Es importante señalar que se proporcionó un consentimiento informado (ver anexo 3) tanto al consultante como a sus padres y se destinó tiempo de la sesión para aclarar dudas al respecto del mismo. Una de las principales inquietudes mostradas por los padres del consultante, hacía referencia al uso de su información para fines académicos y de investigación, dada esta situación se les explicó que el caso podría utilizarse en trabajos de divulgación científica, no obstante, el uso del mismo se centraría en el reporte de la problemática, sus características y el abordaje terapéutico y no en el paciente.

En la segunda sesión se le proporcionó información al respecto de las evaluaciones realizadas al iniciar el proceso de atención psicológica, así mismo, se establecieron los objetivos terapéuticos bajo los cuales se trabajaría con base en el marco de referencia proporcionado por las evaluaciones y las necesidades expresadas y percibidas. Una vez realizado lo anteriormente señalado, se llevaron a cabo sensibilizaciones en torno a las problemáticas que lo llevaron a solicitar atención y los beneficios de asistir y mantenerse constante en el proceso de Consejería breve.

A lo largo de las sesiones concernientes al proceso de intervención bajo el modelo de Consejería Breve, se trabajó con los objetivos acordados con el consultante. Se realizaron intervenciones dirigidas al reconocimiento y regulación de las emociones, solución de problemas, pensamientos útiles, comunicación asertiva y sesiones de orientación con padres dirigidas a proporcionar estrategias de comunicación efectiva entre padres e hijos.

La última sesión se trabajó con el proceso de cierre a través de cartas y la entrega de un cuadernillo de habilidades enseñadas, finalmente se le proporcionó el cuestionario de satisfacción y se realizó la evaluación postest con las escalas utilizadas al iniciar el proceso. Posterior a dos meses, se realizó un seguimiento de manera presencial con la finalidad de monitorear el mantenimiento de los cambios logrados, el uso de estrategias proporcionadas en el proceso en los diferentes contextos en los cuales se desarrolla el consultante y las posibles dificultades presentadas posterior a que se dio de alta.

En la siguiente sección se expondrá el caso clínico, utilizando únicamente las iniciales de los nombres con la finalidad de resguardar la información confidencial. Se abordarán brevemente algunos datos concernientes a los consultantes, los motivos de consulta, evaluación e impresión diagnóstica y los focos de intervención, mediante los cuales se realizó el proceso de Consejería Breve. Así mismo, se puntualizan algunos aspectos importantes de las sesiones con la finalidad de analizar los aspectos relacionados con la autoeficacia y el apoyo social que pudieron influir en el grado de adherencia que el consultante tuvo en su proceso de atención y que promovieron la conclusión del mismo.

Caso clínico R

1. Presentación del caso

a) Ficha de identificación

Nombre: R

Edad: 13 años

Sexo: hombre

Escolaridad: secundaria en curso

Ocupación: estudiante

Estado civil: soltero

Nacionalidad: mexicana

b) Motivo de consulta

El motivo de consulta referido por R en el proceso de admisión al Centro Comunitario fue el siguiente: “orientación psicológica, me cortaba” (sic). Durante la entrevista señala que un mes antes de solicitar la atención psicológica se había cortado el brazo con una navaja de sacapuntas indicando lo siguiente: “lo hice por los problemas que tenía en casa, peleo mucho con mi mamá a veces me dice groserías, (...) hice esto como una forma de desahogarme, sentía dolor pero a la misma vez esto me desahogaba” (sic).

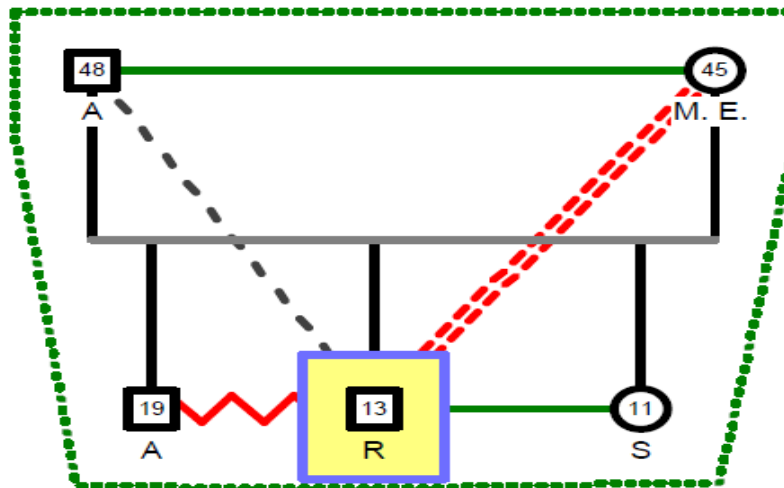
De esta forma, el principal interés de R al acudir al Centro de Atención Psicológica es información “acerca de lo que está bien y está mal para mejorar la relación con su mamá y ya no discutir tanto” (sic) refiriendo no querer volver a cortarse pues esto lo daña.

c) Descripción del consultante

R aparenta su edad cronológica, se encuentra ubicado en espacio, tiempo y persona. Durante la asistencia a las sesiones de consejería breve se presentaba de forma puntual a sus citas vistiendo de manera casual, es decir, con pantalones de mezclilla o pants, sudaderas, tenis y gorra. Así mismo, R mostraba una verbalización fluida con un discurso organizado y coherente durante las sesiones, mostrándose participativo y colaborativo en las mismas, conforme el proceso avanzó R se mostraba concreto y resistente ante ciertos temas, específicamente los concernientes a la dinámica familiar.

Al respecto del tono afectivo, R se mostraba neutral la mayor parte de las sesiones, ocasionalmente se mostraba enojado y/o triste de acuerdo a ciertas situaciones surgidas en casa, sin embargo, es importante señalar que, trataba de controlar ciertas reacciones corporales ante dichas emociones.

d) Genograma



2. Evaluación

Se realizó una breve evaluación con el consultante en el que se aplicaron los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario de detección de riesgos en la salud física y mental.
2. Escala de Autoeficacia General.
3. Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R).

Los resultados obtenidos en cada instrumento se describirán con mayor detalle en el objetivo 1 del análisis del caso.

3. Impresión diagnóstica

Dificultades en la regulación emocional, sobre todo las concernientes a la tristeza y el enojo que, están asociadas a conductas de riesgo, específicamente las referidas a las autolesiones.

4. Focos de intervención

- Identificación y regulación emocional
- Sensibilización al respecto de las conductas de riesgo (autolesiones)
- Proporcionar estrategias de mejora en la comunicación familiar

- Sesiones de orientación con padres

5. Proceso terapéutico

a. Numero de sesiones

Entrevistas	Evaluación	Intervención	Faltas	Cancelaciones	Seguimiento
2	1	9	1	2	1

b. Enfoque terapéutico

Con base en las demandas y necesidades observadas posterior a las entrevistas iniciales se acordó trabajar bajo el modelo de Consejería Breve propuesto por la Organización Mundial de la Salud en el programa “mhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental”.

De acuerdo a este modelo se realizan seis fases importantes durante los procesos de atención psicológica: **1) Establecimiento de una relación de confianza** mediante la creación de un ambiente confortable, privado y sin emitir de juicios de valor, **2) indagación** acerca del motivo de consulta y síntomas, así como, la realización de evaluaciones pertinentes, **3) comunicación de resultados de evaluación** obtenidos, acerca del estado general y las posibles consecuencias en las áreas de su vida, **4) establecimiento de metas** en los diferentes ámbitos de su vida, a lo largo del proceso terapéutico a corto, mediano y largo plazo, **5) acompañamiento** en el proceso de cambio monitoreando la implementación de planes de acción y el nivel de satisfacción del consultante con el proceso de consejería breve y, finalmente, **6) cierre y seguimiento** para detectar los posibles cambios ocurridos o bien, para realizar canalizaciones oportunas cuando se requieran de intervenciones a un nivel especializado (Morales, Martínez, Carrascoza, Chaparro & Martínez, 2013).

Análisis del caso

En respuesta a lo planteado en este trabajo, a continuación se desarrolla el análisis del caso de acuerdo a los siguientes objetivos:

- a) Evaluar la percepción de autoeficacia y el apoyo social en los consultantes;
- b) Analizar los elementos de la autoeficacia que influyen en la adherencia terapéutica;
- c) Analizar los elementos de apoyo social que influyen en la adherencia terapéutica al proceso de consejería breve; y,
- d) Analizar los indicadores de adherencia al tratamiento a partir de conductas observables de los consultantes.

1. Evaluar la percepción de autoeficacia y el apoyo social en los consultantes.

En relación a la percepción de la autoeficacia y el apoyo social con el que cuenta el consultante, R, se presentan los resultados de las evaluaciones realizadas antes y después del proceso de consejería breve, esto se llevó a cabo por medio de la Escala de Autoeficacia General y la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos.

El propósito es identificar cuáles son las áreas en las que el consultante presenta dificultades con la finalidad de implementar estrategias que le permitan desarrollar y fortalecer estas habilidades para tener un mayor impacto en el nivel de adherencia al tratamiento.

En la figura 1 se muestran los resultados obtenidos en la Escala de Autoeficacia General por reactivo antes y después del proceso de Consejería Breve.

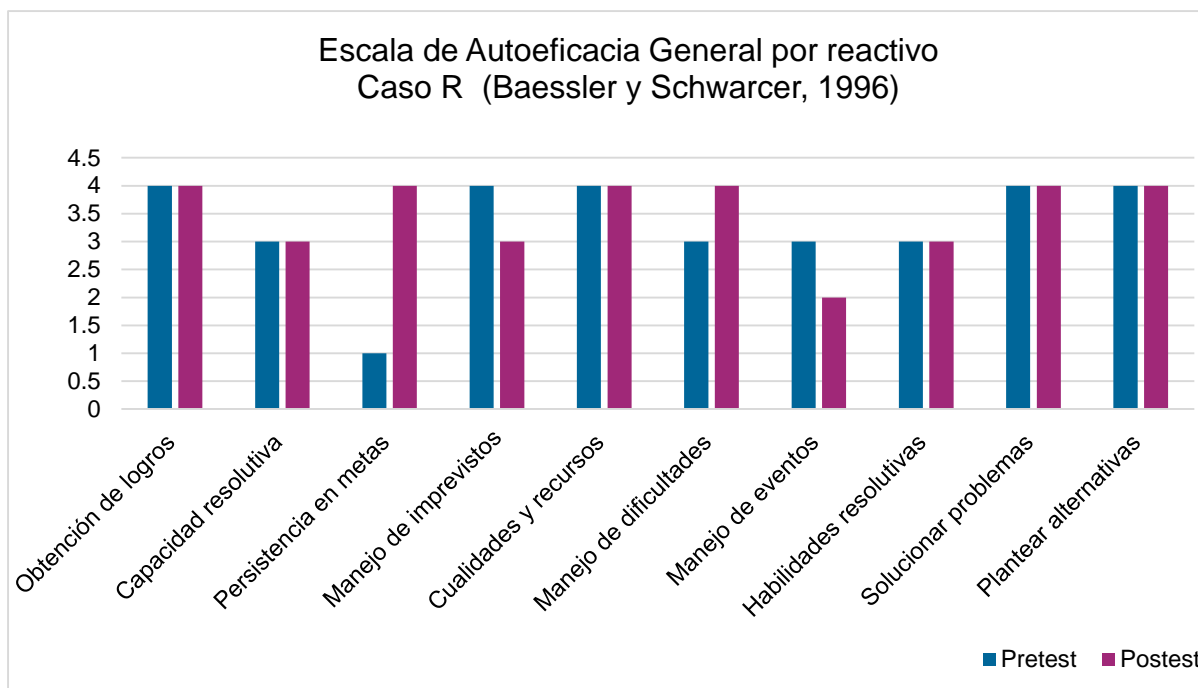


Figura 1. Escala de Autoeficacia General del consultante R. Se muestran los resultados de las evaluaciones pretest y posttest.

Los resultados pretest, de forma general, muestran puntuaciones altas en la percepción de eficacia personal de R, obteniéndose un total de 33 puntos. Así mismo, se observa que existe una percepción alta en el componente de “expectativas de resultado” de autoeficacia, misma que, puede hacer referencia a las estimaciones que R realiza respecto a que, determinadas conductas que él lleve a cabo en el ambiente en el cual se desarrolla lo pueden conducir a obtener ciertos resultados ya sea, en el ámbito familiar, escolar o social. De igual forma, se obtuvieron puntajes altos en el componente de “expectativas de eficacia” lo cual puede indicar que R, percibe que bajo ciertas situaciones (por ejemplo resolución de conflictos en el ámbito escolar) cuenta con habilidades y recursos personales que le permiten ejecutar con éxito las acciones para obtener un resultado planteado.

No obstante, en el reactivo 3 “me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas” concerniente al componente de expectativas de eficacia, se obtuvo una puntuación baja, misma que se observa en el discurso de R en las entrevistas de solicitud de atención psicológica en el ámbito familiar y social.

En las evaluaciones posteriores al proceso de Consejería breve, se identifica que, en el caso del componente de “expectativas de resultado” los reactivos concernientes a la persistencia en el alcance de metas y la resolución de problemas

se mantuvieron con la misma puntuación que en la evaluación pretest, por el contrario, en los reactivos asociados con el manejo de eventos inesperados o estresantes hubo una disminución en la puntuación, las razones por las cuales pudo presentarse esto se explicarán más adelante en el apartado de discusiones.

En el componente de “expectativas de eficacia” los reactivos vinculados con el percibirse con habilidades y recursos, así como también el llevar a cabo planes de acción para llegar a un resultado mantuvieron las mismas puntuaciones que en la evaluación previa al proceso de intervención, mientras que, los reactivos relacionados, nuevamente con, la persistencia para alcanzar sus metas y ejecutar con éxito acciones específicas para alcanzar metas y objetivos particulares en la evaluación postest mostraron un incremento.

Al respecto de los resultados obtenidos en la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos, en la figura 2 se muestran los resultados obtenidos por dimensión antes y después del proceso de consejería breve con el consultante R.

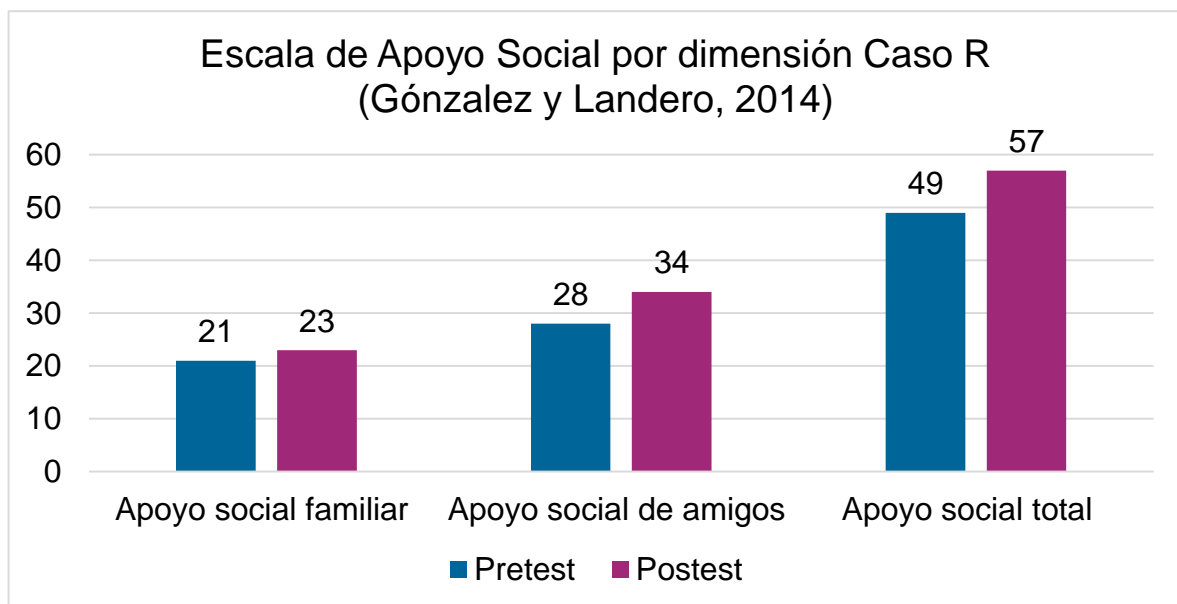


Figura 2. Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos del consultante R. Se muestran los resultados de las evaluaciones pretest y postest.

De manera general, la evaluación previa al proceso de consejería breve arroja un resultado total de 49 puntos en la evaluación de apoyo social lo cual indica que, R percibe que cuenta con recursos y soporte tanto de su familia como de sus amigos ante diversas situaciones en los diferentes ámbitos de su vida cotidiana. No obstante, es importante hacer un desglose de dichos resultados, por ello, éstos se presentan

mediante la distinción de sus dos dimensiones, el apoyo social familiar y el apoyo social de amigos.

De acuerdo a ello, en los resultados pretest en la dimensión de apoyo social familiar, se obtuvo un total de 21 puntos lo cual indica una percepción promedio de apoyo social, en este sentido, se observa que R percibe que algunas veces cuenta con el apoyo de su familia (papás, hermanos, primos, etc.) bajo situaciones en las que requiere de escucha, acompañamiento en la solución de problemas en distintas áreas de su vida (personal, escolar, social) y en la expresión y muestras de afecto.

En el caso de la dimensión de apoyo social de amigos, se obtuvo un total de 28 puntos, observándose valoraciones altas (de entre 4 y 5 puntos) determinándose que R percibe que muchas veces cuenta con el apoyo de su círculo cercano de amigos bajo contextos y situaciones en las cuales requiere de soporte emocional y afectivo, así como también en la escucha a sus preocupaciones y la solución de problemas en el aspecto familiar, escolar y social.

En las evaluaciones de apoyo social posteriores al proceso de Consejería Breve, se obtuvo un puntaje total de 57, es decir, se observa un aumento en la percepción de apoyo social. En la dimensión perteneciente al apoyo social familiar se arrojó un resultado de 23 puntos observándose variaciones en la valoración de cada reactivo (de entre 2 y 5), siendo los reactivos “cuentas con alguien de tu familia que te ayude a resolver algún problema” y “confías en tu familia para hablar de cosas que te preocupan” los calificados con 2, es decir, R percibe que muy pocas veces recibe este tipo de apoyo de escucha y validación ante lo que le sucede en su vida cotidiana, más adelante, en el apartado de discusiones se explicarán las posibles razones de que esto sucediera.

Para el caso de la dimensión de apoyo social de amigos el puntaje total fue de 34, de igual forma, se observa un aumento en la percepción del tipo de apoyo que R puede recibir de su núcleo cercano de amigos. En este aspecto la valoración otorgada a los reactivos oscilan entre 4 y 5, lo que indica hay una mayor percepción de apoyo social de tipo emocional, referido específicamente a aspectos de muestras de afecto y escucha, así mismo, en lo concerniente al apoyo instrumental en la solución de problemas tanto en el ámbito familiar y escolar.

Derivado de los resultados obtenidos en las evaluaciones previas al proceso de atención psicológica, se establecieron una serie de estrategias enfocadas en el fortalecimiento del componente de expectativas de eficacia y, en el caso particular de apoyo social, en el desarrollo y mejora de relaciones saludables tanto en el aspecto familiar como con amigos.

2. Analizar los elementos de la autoeficacia que influyen en la adherencia terapéutica de los consultantes.

En cuanto al aspecto de autoeficacia, es importante señalar que, de acuerdo a los resultados obtenidos en las evaluaciones, las intervenciones realizadas en el proceso de consejería breve se enfocaron en el fortalecimiento de este aspecto, así mismo, éstas se apegan al desarrollo de elementos que permiten aumentar el nivel de adherencia terapéutica. A continuación se presentan los resultados de forma cualitativa, mediante la descripción de elementos relevantes observados durante las sesiones y que están fundamentados en las fuentes de información primaria que permiten la formación de creencias de autoeficacia (Maddux, 1995).

Logros de ejecución: la información proviene de las experiencias personales de éxito o de dominio de la conducta, para ello se plantean los siguientes elementos en los cuales se desarrollan formas adecuadas de ejecución de actividades.

a) Planteamiento de objetivos terapéuticos con el consultante

Considerando los valores o direcciones en las que R valoró necesario trabajar, se plantearon de manera conjunta una serie de objetivos específicos para cada área vital en la que se observaban dificultades y había una afectación en la calidad de vida del consultante. De esta forma, el trabajo de consejería breve tuvo como línea central los siguientes aspectos:

1. “Aprender a controlar mis emociones, sobre todo las reacciones derivadas de la emoción de enojo” (sic).

Este fue un objetivo replanteado de forma conjunta durante la primera sesión con la finalidad de que estos pudieran traducirse a acciones que fueran más factibles y pudieran llevarse a cabo, debido a que, R mencionaba en repetidas ocasiones durante las entrevistas de evaluación “quiero dejar de sentirme enojado” (sic) y “no me siento capaz de poder cambiar mis emociones, es mejor no sentirme así” (sic). Con ello, se observa que la percepción de R no solo mostraba una invalidación hacia sus propias emociones sino, también, una baja percepción de su capacidad de poder regularlas.

2. “Mejorar la relación que tengo con mi mamá, pero también con mi hermano A y mi hermana S” (sic).

De la misma manera, este objetivo fue moldeándose conjuntamente con el consultante a causa de la presencia de juicios de valor al establecer un objetivo dirigido al ámbito familiar “quiero que me den pláticas de lo que está bien y está mal con lo que hago y la forma en que le respondo a mi mamá...quiero mejorar las cosas con mi mamá y no tener tantas peleas, también con mis hermanos” (sic). En este caso particular, se observaba que la presencia de juicios de valor limitaba el que R pudiera validar las acciones que llevaba a cabo para solucionar dificultades en su contexto considerando que lo que él hacía no era lo correcto, generándose así sentimientos de frustración e incremento del enojo.

3. “Aumentar el tiempo que convivo con mis papás, quiero poder hacer actividades con ellos los fines de semana” (sic).

En el caso particular de este objetivo, no se realizaron ajustes hasta el momento de llevar a cabo planes de acción para poder cumplir con éste. Durante las entrevistas R menciona “casi no convivo con mi mamá, ella trabaja en las mañanas y yo estudio en las tardes, también me gustaría pasar más tiempo con mi papá, él a veces dobla turnos y no puedo verlo” (sic).

b) Establecimiento de planes de acción

Los planes de acción para el cumplimiento de los objetivos de consejería breve se componen de actividades que responden a las preguntas qué, cómo, cuándo, dónde y con quién. Mediante ellas se pretende aumentar la autoeficacia percibida, tanto la referente a las expectativas de resultado como a las de eficacia y que, al distinguir sus propios logros en la realización de las mismas se refuerce y valide sus propias habilidades y recursos. Es importante señalar que en este apartado únicamente se desarrollará el objetivo terapéutico uno concerniente a “Aprender a controlar mis emociones, sobre todo las reacciones derivadas de la emoción de enojo”, los objetivos relacionados con el mejoramiento y fortalecimiento del apoyo social se explicará con mayor detalle en el objetivo 3 del análisis de caso “Analizar los elementos de apoyo social que influyen en la adherencia terapéutica de los consultantes”.

El objetivo concerniente a “aprender a controlar las emociones, sobre todos las reacciones derivadas del enojo” (sic), se partió del siguiente plan de acciones:

1. *Nombrar y reconocer las emociones*: durante las primeras dos sesiones del proceso de consejería breve se utilizaron técnicas de psicoeducación al respecto de las emociones, el reconocimiento de las sensaciones corporales y el nombramiento de las emociones básicas.

Al iniciar con esta primera fase se observan dificultades en la identificación de las emociones, ya sea por el nombramiento de ellas, o bien, en la distinción de las sensaciones corporales asociadas a las emociones básicas (miedo, alegría, tristeza, enojo, amor) y validación de las mismas. Estas dificultades están relacionadas a la emisión de juicios de valor y la baja percepción de regulación en torno a ellas, de esta forma R menciona lo siguiente:

“No creo que las emociones puedan tener una utilidad, en mi caso solo me traen problemas con mi mamá...siento que no puedo controlar lo que siento” (sic)

“Cuando me corté sentía que no podía hacer algo diferente, mis amigos me dijeron que eso ayudaba...no pasó nada con mis papás para que yo lo hiciera, todo se acumuló y decidí intentarlo, sentía dolor pero a la vez me podía desahogar, si hacía lo mismo de antes seguramente no iba a funcionar (haciendo referencia a hablar con sus papás)” (sic).

“No puedo identificar algo diferente en mi cuerpo, solo sé que a veces soy más explosivo, eso dice mi papá, lo he intentado pero es difícil” (sic).

De acuerdo a lo reportado por R y lo observado en las primeras sesiones, en la siguiente tabla se presentan algunas de las técnicas utilizadas y el impacto que tuvieron en el reconocimiento de emociones.

Tabla 8

Técnicas utilizadas en el proceso de consejería breve en el reconocimiento de emociones

Técnica utilizada	Impacto que tuvo en la percepción de regulación de emociones
<p>Atención plena</p> <p>Mediante habilidades de observación y descripción de las sensaciones corporales, así como también, de las situaciones acontecidas en su vida cotidiana.</p>	<p>Mediante el desarrollo de habilidades de atención plena R logró identificar distintas señales corporales tales como: hormigueos, dolor, opresión, picor, calidez distintas zonas del cuerpo, cambios en postura, etc., ante las emociones experimentadas.</p> <p>“Siento calor en las manos y hago puños cuando estoy muy enojado” (sic).</p> <p>“Mis ojos duelen cuando quiero llorar, a veces se me hace un nudo en la garganta cuando me aguanto” (sic).</p> <p>“Cuando estoy muy feliz estoy moviéndome mucho y quiero sonreír mucho” (sic).</p>
<p>Reconocimiento: MATEA</p> <p>Se realiza el reconocimiento de las emociones básicas de miedo, alegría, tristeza, enojo y amor mediante la evocación de una situación en la que sintió determinada emoción.</p>	<p>La psicoeducación al respecto de lo que son las emociones básicas y la función de las mismas permitió que R, pudiera nombrar lo que sentía ante situaciones acontecidas en la familia, con sus amigos y en la escuela. Igualmente esto le permitió hacer una autovalidación de sus propias emociones indicando en algunas sesiones lo siguiente:</p> <p>“Conocí algunos sentimientos que no sabía que sentía” (sic).</p>

Técnica utilizada	Impacto que tuvo en la percepción de regulación de emociones
<p data-bbox="344 639 734 671">Estrategias de regulación</p> <p data-bbox="203 695 875 783">Respiración diafragmática, distracción y tiempo fuera ante emociones “negativas”.</p>	<p data-bbox="902 253 2033 400">“No pensaba en mis emociones, tampoco pensaba que sirvieran, pero supongo que sí, por eso hice esto [cortarse] una vez como una forma de desahogarme, ya no quiero hacerlo de nuevo” (sic).</p> <p data-bbox="902 419 2033 507">“Siempre pensé que sentirme enojado estaba mal, por eso no podía decirlo, pero ahora es difícil decirle a los demás, no sé cómo hacerlo aún” (sic).</p> <p data-bbox="902 526 2033 614">“Creo ahora puedo entender mejor mis sentimientos, antes no sabía por qué actuaba así, ahora entiendo muchas cosas que me enojan y no sabía” (sic).</p> <p data-bbox="902 639 2033 1007">El enseñar estrategias de respiración diafragmática permitió que ante situaciones en las cuales experimentaba en gran intensidad el enojo o la tristeza pudiera regular los estados fisiológicos como la exaltación, aumento en la frecuencia respiratoria y cardiaca (esto se practicó de forma conjunta). En caso de que esto no le funcionará, R visualizó el salir a su patio unos minutos para tranquilizarse o bien, el dibujar para distraerse y disminuir la intensidad de la emoción. Ante esto señaló que:</p> <p data-bbox="902 1031 2033 1118">“Me costaba respirar y sentía que no me iba a salir, después de intentarlo funcionó, no siempre, pero cuando estoy estresado si me sirve” (sic).</p> <p data-bbox="902 1142 2033 1230">“A veces prefiero salirme para no seguir peleando con mi mamá, porque ella me dice de cosas y yo también, si me salgo eso ya no sucede” (sic).</p> <p data-bbox="902 1254 2033 1342">“Dibujar es algo que sí me gusta, no me cuesta trabajo y me ayuda a no sentirme tan triste” (sic).</p>

Se puede observar que durante el proceso de atención psicológica se incrementó el reconocimiento y nombramiento de las emociones, no obstante, es importante señalar que en ocasiones se presentaron dificultades en la implementación de estrategias por lo que en muchos casos se realizó moldeamiento para incrementar la percepción de autoeficacia y por ende los resultados positivos en la implementación de las mismas.

2. Describir las situaciones acontecidas en su vida cotidiana: de la tercera a la quinta sesión el trabajo con R se focalizó en trabajar con la identificación de situaciones que desencadenaban pensamientos y emociones que generaban malestar emocional y lo colocaban en una situación de vulnerabilidad. Para ello se utilizaron habilidades de atención plena (observar y describir) mediante un autorregistro en el que se hacía la descripción del evento acontecido, el pensamiento, las emociones presentes para después visualizar las conductas realizadas (anexo 4).

Durante esta fase del automonitoreo se observó que, había presencia de pensamientos poco útiles al respecto de sus habilidades para llevar a cabo acciones, así como también, de juicios de valor en torno a sí mismo y a los demás lo cual incrementaba la intensidad de determinadas emociones tales como la tristeza y el enojo y disminuía la motivación para llevar a cabo acciones encaminadas al cumplimiento de una meta. Con base en lo observado, en la tabla 9 se muestran los cambios obtenidos posteriores a la implementación de estrategias.

Tabla 9.

Elementos del autorregistro utilizados en la modificación de emociones y conductas.

Elemento	Impacto que tuvo en la modificación de las emociones y conductas
<p>Descripción de los eventos sucedidos en su vida cotidiana.</p> <p>Desglose de las situaciones mediante las preguntas ¿qué, cómo, cuándo, dónde y con quién pasó?</p>	<p>R puso en práctica las habilidades de observación y descripción situacional lo que le permitió disminuir los juicios de valor emitidos, mayormente, consigo mismo, con su familia y en la escuela, esto a su vez disminuía la intensidad de las emociones modificándose así la respuesta conductual.</p> <p>“Antes sentía que nadie me podía comprender, también siempre quería tener la razón, ahora es diferente, cuando trataba de explicarle las cosas a mi mamá ella me escuchaba y dejaba de gritar, entonces yo tampoco le hablaba mal” (sic).</p> <p>“Me acerqué al niño nuevo, pensé que era muy presumido y un poco serio y malhumorado, con el trabajo de la escuela pude ver que no era así y que era alegre... [Se le pregunta qué hubiera pasado si se quedaba con esa idea] yo creo que no seríamos amigos ahora si seguía pensando así de él” (sic).</p>
<p>Pensamientos derivados de las situaciones acontecidas.</p> <p>Se registran los pensamientos que se presentaran cuando una situación ocurre y posterior a ella.</p>	<p>El monitorear los pensamientos que se derivaban de determinados eventos surgidos en su vida cotidiana permitió que R disminuyera la autoinvalidación al respecto de las habilidades con las que cuenta, la forma en la que se comunicaba con otras personas y las acciones para resolver problemas.</p>

Elemento	Impacto que tuvo en la modificación de las emociones y conductas
	<p>“Al principio pensaba que era malo en la escuela, mis papás comparaban mis calificaciones con las de mi hermano, pero conforme vine a las terapias me di cuenta de que también puedo ser bueno en algo, matemáticas y física es en donde mejor me va” (sic).</p> <p>“No siempre iba a tener la razón en algún problema y yo quería siempre tenerla, eso hizo que mi mamá y yo no nos termináramos gritando como siempre” (sic).</p> <p>“Me voy satisfecho al tener apoyo... me llevo que con las habilidades de MATEA y DEAR MAN puedo solucionar cualquier situación que se presente” (sic).</p>
<p>Emociones presentadas</p> <p>Registro de las emociones derivadas de las situaciones o bien, de los pensamientos.</p>	<p>El trabajar mediante este automonitoreo permitió que R reforzara habilidades de reconocimiento y nombramiento de las emociones experimentadas y la comunicación de las mismas. Así mismo, aumento la validación al respecto de ellas y pudo visualizar cómo éstas pueden influir en las conductas que lleva a cabo.</p> <p>“Me sentía mal cuando me enojaba por tener más cosas que hacer en la casa que mis hermanos, aunque era injusto me sentía como si estuviera haciendo mal” (sic).</p> <p>“Siempre pensaba que mi mamá estaba enojada conmigo, entonces yo me enojaba porque no entendía qué le sucedía y nos gritábamos eso cambio un poco, no mucho, cuando le decía que me sentía enojado y que saldría al patio” (sic).</p> <p>“Si yo guardaba lo que sentía no sabía cómo solucionar las cosas después, por eso cortarme me pareció una buena forma de desahogarme” (sic).</p>

Elemento	Impacto que tuvo en la modificación de las emociones y conductas
<p data-bbox="304 252 779 284">Visualización de las conductas</p> <p data-bbox="203 308 875 507">De forma conjunta se analizaron las conductas y consecuencias “positivas” y “negativas” derivadas de pensamientos y emociones presentes ante diversas situaciones.</p>	<p data-bbox="902 252 2067 400">Mediante el análisis de las conductas y consecuencias R pudo introducir y reforzar el uso de habilidades de regulación emocional (respiración, diafragmática, tiempo fuera y distracción) practicadas en las sesiones de consejería breve.</p> <p data-bbox="902 419 2067 568">“Cuando el trabajador social me dijo lo que podía pasar si me cortaba, que se podía infectar, me asusté de lo que había hecho, es algo que no me gustaría volver a hacer por eso quiero encontrar otras formas de solucionarlo” (sic).</p> <p data-bbox="902 587 2067 735">“Me enoja mucho que me griten sin razón, cuando mi hermano hace eso yo le grito y nos peleamos, yo siempre pierdo si me gana mi carácter defensivo porque después me castigan, por eso ahora solo decido irme a mi cuarto” (sic).</p> <p data-bbox="902 754 2067 903">“Cuando me enoja le digo a mi mamá que estoy enojado y salgo al patio, entonces me pongo a patear el balón y se me baja el enojo, después hablamos y así no nos dejamos de hablar dos o tres días” (sic).</p> <p data-bbox="902 922 2067 1174">“Cuando me siento triste dibujo así me distraigo y pienso en más cosas como formas y los colores que puedo usar, eso hice cuando me sentía triste porque casi no convivía con mis papás, después de unos días les mostré el dibujo, mi mamá se puso a llorar pero, después, comenzamos a hacer más cosas los fines de semana” (sic).</p>

3. Definir un problema y proponer alternativas de solución: de la quinta sesión en adelante se trabajó de forma conjunta con estrategias de solución de problemas, dichas estrategias estaban dirigidas no solo a solucionar una problemática en su vida cotidiana, sino también a proporcionar nuevas estrategias que le permitieran a R tener una mayor regulación de sus emociones. De esta manera, en el proceso de consejería breve se puntualizó en describir las situaciones acontecidas, identificar cuál era la meta para la resolución de un problema, el planteamiento de alternativas y la elección de una de ellas para llevarla a cabo.

Al iniciar con las estrategias de resolución de problemas se observó que R notaba dificultades en la resolución de las mismas en sus diferentes contextos: personal, familiar, escolar y social. Al analizar dichas dificultades se observó que R se expresaba mediante conductas agresivas (de tipo verbal) y desde la impulsividad, así como también con conductas evitativas, lo cual, en muchas ocasiones le traía mayores dificultades con sus padres y con su hermano.

“Lo hice por los problemas que tenía en casa, peleo mucho con mi mamá a veces me dice groserías, hice esto [cortarse] como una forma de desahogarme, no encontré otra forma de solucionarlo y mis amigos dijeron que eso servía” (sic).

“Mi hermano nunca hace nada en la casa y pone de pretexto que es porque trabaja, un día me puso en el lavadero todos sus trastes y yo se los regresé a su cuarto, yo ya había lavado los trastes, nos peleamos y gritamos y mi mamá se enojó conmigo, dejó de hablarme tres días y a él no le dijo nada” (sic).

“Mis papás siempre dicen que soy muy explosivo, que primero hago las cosas y luego pienso” (sic).

“En la escuela no tengo problemas, por eso estoy más a gusto ahí, cuando mi mamá y yo peleábamos a veces ni cenaba ni nada, solo subía a mi cuarto y dormía, al otro día ella no me hablaba hasta que mi papá decía que no fuéramos así” (sic).

De acuerdo con lo encontrado, en la tabla 10 se muestran las estrategias de solución de problemas enseñadas y el impacto que tuvieron en la vida cotidiana de R.

Tabla 10

Estrategias de solución de problemas implementadas en el proceso de Consejería breve y su impacto en la vida cotidiana de R.

Estrategia utilizada	Impacto que tuvo en la vida cotidiana de R
<p>Describir las situaciones acontecidas</p> <p>Se describe la situación problemática, verificando los hechos y su concordancia con las respuestas emocionales.</p>	<p>Describir las situaciones permitió que R identificara las emociones derivadas de las situaciones acontecidas, así mismo, esto ayudó en la disminución del malestar emocional derivado del emitir interpretaciones y suposiciones al respecto de los eventos acontecidos. Por otro lado, el verificar los hechos permitió que R distinguiera las emociones que experimentaba y si éstas eran acordes a los eventos en los distintos contextos en que se desarrolla, logrando así disminuir la reacción emocional ante situaciones ocurridas.</p> <p>“Antes me enojaba por todo y no siempre tenía la razón para estarlo, no es que no me enoje pero ya no reacciono tan explosivamente o me desquito con alguien” (sic).</p> <p>“Cuando les digo a mis papás que es lo que me molesta ellos me entienden, antes sentía que nadie me entendía” (sic).</p>
<p>Identificar meta para la resolución de un problema</p> <p>De forma conjunta se identificó qué necesitaba pasar o cambiar para disminuir el malestar emocional asociado a problemáticas acontecidas.</p>	<p>Esto permitió que R pudiera identificar y definir con mayor claridad un problema, así como también, definir metas y acciones (viabiles) que lo llevaran a lograr cambios en distintos ámbitos de su vida. De esta forma, R desarrolló un mayor sentido de control ante los eventos acontecidos en su vida cotidiana.</p> <p>“El martes tuve un citatorio por una materia, creo que es porque me estoy acoplando a los profesores nuevos, así que pensé en hacer de nuevo los cuadernos y entregarlos aunque tenga menos calificación así por lo menos no saldré tan bajo” (sic).</p>

Estrategia utilizada	Impacto que tuvo en la vida cotidiana de R
<p data-bbox="226 419 680 451">Planteamiento de alternativas</p> <p data-bbox="147 475 763 783">En trabajo conjunto se propusieron diversas alternativas a un problema y se realizaron evaluaciones de pros y contras de cada alternativa con la finalidad de elegir cuál de ellas se llevaría a cabo en la resolución de eventos acontecidos.</p>	<p data-bbox="790 252 2083 400">“Mi hermano nunca me va a hacer caso a mí porque él es mayor, le dije a mi papá que hablará con él, creo que en lo que haga A o no haga yo no puedo cambiarlo, pero si mi papá habla con él por lo menos yo no me meto en más problemas” (sic).</p> <p data-bbox="790 419 2083 675">El proponer una gama de alternativas favoreció al desarrollo de una mayor flexibilidad cognitiva, esto a su vez disminuyó la presencia de pensamientos dicotómicos que hacían que R tomara posturas extremistas que no le permitían la adecuada solución a eventos en su vida. Así mismo, se observó que el evaluar las consecuencias positivas y negativas de una alternativa facilitó la toma de decisiones y la puesta en acción de las mismas.</p> <p data-bbox="790 694 2083 898">“Creo que es más fácil para mis papás ver películas juntos los fines de semana, los últimos dos fines lo hemos hecho y me siento más acompañado, pero creo que si yo no les hubiera dicho que esa era una idea para convivir más sin gastar dinero seguiríamos como antes sin salir y sin estar juntos en la casa, todos en sus cuartos” (sic).</p> <p data-bbox="790 917 2083 1010">“Es más sencillo que cuando me sienta muy enojado salga a jugar futbol, después de tranquilizarme puedo decir sin gritar lo que me hizo enojar o lo que me parece injusto” (sic).</p> <p data-bbox="790 1029 2083 1169">“La verdad es que pensaba que aunque hiciera muchas opciones para resolver un problema nada me funcionaría y que las cosas no cambiarían y no es cierto, creo que eso me ayuda a ver que hay otras formas de resolver las cosas y antes no pensaba eso” (sic).</p>

Estrategia utilizada	Impacto que tuvo en la vida cotidiana de R
<p data-bbox="174 252 734 343">Elección de solución del problema y puesta en práctica</p> <p data-bbox="136 363 763 619">Una vez que se eligió la alternativa de solución del problema se realizaron planes de acción en la implementación de ellas mediante las preguntas ¿qué, cómo, cuándo, dónde, con quién?</p>	<p data-bbox="786 252 2094 678">El llevar a cabo actividades que sean observables, mensurables y, descompuestas en pasos pequeños y sencillos de realizar permitió que R pudiera visualizar formas distintas de ejecución de conductas ante diversas situaciones, esto a su vez, fortaleció la creencia sobre sus propias capacidades y habilidades en el cumplimiento de los objetivos que se proponía. “Cuando empecé a hacer las cosas por pasos me desesperaba un poco, habían veces en que podía saltarme eso, pero en cosas de la escuela eso me ayudó un poco, porque era más fácil dedicar tiempo para estudiar, luego para hacer mis cuadernos y así ya no tenía tantos problemas con mi maestro de español” (sic).</p> <p data-bbox="786 694 2094 842">“Si yo no le hubiera dicho a mi papá que cuando iríamos al centro hubiera sido como otras veces en las que terminábamos no saliendo, pudimos ponernos de acuerdo y fuimos mi mamá, mi papá, mi hermana y yo, A, no pudo ir pero por lo menos esta vez sí salimos” (sic).</p> <p data-bbox="786 858 2094 1066">“Me di cuenta que si solo me salía cuando mi mamá y yo peleábamos si podía calmarme pero, después, mi mamá pensaba que yo solo la ignoraba” (sic). En esa situación se le sugiere que en un momento de tranquilidad le explique a su mamá que salirse le permite calmarse para después poder hablar sin alzar la voz y verificar si ésta era una opción viable.</p> <p data-bbox="786 1082 2094 1173">“No pensaba que yo pudiera hacer cosas que funcionaran pero después de intentarlo parece que sí puedo cambiar” (sic).</p>

Posterior al proceso de Consejería Breve se observa que R, disminuyó las respuestas impulsivas, agresivas o evitativas como una forma de resolver las dificultades surgidas en su vida cotidiana, en su lugar, se observa que, puede describir las situaciones y optar por implementar acciones que le permitieran no sólo regular los estados fisiológicos de las emociones, sino también, acciones dirigidas a la expresión de necesidades, pensamientos y emociones.

c) *Monitoreo de progresos*

Con base en los objetivos propuesto de forma conjunta, se realiza un monitoreo del cumplimiento parcial o total de los mismos. Es importante señalar que de forma constante se reforzaron los logros observados mediante la indagación del cómo se sintió (emociones experimentadas), los cambios en el humor y en su vida en general derivado del alcance de objetivos. Para ello, en la sexta sesión del proceso de Consejería Breve, la sesión de cierre, las sesiones de orientación con padres y la sesión de seguimiento, se exploraron los cambios observados tanto por R como por sus padres, así mismo, estos progresos fueron complementados de acuerdo con las observaciones de la terapeuta.

A continuación se describe, el progreso de los objetivos alcanzados durante el proceso de atención psicológica, reportados por el consultante y los padres.

- *Mitad de proceso de consejería breve:*

Los principales cambios observados por R se focalizan en la regulación de las emociones asociadas principalmente con el enojo, se destaca que, la frecuencia e intensidad de éstas disminuyeron de forma importante, sobre todo en la diada madre-hijo, no obstante en la relación entre su hermano mayor y él aún presentaba dificultades que generaban reacciones agresivas de tipo verbal (insultos) y malestar emocional asociado al enojo y la culpa.

De esta forma, R comenta lo siguiente: *“Mis papás dicen que ya no soy tan enojón, creo que ya no me enojo por todo como antes lo hacía, creo que ahora ni mi mamá ni yo nos decimos y decimos cosas, ahora si yo no grito ella tampoco lo hace (...) con mi hermano es distinto, aprendí que es mejor decirle a mi papá lo que él no hace así ellos hablan y yo no me enojo ni salgo perdiendo como siempre”* (sic).

Así mismo, el consultante observa que la comunicación con sus pares, es decir, compañeros y amigos ha mejorado, lo cual le permitió aumentar sus redes de apoyo y aprender nuevas formas de resolver problemas, no solo a nivel familiar sino también, a nivel escolar, señalando lo siguiente:

“Creo que siempre he tenido amigos que están conmigo pero yo no siempre quería contar lo que me pasaba, por eso cuando vi a mis compañeros cortarse pensé que no había de otra, no me di cuenta que tengo amigos como Iván y Alex, ahora veo que ellos están para escucharme y darme ánimos y a veces decirme como solucionar algo cuando lo demás sigue sin funcionar” (sic).

“Empecé a hablar con otros, la verdad si pensaba que eran muy payasos y que no me iban a hablar por eso no me acercaba a otras personas con las que sí quería hablar fueran hombres o mujeres, pero cuando me acerque a ellos fue normal ellos me hablaban, a veces hacemos bromas y otras solo nos saludamos, ahora, aunque cada quien está en su grupito por lo menos ya tengo con quien más platicar de cosas de la escuela o cosas que nos gustan y también para hacer trabajos de equipo” (sic).

Durante esta fase de monitoreo, R identifica que a pesar de que las discusiones a nivel familiar han disminuido la convivencia con sus padres sigue siendo menor a la que él esperaba por lo cual, se evalúan otras estrategias para poder incrementar la convivencia a nivel familiar.

- Sesión de cierre de proceso:

Derivado de la re-evaluación de estrategias implementadas, a partir de la sesión seis se realizaron algunos cambios en las estrategias con el fin de alcanzar los objetivos terapéuticos; de esta forma, los cambios que se habían observado previamente se mantuvieron al finalizar el proceso de consejería breve y, también, R observa que se presentaron cambios en otros ámbitos importantes en su vida.

Los cambios observados durante la parte final del proceso de Consejería breve son los concernientes al mejoramiento y fortalecimiento de la relación con su madre, durante esta fase, se observa que hay una disminución en las peleas entre la diada madre-hijo y también un aumento en la convivencia y comunicación con su padre, indicando lo siguiente:

“Siento que las cosas mejoraron entre mi mamá y yo, antes peleábamos casi todos los días, siempre nos gritábamos y en ocasiones me decía groserías, ahora, a veces si peleamos pero ya no es como antes, creo que ahora ella se controla más y yo también” (sic).

“Hay veces en que mi mamá platica conmigo después de la escuela, también cuando ella va a recogerme me pregunta cómo me va y yo también le pregunto cómo le va con sus materias, creo que ya se organiza mejor” (sic).

“Ahora mi papá pasa un poco más de tiempo con nosotros en sus descansos, no salimos todos los fines de semana por el dinero, pero ahora si queremos ver una película entre todos casi siempre lo cumplimos, también a veces salimos al parque o vamos a ver a mi abuelita” (sic).

Así mismo, al finalizar el proceso se observa una mayor flexibilidad a nivel cognitivo que le permitió reducir los juicios de valor en torno a la forma en la que se siente (enojo, tristeza, miedo) y al considerar implementar otra forma de solución a los problemas en su vida cotidiana. Al respecto de ello, R expresa en una carta de despedida al proceso de atención lo siguiente:

“Yo llegué con un poco de enojo al saber que tenía que tomar terapias, pensaba que solo era para alguien que tuviera un problema psicológico, pero después sentí que era para mi bien y que de alguna forma me iba a ayudar en un futuro” (sic).

“Antes sentía que nadie me comprendía, quería llamar la atención de mis papás y cuando pasaba algo pensaba que siempre debía de tener la razón en un problema y creo que no siempre era así, creo que ahora si explico qué me pasa es más fácil que ellos entiendan y me hace sentir mejor” (sic).

“Me voy satisfecho al saber que cuento con el apoyo que tuve...también me llevo las habilidades de MATEA y Dear Man, fueron las que más me ayudaron a resolver problemas y situaciones que se me presenten” (sic).

Finalmente y, aunque no se considerara como parte de los objetivos de la consejería breve, se observa que la red social (con pares) de R aumentó y se fortaleció, es así que, R indica:

“Me he vuelto más sociable y más cercano a otras personas con las que antes no hablaba por pena o no sé, me alejé de las personas que me recomendaron cortarme, pero también me quedé con mis otros amigos de la escuela, con ellos sí hago relajo pero también estudio y es más fácil así” (sic).

“Tengo amigos a los que les cuento mis problemas y jugamos fútbol, me siento más cómodo estando con ellos, sé que hay cosas en común y eso nos hace más amigos” (sic).

Es importante resaltar que, al finalizar el proceso de consejería breve, nuevamente se evalúan las conductas de riesgo asociadas a las autolesiones observándose que ya no hay presencia de ellas y que el riesgo de que éstas se presenten en otro momento es bajo al contar con nuevas estrategias de solución de problemas.

- *Sesiones de orientación con padres:*

En esta sección se señalarán los cambios que los padres de R observaron derivados del proceso de atención psicológica, dicho monitoreo de progreso con ellos permitió implementar estrategias para el mejoramiento y fortalecimiento del apoyo social proveniente de la familia (esto se explicará con mayor detalle en el apartado de análisis de los elementos de apoyo social que influyen en la adherencia terapéutica de los consultantes), así como también, identificar posibles dificultades observadas por ellos.

Con relación a los progresos observados por los padres en la mitad del proceso de atención se hizo especial énfasis en el cese de la conducta autolesiva, indicando que R había expresado directamente no querer volver a hacerlo. De la misma forma, se observa que esto disminuye el malestar emocional y la culpa en ellos como padres.

Sr. A: *“Hemos notado que desde que viene aquí R ya no se corta, no hay rasguños como antes y tampoco cubre ya sus muñecas, parece que ha dejado de hacerlo desde que nos llamaron de la escuela, él nos ha dicho que ya no quiere volver a hacerlo” (sic).*

Sra. M. E: *“No se ha cortado y eso nos hace sentir más tranquilos, también hemos visto que se ve más alegre y que convive más con su hermana, aunque nosotros seguimos teniendo peleas pero ya no tan seguido como antes” (sic).*

Así mismo, la madre de R menciona la disminución de conflictos familiares, no obstante indican que el establecimiento de límites y la delimitación de actividades entre los miembros de la familia resultan complicados.

Sra. M. E: *“Ya no tenemos tantas peleas, pero a mí me cuesta saber cómo poner límites en casa mis hijos, pero ahora no siento que sea tan difícil con R como antes lo era, ha habido veces en que R me ha dicho que se va a salir al patio porque está enojado y que usted le recomendó eso para que controle su enojo, al principio me parecía raro pero funcionaba” (sic).*

Por otro lado, el padre de R visualiza que la regulación emocional y el autocuidado en su hijo han mejorado, así como también la convivencia con él. Sin embargo, es importante señalar que, tiene dudas al respecto de la utilización de una estrategia de comunicación y si su hijo la implementó de la manera correcta.

Sr. A: *“Él ya no se enoja tanto y a mí a veces me cuenta cómo le fue en la escuela y que sus calificaciones en algunas materias han mejorado, también veo que ya no se junta con sus compañeros que le dijeron que se cortara” (sic).*

Sr. A: *“Algo que no me gustó es que R me dijo que aquí se le había enseñado una forma de negociar, él dice que va a ayudar si le compramos un celular, pero no creo que eso sea lo correcto menos porque son responsabilidades que le tocan ¿no?”*

En este caso, se valida la apertura que ambos tuvieron para asistir y se realiza un explicación de las habilidades enseñadas a R y, de forma individual se comenta este aspecto con el consultante con la finalidad de entrenar nuevamente en el adecuado uso de la negociación en la comunicación con otros significativos.

Para ello, se realizó nuevamente una breve psicoeducación con R en torno a qué es la negociación y bajo qué situaciones (familiares, escolares, sociales) se sugiere utilizar esta habilidad. De la misma forma, mediante el uso de role playing, se representaron situaciones conflictivas acontecidas en cualquier ámbito de su vida (usualmente el familiar y escolar) con la finalidad de generar flexibilidad en el consultante para escuchar a otros, para mostrar seguridad al plantear una forma de solucionar problemas y sugerir acuerdos, así como también, el señalarle momentos en los cuales sus emociones eran exacerbadas para disminuir su incidencia al indicarle que esto podría dificultar la comunicación con otros.

- Sesiones de seguimiento:

La sesión de seguimiento se realizó posterior a los dos meses de la culminación del proceso de consejería breve, durante esta sesión se realizó el monitoreo de cambios mantenidos y de las posibles dificultades presentadas. Cabe destacar que, se reforzaron los cambios mantenidos y se motivó a utilizar las habilidades aprendidas en las posibles dificultades observadas.

En lo que respecta al área familiar, R observa la mejora en la comunicación tanto con su padre como con su madre, y de forma general el fortalecimiento del vínculo familiar, indicando lo siguiente:

“He sentido a mi mamá más tranquila, no se enoja tanto como antes y tampoco me regaña mucho, si lo hace ya no me grita tanto y yo tampoco lo hago, con mi papá a veces sale a jugar conmigo fútbol y me platica cosas de él o yo de mí” (sic).

“Yo ya no le exijo nada a mi mamá porque sé que ella estudia, entonces ella se organiza en tiempo y así podemos pasar más tiempo juntos, con mi papá a veces estamos distanciados porque ahora ya solo está los jueves en casa pero también veo que ya habla más con nosotros” (sic).

“Cuando hay problemas con mi hermano A trato de negociar con él, así yo ya no hago todos los quehaceres de la casa, a mí no me gusta hacer algo él lo hace a cambio de que yo haga algo que a él no le gusta y así no peleamos. Con S es diferente, a ella sigo confiándole cosas, seguimos platicándonos cosas” (sic).

Al respecto del manejo de sus emociones, menciona tener una mayor regulación de ellas lo cual le ha permitido tomar decisiones y solucionar los problemas de una forma distinta, en la que la presencia de la impulsividad ha ido disminuyendo. En este sentido, R expresa lo siguiente:

“Antes tenía problemas que no sabía cómo solucionar y eso hacía que reaccionara mal, cuando me corte solo vi eso como una forma de liberarme, creo que ahora que puedo saber qué siento controlo más mis acciones” (sic).

“Después de cortarme dije que no lo haría de nuevo, en parte era porque no quería preocupar a mis papás pero ahora siento que es también porque ya sé que hay otras soluciones, así que ahora no lo haría de nuevo” (sic).

Con relación al ámbito escolar indica tener un mejor aprovechamiento y una mayor convivencia con sus compañeros de la escuela lo cual aumenta su motivación en el cumplimiento de metas a futuro relacionadas con intereses académicos. Siguiendo esta línea él señala lo siguiente:

“Aunque ha habido muchos cambios que no me gustan creo que ya puedo adaptarme mejor que antes, a veces me siento confundido con temas o con lo que dicen los profesores pero me ayuda preguntar a otros compañeros o a mis amigos” (sic).

“Me he sentido importante pues aumenté mis calificaciones, me sentí capaz de hacer las cosas no como antes y también mis papás se sintieron felices de ver mis calificaciones, antes me comparaban con A o con S y ahora no lo hicieron” (sic).

“Antes mis compañeros y yo éramos separados, había mucho relajo en la clase y todos teníamos nuestro grupo de amigos, yo era de los desastrosos, ahora siento que nos cuidamos más entre el grupo y yo hablo más con otras personas y no solo con mis amigos” (sic).

De acuerdo a lo observado en las sesiones de monitoreo de progresos, se puede notar que los cambios que comenzaron a desarrollarse durante el proceso de atención psicológica se mantuvieron al finalizar éste y tiempo después del mismo. En consecuencia, se identifica una mejora en la calidad de vida de R lo cual reforzó las creencias de sí mismo en relación a sus propias capacidades en la realización de acciones para lograr los objetivos que se planteaba.

Experiencia vicaria: la información proviene a partir de la observación de otras personas del esfuerzo y perseverancia en una tarea, al observar el éxito de ellos el consultante puede pensar que también tiene las capacidades necesarias para dominar una actividad similar.

Dicho lo anterior, en la tabla 11 se presentan las técnicas a lo largo del proceso de consejería breve dirigidas al fortalecimiento de la autoeficacia a partir de las experiencias vicarias.

Tabla 11

Estrategias utilizadas en el desarrollo de autoeficacia mediante las experiencias vicarias.

Estrategia utilizada	Impacto que tuvo en el desarrollo de autoeficacia de R
<p data-bbox="315 437 801 472">Observación de logros de otros</p> <p data-bbox="203 528 913 671">El consultante se comparó con otra persona y se vio a sí mismo desempeñándose en la misma tarea.</p>	<p data-bbox="938 437 2065 639">Mediante la observación de los logros de otra persona R logró identificar primeramente acciones que otros realizaban y que les funcionaban con la finalidad de adoptarlos como alternativas conductuales en la resolución de problemas en su vida cotidiana.</p> <p data-bbox="938 695 2065 948">De igual manera, esto fungió como un medio para disminuir el grado de inseguridad respecto a sus capacidades debido a que esto le permitió visualizar que otros en situaciones similares llevaban a cabo acciones en el cumplimiento de objetivos lo cual aumentó su motivación para llevar a cabo sus planes de acción.</p>
<p data-bbox="461 1003 656 1038">Role playing</p> <p data-bbox="203 1094 913 1289">Se simuló una situación de su vida cotidiana y se le proporcionaron habilidades nuevas, por ejemplo, comunicarse de manera asertiva o solucionar problemas de formas distintas.</p>	<p data-bbox="938 1003 2065 1147">La implementación de role playing permitió que R, adoptara nuevas habilidades acerca de cómo comunicarse con su familia, con sus maestros o bien con sus amigos ante situaciones que generaban incomodidad o malestar emocional.</p> <p data-bbox="938 1203 2065 1345">Así mismo, esta estrategia permitió que R desarrollara habilidades para expresar sus necesidades, negarse a peticiones y mostrar empatía con otras personas (familiares, amigos, autoridades, etc.)</p>

Estrategia utilizada	Impacto que tuvo en el desarrollo de autoeficacia de R
<p data-bbox="327 539 792 627">Reflejar las consecuencias del comportamiento</p> <p data-bbox="203 683 913 826">Señalar las consecuencias del comportamiento de otros, tanto las consecuencias positivas como las negativas.</p>	<p data-bbox="943 284 2067 483">Finalmente, el uso de ésta lo situaba ante situaciones ficticias lo cual le permitió aumentar las alternativas de solución de un problema al prepararlo a las posibles dificultades a las que podía enfrentarse en los distintos contextos de su vida.</p> <p data-bbox="943 539 2067 738">El hacer notar las consecuencias positivas de acciones de sus pares u otros significativos para alcanzar objetivos específicos permitió que R pudiera generar expectativas en torno a su propio comportamiento y a las acciones que debía realizar para alcanzar las metas que se había planteado.</p> <p data-bbox="943 794 2067 994">De igual forma, se aumentó la motivación y se reforzó la creencia en sus capacidades para llevar a cabo acciones dirigidas al cumplimiento de metas al señalarle al consultante las consecuencias positivas de la implementación de habilidades enseñadas.</p> <p data-bbox="943 1050 2067 1297">Finalmente, se promovió el cambio conductual en R al señalarle de igual forma las consecuencias negativas de determinados comportamientos (impulsividad o agresividad) y cómo estos lo alejaban del cumplimiento de sus objetivos con la finalidad de que reflexionara acerca del uso de habilidades para, posteriormente llevarlas a cabo.</p>

Es importante señalar que durante el proceso de atención psicológica R pudo observar y expresar que tiene las capacidades necesarias para dominar una actividad, comunicarse con otros o bien para resolver un problema al igual que otras personas en su contexto más cercano.

Persuasión verbal: el reforzamiento de las creencias de autoeficacia, en este caso se deben a las apreciaciones basadas en juicios valorativos o evaluativos de personas significativas en relación a la capacidad que tiene para alcanzar los objetivos que se propone.

En relación a ello, en la tabla 12 se muestran algunas de las estrategias implementadas que favorecieron al desarrollo y reforzamiento de las creencias de autoeficacia de R.

Tabla 12

Estrategias utilizadas en el desarrollo de autoeficacia mediante la persuasión verbal.

Estrategia utilizada	Impacto que tuvo en el desarrollo de autoeficacia de R
<p data-bbox="257 430 952 470">Mensajes informativos y dirigidos al cambio</p> <p data-bbox="190 518 1008 670">Los mensajes buscan cambiar las creencias que el consultante tiene sobre su capacidad en la adopción y mantenimiento de conductas de salud</p>	<p data-bbox="1019 430 2056 694">El uso de mensajes informativos permitió que R identificara mediante las observaciones de la terapeuta el desarrollo de habilidades y los momentos en los cuales hacía uso de ellas, contrastando, en ocasiones, los pensamientos del consultante acerca de que no podía o no sabía cómo llevarlas a cabo.</p> <p data-bbox="1019 742 2056 893">Igualmente, los mensajes informativos le permitieron a R visualizar cambios en su comportamiento dirigidos al cumplimiento de sus metas que, de igual forma, se le dificultaba identificar.</p>
<p data-bbox="291 941 918 981">Evidencias que sustenten los mensajes</p> <p data-bbox="190 1029 1008 1181">Se le presentaron al consultante evidencias o argumentos lógicos que respaldaron la veracidad de los mensajes que se le proporcionaron.</p>	<p data-bbox="1019 941 2056 1204">Al presentarle evidencias a R al respecto de los avances que él iba teniendo durante el proceso de atención se reforzó la percepción que él mismo tenía sobre sus capacidades, esto a su vez, permitió que en otras situaciones y contextos siguiera implementado las habilidades que le funcionaban.</p> <p data-bbox="1019 1252 2056 1340">De igual forma, resaltar y enfatizar en los comentarios que sus padres realizaban en torno a los cambios observados al respecto de la</p>

Estrategia utilizada	Impacto que tuvo en el desarrollo de autoeficacia de R
<p data-bbox="367 651 846 683">Uso de lenguaje que los motive</p> <p data-bbox="203 738 1010 879">Los mensajes que se le daban a R no solo eran mensajes de tipo racional, sino también, se consideraba la emoción y se hacía uso del reforzamiento.</p>	<p data-bbox="1032 252 2056 339">regulación de sus emociones, las formas de comunicación y convivencia con ellos lo motivaban a mantener dichas conductas.</p> <p data-bbox="1032 395 2056 595">El retomar comentarios que otras personas significativas y más cercanas al contexto en el cual R se desarrollaba (familiar y escolar) aumentó la percepción de autoeficacia al notar que no solamente él distinguía mejoras en su vida sino también otras personas lo hacían.</p> <p data-bbox="1032 651 2056 850">El resaltar los objetivos cumplidos, pero además las emociones que esto generaba en R promovió el mantenimiento de la percepción de eficacia personal en el empleo de las estrategias aprendidas en su vida cotidiana al incrementarse la sensación de tranquilidad y bienestar general.</p> <p data-bbox="1032 906 2056 1106">Así mismo, el validar las experiencias y emociones surgidas de la implementación de una habilidad reforzó los nuevos patrones conductuales, por lo que, bajo otras situaciones similares se observó que la implementación de habilidades aún se mantenía constante.</p>

El uso de estas estrategias terapéuticas fungió un papel importante en el proceso de consejería breve, pues a partir de ello es que R obtuvo evidencias de cambios en favor de su bienestar, provenientes no sólo de lo que él podía observar en sí mismo, sino también, de personas que tenían una visión externa de su situación como familiares, amigos, profesores y del terapeuta lo cual, además de reforzar la autoeficacia, promovió el mantenimiento de comportamientos saludables.

Estados fisiológicos: se parte del supuesto de que los estados fisiológicos influyen en la interpretación cognitiva de las personas sobre su eficacia ante ciertas situaciones. Derivado de ello, en la tabla 13 se muestran las habilidades enseñadas con la finalidad de regular los estados fisiológicos en R.

Tabla 13

Estrategias de regulación de estados fisiológicos y su impacto en la percepción de autoeficacia de R.

Estrategias de regulación	Impacto en la percepción de autoeficacia
Atención plena	Las prácticas de atención plena permitieron que R se enfocara en la descripción de hechos al respecto de los cambios que observaba en sí mismo, disminuyéndose así la emisión de interpretaciones cognitivas negativas al respecto de sus capacidades para iniciar y mantener cambios en su vida.
Respiración diafragmática	El utilizar técnicas de respiración diafragmática favoreció a la regulación de estados fisiológicos de exaltación lo que, en ocasiones, disminuyó las conductas impulsivas y por ende, se redujeron los pensamientos asociados a que no podía hacer nada bien (falta de capacidades), así como también, aquellos pensamientos relacionados con la desesperanza, es decir, a que no importaba las acciones que llevara a cabo, éstas no funcionarían.
Tiempo fuera	El uso de tiempo fuera autoimpuesto permitió que R pudiera retirarse de situaciones en las cuales existía una alta probabilidad de respuesta con conductas agresivas

Estrategias de regulación	Impacto en la percepción de autoeficacia
	<p data-bbox="639 248 1453 338">favoreciendo así la disminución de los conflictos con sus padres o hermano.</p> <p data-bbox="639 360 1453 562">Cuando el tiempo fuera se mezcló con estrategias de distracción se favoreció a la desviación de la atención de una emoción negativa a una actividad que generara placer en R, en este caso del futbol o del dibujo.</p>

Este tipo de estrategias influyeron en la disminución de interpretaciones cognitivas negativas lo que, a su vez, redujo en gran medida el malestar emocional en R.

3. Analizar los elementos de apoyo social que influyen en la adherencia terapéutica de los consultantes.

En cuanto al aspecto de apoyo social se tomaron en consideración los resultados obtenidos en las evaluaciones realizadas antes de iniciar el proceso de consejería breve, con base en los datos arrojados la intervención se dirigió al fortalecimiento y mantenimiento de redes de apoyo significativas para R, éstas de igual forma se apegan al desarrollo de elementos que permiten aumentar el nivel de adherencia terapéutica. A continuación se presentan los resultados de forma cualitativa mediante la descripción de elementos relevantes que fueron observados en el proceso de consejería breve de acuerdo a las sugerencias propuestas por Litrá (2002), OPS (2017) y Morales, Martínez, Carrascoza, Chaparro y Martínez (2013).

Análisis de la red social de la persona: durante algunas sesiones del proceso de consejería breve, de manera conjunta con R, se trató de realizar una distinción de las personas que conforman su red social de apoyo, con quiénes tiene mayor contacto y el tipo de apoyo que recibe. En la tabla 14 se muestra la red de apoyo social con la que cuenta R.

Tabla 14

Red de apoyo social de R: frecuencia de contacto y tipo de apoyo

Red social de apoyo		Frecuencia de contacto	Tipo de apoyo proporcionado
Familiar	Padre	El contacto con su padre era poco, en la semana ocasionalmente lo veía una hora por las noches. En fines de semana solo estaba en contacto con él los domingos.	Predominio de apoyo social recibido (cuando algún suceso ha ocurrido). Los apoyos proporcionados son de tipo: <ul style="list-style-type: none"> • Instrumental (económico, de bienes y servicios). • Interacción social positiva (compartir actividades: fútbol).
	Madre	El contacto con ella era frecuente, la veía durante las noches, después de regresar de la escuela, así mismo, pasaban juntos la mayor parte del tiempo los fines de semana (sábado y domingo).	De igual forma hay un predominio de apoyo social recibido, este se acompaña de soporte de tipo: <ul style="list-style-type: none"> • Instrumental (apoyo económico para actividades escolares). • Emocional, en algunas ocasiones hay una expresión de amor mutuo.
	Hermano	Contacto disminuido, ocasionalmente se veían por las noches (entre semana) y poca interacción los fines de semana.	En este caso se identifica la presencia de apoyo social recibido, no obstante, el apoyo percibido de su hermano es bajo.
	Hermana	Mayor contacto e interacción, se veían por las noches y los fines de semana realizaban actividades juntos.	Predominio de apoyo social percibido, es decir, considera que el apoyo lo puede recibir en el momento que sea, aún sin

Red social de apoyo	Frecuencia de contacto	Tipo de apoyo proporcionado
		<p data-bbox="1240 252 2101 341">presencia de situaciones estresantes. El soporte proporcionado es de tipo:</p> <ul data-bbox="1290 363 2101 571" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1290 363 2101 453">• Emocional, expresiones de afecto positivo y entendimiento empático. <li data-bbox="1290 475 2101 517">• Informativo, en la resolución de conflictos. <li data-bbox="1290 539 2101 571">• Interacción social positiva.
Abuela	La frecuencia de contacto con ella es únicamente los fines de semana.	<p data-bbox="1240 593 2101 683">La característica principal es un apoyo social recibido, por parte de su abuela cuenta con soporte de tipo:</p> <ul data-bbox="1290 705 2101 1018" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1290 705 2101 849">• Instrumental como parte complementaría a lo que recibe de sus padres, ella pregunta si algo le hace falta. <li data-bbox="1290 871 2101 1018">• Emocional, R menciona que al no verse tan seguido ella es afectiva y cuida de sus necesidades cuando lo ve.
Amigos y/o compañeros	Jonathan Mayor contacto al estar en un mismo contexto (escolar), de la misma forma, en ocasiones se frecuentaban en fines de semanas para actividades académicas o sociales.	<p data-bbox="1240 1040 2101 1129">Predomina el apoyo social percibido, R observa que obtiene un apoyo de tipo:</p> <ul data-bbox="1290 1152 2101 1241" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1290 1152 2101 1241">• Emocional, al recibir empatía y muestras de afecto ocasionales.

Red social de apoyo		Frecuencia de contacto	Tipo de apoyo proporcionado
	Iván		<ul style="list-style-type: none"> • Informativo, sus amigos le proporcionan consejos en la resolución de problemas, en situaciones escolares y familiares. • Interacciones sociales positivas, ya que compartían actividades fuera de la escuela, como salir a parques o ir a la casa de otros, aumentándose así las actividades que realizan.
	Alexander		
Comunidad	Trabajo social	Posterior a que se presentaran las conductas autolesivas R, asistió en dos ocasiones como parte del seguimiento escolar.	<p>Mayor presencia de apoyo social recibido, el soporte que recibió fue de tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informativo, el trabajador social se enfocó en proporcionar información al respecto de conductas de riesgo y consecuencias de las mismas.

Con base en la identificación de las principales redes de apoyo de R, se realizaron algunas estrategias dirigidas al fortalecimiento de los vínculos afectivos entre los miembros de su familia, de la misma forma, estrategias dirigidas a la comunicación asertiva no solo en el núcleo familiar sino también con sus pares y autoridades escolares.

Favorecimiento de la estabilidad de las redes: una vez identificada la red social de apoyo de R, se resaltó la importancia de desarrollar y mantener relaciones significativas con los miembros de la red, mediante la implementación de estrategias de comunicación asertiva, expresión de sentimientos y pensamientos, así como también, estrategias de negociación; en este sentido, es importante señalar que R pudo implementarlas en el contexto familiar, escolar y social. De acuerdo a ello, en la siguiente tabla se presentan algunas de las técnicas utilizadas y el impacto que tuvieron en las relaciones interpersonales de R.

Tabla 15

Técnicas utilizadas para el desarrollo de estabilidad de las redes sociales de apoyo y su impacto en las relaciones interpersonales de R.

Técnicas utilizadas	Impacto en las relaciones interpersonales
<p>Comunicación asertiva: habilidades DEAR</p> <p>Estas son habilidades dirigidas a la descripción de situaciones, emociones, pensamientos y la expresión de ellas.</p>	<p>El uso de habilidades DEAR permitió que R pudiera describir las situaciones, así como, comunicar de forma clara y oportuna las emociones, sus pensamientos y sus necesidades a los demás.</p> <p>“Pude decirles a mis papás que no me parecía justo que A no me ayudara en cosas de la casa como en lavar los trastes o limpiar la mesa, entonces mi papá decidió hablar con él, pero si yo hubiera peleado con A eso no hubiera pasado” (sic).</p> <p>Igualmente, se observa que R trataba de modificar la forma en la que se expresaba o comunicaba ante situaciones problemáticas, notándose que a diferencia de otros momentos trataba de comunicarse sin juzgar a los otros, sin responder a los ataques o emitirlos, ni ofender a otros.</p> <p>“Creo que antes era muy exigente, pensaba que mis papás preferían hacer otras cosas que estar con nosotros, pero ahora entiendo que es por su trabajo, si les pedimos hacer algo ellos ya también se organizan y es mejor así” (sic).</p> <p>“Es más sencillo hablar con mi mamá, yo no grito y ella tampoco lo hace, así las peleas no son tan grandes como antes” (sic).</p>

Técnicas utilizadas	Impacto en las relaciones interpersonales
<p data-bbox="304 252 775 284">Negociación: habilidades MAN</p> <p data-bbox="203 309 873 451">Centradas en la adquisición de habilidades que permitan tener mayor seguridad personal para establecer acuerdos en la negociación.</p>	<p data-bbox="902 252 2103 451">Es importante señalar que al respecto del uso de estas habilidades de negociación se tuvo que realizar una sensibilización tanto con padres como con R para que éstas fueran entendidas y consensuadas por ambas partes, disminuyendo así las confusiones o el uso incorrecto de ellas.</p> <p data-bbox="902 475 2103 675">“Pensé que negociar era que mis papás me compraran cosas si hacía algo bien y cuando les dije se enojaron, dijeron que no tenemos posibilidades de comprar cosas, entonces me sentí mal, después entendí que no se trata de eso, de solo obtener cosas” (sic).</p> <p data-bbox="902 699 2103 898">El practicar estas habilidades permitió que R pudiera establecer acuerdos ante dificultades presentadas en sus contextos cercanos (familiar y escolar) disminuyendo así conflictos y por ende el malestar emocional (sentirse impotente o sin opciones de solución).</p> <p data-bbox="902 922 2103 1066">“Mi hermano y yo seguimos sin ser muy cercanos pero ahora él sí hace los quehaceres que le tocan y yo no trabajo por él, dijimos que los fines de semana él se haría cargo de recoger los cuartos y los trastes en la mañana” (sic).</p> <p data-bbox="902 1090 2103 1233">“Mis amigos y yo dijimos que aunque fuéramos amigos no nos regalaríamos calificación, entonces ya no le hacemos como antes, quedamos que los trabajos nos los repartiremos igual y así nadie se pelea por esas cosas” (sic).</p>

Técnicas utilizadas	Impacto en las relaciones interpersonales
<p>Expresión de emociones y pensamientos</p> <p>Una vez que R identificó sus emociones se trabajó en habilidades de expresión que le permitieran comunicar sus necesidades materiales como de tipo afectivas de forma asertiva.</p>	<p>Finalmente, se observa que las estrategias de negociación fungieron un papel importante en el desarrollo de la seguridad y enfoque en las metas para la resolución de un problema, observándose una disminución de conductas evitativas</p> <p>El uso de estas habilidades permitió que R visibilizara las emociones que surgían como consecuencia de la interacción positiva o negativa con personas significativas para él.</p> <p>“Pensaba que me podía cuidar solo y que no era necesario ser cercano con mi familia, eso me hacía sentir mejor, pero después entendí que era porque estaba enojado de que no pasaran tiempo conmigo” (sic).</p> <p>“Cuando peleábamos me sentía preocupado porque mi mamá se tocaba el corazón, me sentía mal conmigo por ser así con ella, por gritarle siempre cuando podía hablar de otra forma” (sic).</p> <p>De la misma forma, la identificación de emociones le permitió tener cambios en el comportamiento y formas de reaccionar, favoreciendo a tener interacciones positivas con miembros de su familia.</p> <p>“Cuando me salía al patio me calmaba y luego hablaba con mi mamá, así no nos gritábamos” (sic).</p> <p>“Después de las terapias convivo más con mi mamá y con mi papá, me siento más importante y me siento más tranquilo” (sic).</p>

Derivado de la implementación de estas habilidades se observa que, aunque aún se presentan discusiones con algunos miembros de la red social de apoyo de R, la frecuencia e intensidad de éstas ha disminuido, generando un impacto en el bienestar del consultante al fomentarse las interacciones positivas a nivel familiar y social, la expresión de afecto, de pensamientos y necesidades, así como también las nuevas formas de afrontamiento a las dificultades disminuyendo las conductas evitativas.

Involucramiento de los familiares en los procesos de intervención: con base en las sugerencias establecidas por la OPS (2017) se llevaron a cabo dos sesiones de orientación con los padres de R, en este sentido, el trabajo con ellos estuvo vinculado a psicoeducar al respecto de la etapa de desarrollo en la cual se encuentra R, así como las conductas de riesgo (en este caso autolesiones).

La psicoeducación permitió reducir sentimientos asociados con la culpa, clarificar dudas en torno a la función de las autolesiones y formas de acercamiento para prevenir el que hubiera una reincidencia en dicha conducta. De igual manera, en dichas sesiones de orientación se les proporcionaron habilidades para mejorar la comunicación, el establecimiento de límites y roles dentro del sistema familiar, componentes que promueven la flexibilidad y reciprocidad de las redes de apoyo del consultante.

A continuación, en la tabla 16 se presentan las habilidades proporcionadas a los padres, A y M. E., y cómo éstas impactaron en el desarrollo de la flexibilidad y la reciprocidad en la relación familiar.

Tabla 16

Habilidades proporcionadas a los padres, su impacto en la relación con R y con otros miembros de la familia

Habilidades	Impacto en	Flexibilidad en las redes de apoyo	Reciprocidad en las redes
Comunicación de emociones	La comunicación de emociones negativas (enojo, miedo, tristeza) de los padres a los hijos favoreció el desarrollo de empatía entre los miembros de la familia y, por lo tanto, el entendimiento de las actitudes y comportamientos que dificultaban la interacción entre ellos.	La comunicación de las emociones positivas (alegría y amor) de los padres al consultante favoreció a que R tuviera una mayor aproximación afectiva hacia sus padres, en este sentido se observó que, de manera paulatina, había una emisión verbal de afecto, no obstante, esta fue un área de oportunidad de mejora al finalizar el proceso de atención. De igual forma, A y M. E., observaron que al ser más comunicativos con sus emociones, sus hijos se mostraban con mayor apertura a escuchar y a interactuar.	La comunicación de las emociones positivas (alegría y amor) de los padres al consultante favoreció a que R tuviera una mayor aproximación afectiva hacia sus padres, en este sentido se observó que, de manera paulatina, había una emisión verbal de afecto, no obstante, esta fue un área de oportunidad de mejora al finalizar el proceso de atención. De igual forma, A y M. E., observaron que al ser más comunicativos con sus emociones, sus hijos se mostraban con mayor apertura a escuchar y a interactuar.
Establecimiento de límites y normas	El establecimiento de límites y normas de los padres (A y M.E) a R y a sus demás hijos permitió la estabilización y el orden en la dinámica diaria de la familia, al plantearse de una forma más clara y al tratar de que éstos se cumplieran como se había		El establecimiento de límites y normas por parte de los padres a todos los miembros de la familia, favoreció a que existiera una mayor validez y entendimiento del malestar emocional derivado de cargas de trabajo en el

Impacto en Habilidades	Flexibilidad en las redes de apoyo	Reciprocidad en las redes
	<p>señalado. Esto favoreció a que existiera un mayor entendimiento de los derechos, obligaciones y responsabilidades que cada uno de ellos tenía como miembros de la familia.</p>	<p>hogar o percepción de “desigualdad en el trato” como en el caso de R. Derivado de ello R tuvo una mayor apertura y confianza en comunicar sus necesidades, emociones y pensamientos surgidos de una situación de forma asertiva.</p>
<p>Definición de roles</p>	<p>La definición de los roles de A y M. E como pareja y como padres favorecieron al involucramiento activo por parte de ambos en los estilos de crianza y la implementación de normas. De esta forma, reportaron tener un mayor entendimiento entre ellos y, además de ello una mayor facilidad para comunicarse de forma conjunta con sus hijos, disminuyendo la percepción de M. E de poco apoyo por parte de su esposo. Así mismo, se observó un papel activo por parte de ambos en el monitoreo de las dificultades que presentaba R en la familia o bien en la escuela.</p>	<p>La delimitación de roles dentro del sistema familiar permitió, en el caso particular de R, que se pudiera desligar de responsabilidades y pudiera compartirlas con otros miembros de su familia, esto disminuyó no solo el malestar emocional que presentaba, sino también, promovió la interacción positiva al tener responsabilidades compartidas. Así mismo, esto permitió la disminución de inconformidades y discusiones logrando establecer una comunicación en algunos casos afectiva y en otras ocasiones relaciones cordiales.</p>

Es importante señalar que, en las dos sesiones de orientación ambos padres acudieron, no obstante, se observaba una mayor participación activa por parte de M. E., gradualmente se sensibilizó al padre de R en la importancia de su participación en el mejoramiento de la dinámica familiar y la convivencia con ellos.

Reactivación de actividades: el trabajo realizado con la finalidad de reactivar redes de apoyo social y actividades significativas para R consistió en el uso de habilidades de comunicación asertiva y la realización de planes de acción. Derivado de ello, en la tabla 17 se presentan de manera general los resultados obtenidos al implementar dichas habilidades.

Tabla 17

Habilidades empleadas desde la consejería breve para la reactivación de actividades y redes sociales

Habilidades	Resultados obtenidos
Comunicación asertiva	<p>Al implementar las estrategias enseñadas previamente (DEAR MAN) R pudo tener aproximaciones distintas con sus compañeros, éstas se caracterizaban por:</p> <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="985 510 2094 662">1. Disminución de juicios de valor, por ejemplo: “al principio creía que él era muy serio y malhumorado, cuando empecé a hablar con él me di cuenta de que tenemos cosas en común” (sic).<li data-bbox="985 678 2094 885">2. Comunicar de forma asertiva cuando se suscitaban situaciones escolares, sobre todo las concernientes a desorganización en trabajos en equipo, etc., de manera tal que comunicara lo que le molestaba sin ofender a otros y sin evitar las situaciones.<li data-bbox="985 901 2094 1109">3. Desarrollar mayor apertura a respetar opiniones de otros aun cuando éstas no fueran acordes a sus valores o creencias, aumentado la convivencia con otros compañeros con los cuales previo al proceso de atención no hablaba o no mantenía un contacto regular con ellos.
Plan de acciones	<p>El implementar planes de acción que respondieran a las preguntas qué, cómo, cuándo, dónde y con quién permitió que R pudiera concretar actividades que quería realizar no solo con su familia, sino también con amigos. De esta forma se observa que:</p>

Habilidades	Resultados obtenidos
	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="992 248 2094 518">1. R concretó planes que quería llevar a cabo con su familia evaluando de forma conjunta con la terapeuta la factibilidad de los mismos, por ejemplo: “tengo que ir al museo por parte de la escuela, pensé en ir el sábado pero mi papá regresa muy tarde, creo que lo mejor es hacerlo el domingo así mi mamá y mi papá pueden ir conmigo porque descansan del trabajo” (sic).<li data-bbox="992 518 2094 901">2. Se retomaron actividades que disfrutaba realizar de forma personal (en solitario), en las que antes se observaba una autoinvalidación respecto a la importancia y la funcionalidad para él. Se establecieron momentos y tiempos a dedicar, favoreciendo a que fuera más probable que los llevara a cabo, por ejemplo: “pensé que el mejor momento para dibujar es en la noche cuando ya no tengo cosas que hacer, eso también me ayuda a expresar lo que siento y a sentirme más tranquilo” (sic).<li data-bbox="992 901 2094 1189">3. Al finalizar la intervención se observó que R elaboraba planes para poder salir con sus amigos en fines de semana, no obstante, en ocasiones se observa que por cuestiones de falta de acuerdos con sus padres éstos no se podían llevar a cabo, por lo tanto esta es un área de oportunidad de mejora.

Al trabajar con el reforzamiento y mantenimiento de habilidades dirigidas a promover la interacción positiva con su familia y amigos se observó un cambio en la percepción que R tenía al respecto del apoyo que éstos le proporcionaban. Así mismo, se puede observar que hay una mayor validación de las actividades que realizaba al observar que éstas servían no solo para convivir con otros y distraerse, sino también para regular en algunas ocasiones emociones asociadas con la tristeza y el enojo.

Acompañamiento por parte del profesional de la salud: éste se convierte en una fuente formal de apoyo social para el consultante, por ello, durante el proceso de consejería breve fue importante realizar un acompañamiento y monitoreo en el proceso de cambio mediante el uso de habilidades clínicas que permitieron la apertura de R con la terapeuta y, a su vez, permitieron que existiera una mayor adherencia al proceso de atención psicológica.

En la tabla 18 se presentan algunas de las habilidades clínicas presentes en el proceso de consejería breve y la forma en que impactaron en él mismo.

Tabla 18

Habilidades clínicas utilizadas en el proceso de consejería breve y su impacto en él mismo

Habilidad clínica	Impacto que tuvo en el proceso de consejería breve
Habilidades de comunicación	Mostrarse cordial y respetuosa ante R y sus cuidadores favoreció al establecimiento de confianza, apertura a la comunicación y el planteamiento de sus dudas desde el primer contacto en atención de la salud. Usar un lenguaje sencillo, claro y conciso permitió que tanto R como sus padres tuvieran un mayor entendimiento de la importancia de iniciar un proceso de atención psicológica, así como también, del mantenerse constante en el proceso.
Fomento de la confidencialidad	Fomentar la confidencialidad desde el inicio del proceso de atención permitió que R tuviera disposición para comunicar sus emociones y las situaciones que generaban malestar emocional sin temor a que fuera juzgado o ser expuesto a otras personas.
Escucha activa	Mantenerse en escucha activa favoreció a que R desde el inicio del proceso de atención tuviera un lugar en el cual pudiera expresar sin interrupciones sus emociones y pensamientos que generaban malestar emocional dando lugar a que él mismo lograra identificar y entender su sentir derivado de situaciones en su vida cotidiana.

Habilidad clínica	Impacto que tuvo en el proceso de consejería breve
Empatía	<p>Escuchar activamente promovió que de forma conjunta se pudieran establecer posibles formas de solución a las situaciones acontecidas y que éstas respondieran a las necesidades que R comunicaba a lo largo de sus sesiones.</p> <p>Mostrar una actitud empática con R permitió que se sintiera comprendido al expresar las situaciones que acontecían en su vida, permitiendo que se desarrollara y, eventualmente, se fortaleciera una alianza terapéutica.</p> <p>Así mismo, esto permitió que R se mostrara con la disposición de implementar las estrategias que se planteaban de forma conjunta en la solución de problemas y no sentirse juzgado cuando se le hacían señalamientos o retroalimentaciones cuando ponía en práctica las habilidades proporcionadas.</p>
Validación y actitud respetuosa	<p>La validación favoreció a que R observara que las experiencias emocionales de las situaciones que experimentaba eran comprensibles, de esta forma, no se sentía juzgado y se mostraba con mayor flexibilidad para implementar las habilidades y realizar cambios disminuyendo el malestar emocional.</p> <p>Mostrar una actitud respetuosa tanto a R como a sus padres favoreció a que ellos no se sintieran juzgados y tuvieran una mayor apertura para comunicar las situaciones acontecidas, sus emociones y pensamientos, así como también dudas con respecto al proceso de atención psicológica y lo que éste implicaba.</p>

Al finalizar el proceso de consejería breve, R percibe tener un mayor apoyo por parte de las personas significativas dentro de su red social de apoyo disminuyéndose el malestar emocional que presentaba al inicio del proceso de atención psicológica, no obstante, es importante señalar que a nivel familiar R identifica que aunque hay mejoras importantes en la convivencia (disminución de peleas entre miembros de la familia) aún requieren de un trabajo importante en la escucha y la expresión de afecto entre ellos.

4. Analizar indicadores de adherencia al tratamiento a partir de conductas observables de los consultantes.

En relación al análisis de la adherencia terapéutica de R a su proceso de atención psicológica, se dividirá en dos secciones, la primera de ellas concierne al describir las estrategias de tratamiento propuestas por Nieto y Pelayo (2009), así como también por Hernández et al., (2009) dirigidas al consultante que incidieron en el apego y participación activa a lo largo de las sesiones y, la segunda sección dirigida al análisis de las conductas observadas en R que favorecieron al desarrollo de adherencia terapéutica al proceso de consejería breve.

De acuerdo a lo señalado anteriormente, en la siguiente tabla se presentan las estrategias de tratamiento dirigidas al consultante y el impacto que tuvieron en la adherencia a la consejería breve.

Tabla 19

Estrategias implementadas dirigidas al consultante y su impacto en la adherencia a la consejería breve

Estrategias dirigidas al consultante	Impacto en la adherencia a la consejería breve
Promover que el consultante forme parte de un programa de atención	<p>El favorecer el conocimiento de la impresión terapéutica y los resultados de las evaluaciones permitieron que R tuviera un mayor entendimiento de su situación actual, promovió a la motivación para ejercer cambios y resaltó la importancia de darle continuidad a su solicitud de atención en favor de su bienestar.</p> <p>Igualmente, el tener conocimiento del plan de tratamiento a seguir, es decir, la modalidad, características y duración, disminuyó la incertidumbre y los juicios de valor en torno a la atención a su salud mental que en un principio se presentaron, favoreciendo al desarrollo de la adherencia al tratamiento.</p>
Definir objetivos de tratamiento y problemas a solucionar de forma conjunta	<p>El tratar de identificar de forma conjunta aquellas situaciones que representaban un problema para R permitió que el consultante tuviera mayor claridad y entendimiento al respecto del porqué estos representaban dificultades en su vida cotidiana dando lugar a que planteara, en un inicio, objetivos específicos dirigidos a ejercer cambios en</p>

Estrategias dirigidas al consultante	Impacto en la adherencia a la consejería breve
	<p>su comportamiento y, posteriormente, a tratar de plantear alternativas de solución durante el proceso de consejería breve.</p> <p>De la misma forma, el plantear objetivos de forma conjunta favoreció a que se determinara la viabilidad de cada uno de ellos y, en caso de ser necesario realizar modificaciones consensuadas.</p>
<p>Identificación de factores de riesgo asociados al incumplimiento</p>	<p>La evaluación de factores de riesgo que podían influir en la deserción del tratamiento permitió identificar que existían juicios de valor en torno a la salud mental y la atención a la misma lo que generaba resistencias por parte de R, ante dicha situación se trabajó en sensibilizar en la importancia de la salud mental y de los beneficios de acudir a las sesiones de consejería breve.</p> <p>Por otro lado, derivado de esta evaluación se determinó que un factor de riesgo importante era la situación económica razón por la cual se realizó un ajuste de cuota en el pago por sesión, con la consigna de no faltar a sus sesiones semanales o bien, de realizar las cancelaciones de sesiones de acuerdo a lo establecido por el centro comunitario.</p>

La ejecución de estas estrategias favoreció a que R se percibiera como un agente activo en su propio proceso de cambio lo que permitió que, no solo se mantuviera constante en la asistencia sino también en la implementación de habilidades dentro y fuera del espacio de consejería breve.

Al respecto de la segunda sección dirigida al análisis de las conductas observadas en R que favorecieron al desarrollo de adherencia terapéutica al proceso de consejería breve. A continuación se describen dichas conductas observadas durante el proceso de atención psicológica.

Asistencia a citas programadas: como parte de la continuidad al tratamiento con el cual el consultante se comprometió, se tomó como un rubro fundamental su asistencia a las citas programadas semanalmente. De acuerdo a ello, en la tabla 20 se puede observar el número de asistencias desde el proceso de admisión hasta el seguimiento realizado posterior a la culminación del proceso.

Tabla 20.

Asistencia del consultante R a las sesiones programadas.

Entrevistas	Evaluación	Intervención	Faltas	Cancelaciones	Seguimiento
2	1	9	1	2	1

Esta tabla, de forma general resalta la asistencia de R en los diferentes momentos del proceso de consejería breve, en este sentido se observa que desde el primer contacto y la sesión concerniente a la evaluación, el consultante se mantuvo constante lo cual favoreció al desarrollo y establecimiento de la alianza terapéutica.

Así mismo, se llevaron a cabo nueve sesiones de intervención y, durante las mismas, se realizaron dos cancelaciones por parte del consultante y sus papás debido a dificultades para acompañar a R a sus sesión por cuestiones de trabajo; es importante señalar que, éstas se realizaron un día antes de sus citas siguiendo los lineamientos que el centro de atención indicaba. Finalmente, se presentó una inasistencia, al realizar el rescate se informó que había sido por situaciones escolares, razón por la cual no realizaron la cancelación previa.

Participación activa de R durante el proceso de consejería breve: en este sentido se consideró no solamente la asistencia constante de R a sus sesiones, sino también la participación en las mismas, es decir, la expresión de situaciones surgidas a lo largo de su semana, así como también aquellas situaciones que le generaban malestar emocional. Así mismo, la participación que mostraba al realizar las actividades dentro y fuera de sus sesiones y, finalmente, uso de habilidades aprendidas dentro de la sesión.

En la siguiente tabla se describe de forma general la participación de R en los aspectos señalados anteriormente a lo largo del proceso de atención psicológica.

Tabla 21

Participación de R durante las sesiones de consejería breve

Aspecto a considerar	Participación de R
Expresión de situaciones surgidas en su cotidianidad o que generan malestar emocional	Establecida la alianza terapéutica el consultante mostró una mayor apertura a comunicar las situaciones que ocurrían en su vida cotidiana. Al principio del proceso de consejería breve se le observaba reservado en algunos temas, sobre todo en los relacionados con su familia y el ambiente escolar, no obstante, posterior a las dos sesiones de intervención de forma voluntaria hablaba no solo de temas que generaban malestar emocional, sino también, de situaciones significativas en su vida cotidiana (hacer nuevos amigos, aumentar calificaciones, convivir más con su familia).
Realización de actividades dentro y fuera de sus sesiones	Durante las sesiones se observa que R se mostraba activo, la mayor parte de ellas se mantuvo en escucha activa y expresando sus dudas y cuestionamientos en torno a las habilidades que se le enseñaban, sobre todo las concernientes a la comunicación asertiva y negociación. No obstante, en la realización de actividades en lápiz y papel (escribir cartas o reportar dificultades con las habilidades) fuera de la sesión se observaron complicaciones para realizarlas o bien para llevar evidencia de las mismas.

Aspecto a considerar	Participación de R
Uso de habilidades aprendidas	De acuerdo a lo reportado por R y sus padres, durante y posterior al proceso de consejería breve el consultante hacía uso de las habilidades aprendidas dentro del espacio terapéutico lo que facilitaba el cumplimiento de los objetivos establecidos al iniciar la consejería breve, esto favoreció al incremento de su percepción de autoeficacia en los diferentes contextos en los cuales se desarrolla y a las interacciones positivas a nivel familiar, escolar y social. Sin embargo, se realizó un trabajo constante en torno a sensibilizar en la importancia y beneficios de implementar dichas habilidades en su vida cotidiana para que éstas fueran efectivas y hubiera mayor adherencia en la puesta en práctica de ellas.
Asistencia a seguimiento	R asistió a su sesión de seguimiento posterior a dos meses de concluir el proceso de consejería breve, en dicho seguimiento, al igual que en sus sesiones se mostró con apertura a comentar situaciones surgidas en su vida cotidiana y las dificultades con las que se había encontrado. De igual manera, se observó que el uso de habilidades concernientes al reconocimiento y regulación de emociones, comunicación asertiva y solución de problemas se mantuvo de forma constante.

En resumen, se puede observar que R se mantuvo constante en su proceso de atención psicológica, igualmente, se mostraba abierto a escuchar y a recibir retroalimentación de acuerdo a lo observado por la terapeuta. De igual forma, resulta importante señalar que, el trabajo de sensibilización antes, durante y posterior al tratamiento, tanto con el consultante como con sus padres fue fundamental para el desarrollo de la adherencia al tratamiento.

Resultados obtenidos en el “Cuestionario de satisfacción”: este formato se proporciona a los consultantes al finalizar su proceso de atención psicológica, el objetivo de dicho cuestionario radica en conocer la satisfacción general con la atención que se le proporcionó (ver anexo 5). Siguiendo esta línea, a continuación se describe el nivel de satisfacción reportado por R al finalizar el proceso de consejería breve.

1. Al respecto de la atención que se le proporcionó

El consultante reporta sentirse satisfecho con el servicio que se le proporcionó en el centro de atención, haciendo referencia al trato amable y la atención profesional que se le brindó, así como, con el cuidado y protección a sus datos personales y de su familia mediante la implementación del consentimiento informado.

2. En relación al tipo de tratamiento proporcionado

R señala sentirse satisfecho con el proceso de consejería breve que se le proporcionó en el centro de atención, refiriéndose a que se tomaran en cuenta sus necesidades de atención al realizar el plan de intervención, que se proporcionara una explicación del mismo y las posibles estrategias a seguir.

3. Al respecto de la motivación para realizar cambios

El consultante refiere sentirse muy satisfecho con aprender cómo alcanzar metas en los diferentes aspectos de su vida: personal, familiar, emocional, escolar y social, así como también en la motivación para realizar y mantener los cambios logrados. Por otro lado, refiere sentirse satisfecho con el hecho de haber aprendido a identificar y reconocer situaciones que agravan las problemáticas presentadas en su vida cotidiana, así como también, con elaborar y aplicar planes de acción o habilidades adecuados para realizar cambios en su vida.

4. En relación a recomendar el servicio a otras personas

Finalmente, al respecto de recomendar el servicio de atención psicológica proporcionado se indica que éste sería un servicio que recomendaría a otras personas que así lo necesitaran; del mismo modo, señala que en caso de requerir nuevamente atención de tipo psicológica acudiría nuevamente al centro de atención psicológica comunitaria.

Discusión y conclusiones

Derivado de la revisión teórica, así como, de la evaluación previa y posterior al proceso de atención psicológica y el análisis del caso, se llegó a las siguientes reflexiones y conclusiones:

En primer lugar, es importante señalar que, tal como la literatura reporta el fenómeno de la adherencia terapéutica a los tratamientos psicológicos es de complejo entendimiento, debido a que éste puede ser determinado e influido por factores internos y externos a la persona (Pereira, Acosta, & Hernández, 2009). En el caso particular de R, los factores internos que influyeron en la adherencia al proceso de consejería breve, estaban relacionados con las creencias que él tenía al respecto de su propia situación, de la percepción de los recursos personales con los cuales contaba para afrontar y adaptarse a las situaciones, igualmente, los asociados a la motivación que tenía para ejercer y mantener cambios en favor de su bienestar. En relación a los factores externos que influyeron en el apego al tratamiento, se encontró como principal elemento, la percepción de apoyo social que R tenía tanto de fuentes informales (familia y amigos) y de fuentes formales (escuela y centro comunitario) y el tipo de ayuda que éstos le podían proveer.

Al respecto de la variable autoeficacia, los resultados muestran que, a pesar de que previo al proceso de consejería breve R percibía que el realizar determinadas conductas en distintas áreas de su vida (familiar, escolar y con amigos) lo conducirían a obtener los resultados deseados, se identificó que, estas percepciones no siempre eran suficientes para lograr cambios significativos en su vida o bien en el cumplimiento de objetivos a corto y mediano plazo, pues se observa que, no en todos los contextos se percibía con las habilidades y recursos personales necesarios para ejecutar con éxito acciones concretas para obtener un resultado planteado previamente. Esto concuerda con lo señalado por López-Torrecillas et al., (2002) quienes señalan que, aunque una persona crea que ciertas acciones la llevarán a ciertos resultados, la acción se inhibirá si éste piensa que no tiene o carece de las habilidades para su ejecución.

Dadas estas características, el proceso de consejería breve se centró en la implementación de estrategias particulares que permitieran el desarrollo y mantenimiento de las percepciones de autoeficacia, mismas que se apegan a las

estrategias que se sugieren seguir para el fortalecimiento de la adherencia a los tratamientos de cualquier índole. De esta forma, se observó que éstas tuvieron un impacto positivo en la adherencia que R presentó al proceso de consejería breve.

En este sentido, el implementar estrategias que se dirigían a fortalecer el área de logros de ejecución favoreció a que R pudiera tener un mayor involucramiento en el proceso de atención psicológica desde una postura activa, principalmente porque se facilitó el que expresara abiertamente las áreas en las cuales deseaba implementar cambios y, que de acuerdo a ello, de manera conjunta (entre el terapeuta y el consultante) se plantearan metas específicas a trabajar permitiendo la generación de un compromiso con su propio proceso de cambio, siendo éste un sustento de lo que la OMS (2004) y Nieto y Pelayo (2009) indican como elementos que influyen en la adherencia a los tratamientos en el área de la salud mental al lograr que los consultantes tengan una mayor observación y control sobre su proceso de atención.

Así mismo, se observó que el fortalecimiento en el área de logros de ejecución se alcanzó mediante la implementación de planes de acción, el monitoreo de progresos y el reforzamiento de los mismos dado que, éstos le permitieron al consultante adquirir habilidades e implementarlas, de igual manera, auxiliaron en el aprendizaje y desarrollo de nuevas formas de ejecución de acciones para el cumplimiento de sus objetivos, favoreciéndose así el dominio de conductas tal como lo señala Maddux (1995). En el caso de R, se puede visualizar el dominio gradual de estrategias que le permitían regular sus emociones, solucionar problemáticas en su vida cotidiana y comunicarse asertivamente con las personas significativas.

Ahora bien, los elementos que se perciben como fundamentales en el mantenimiento de las creencias de autoeficacia y que fungieron como aspectos que influyeron en la adherencia al tratamiento para este caso, son los concernientes al uso de las experiencias vicarias, tanto de la visualización proveniente del medio externo, es decir, la observación de conductas de los miembros de la familia, de amigos y compañeros, así como también del uso de modelamiento. En este sentido, ambas vías impactaron en el aumento de la motivación a realizar acciones de cambio en favor de su bienestar pues, R percibía similitudes con otros en cuanto a sus capacidades y habilidades lo cual lo incentivaba a continuar con sus planes de acción.

Así mismo, mediante el uso del modelamiento se favoreció a monitorear y solucionar las situaciones que representaron una barrera o dificultad en el tratamiento (Hernández, 2009), principalmente las relacionadas con el entendimiento y aplicación de algunas habilidades por ejemplo, la comunicación asertiva.

Aunado a lo anterior y con respecto a la implementación de la persuasión verbal durante la consejería breve, resulta fundamental indicar que esta fue una estrategia que facilitó que el consultante pudiera visualizar los objetivos logrados, así como también las áreas de oportunidad de mejora mediante los comentarios y señalamientos que otras personas realizaban durante y posterior a la intervención psicológica, encontrándose así similitudes con lo que autores como López-Torrecillas et al., (2002) reportan, mencionando que, el fortalecimiento de las creencias de autoeficacia se ve favorecido cuando personas cercanas a su contexto (padres, amigos, profesores, terapeutas, etc.) emiten apreciaciones al respecto de los cambios y logros alcanzados. En el caso de R, se observó que para que estos comentarios reforzaran las creencias en sus habilidades y el mantenimiento de cambios fue necesario contrastar formas de actuar previas y posteriores a la enseñanza de una habilidad y los beneficios de continuar aplicándolo, así como también, el asociar estos mensajes con emociones y sentimientos positivos lo cual aumento la motivación de R para adoptar conductas en favor de su bienestar.

El último elemento relacionado con el desarrollo y fortalecimiento de la autoeficacia es el concerniente a la regulación de estados fisiológicos que, en el caso particular de R, fungió como un eje rector del tratamiento brindado debido a que el malestar que reportaba en las entrevistas de admisión y en la sesión de evaluación estaba asociado con la dificultad para regular sus emociones específicamente con el enojo, el miedo y la tristeza y que, en gran medida, estos influían en la generación de pensamientos de fracaso o bien, de incompetencia para resolver situaciones en su vida cotidiana (Maddux, 1995). De esta manera, se observó que parte de las estrategias que ayudaron a que se desarrollara un mayor manejo de las emociones fueron las concernientes a las prácticas de atención plena, la respiración diafragmática y, de forma complementaria, el uso de estrategias de distracción.

Un aspecto importante a señalar, es el hecho de que mediante la regulación de los estados fisiológicos se logró obtener la disminución de conductas agresivas o

bien, evitativas que de igual forma incrementaban el malestar emocional en el consultante, de esta forma, se observa que, posterior a la intervención la forma en que R trataba de afrontar los problemas acontecidos en su vida cotidiana era mediante la consideración de alternativas que no solo le permitieran solucionar problemáticas, sino también, el reducir los estados emocionales negativos asociados a ellos.

De manera general, al observar los resultados de la Escala de autoeficacia posteriores a la culminación del proceso de consejería breve, se puede notar que hay un aumento, mantenimiento y disminución en las percepciones de autoeficacia del consultante en distintas dimensiones. En aspectos tales como la persistencia en el alcance de metas y manejo de dificultades se observó un incremento en la percepción de eficacia personal, el aumento en estas dimensiones pudo deberse a que durante el proceso de atención psicológica se trabajó con el planteamiento de objetivos, planes de acción específicos, monitoreo de progresos y alternativas de solución de problemas que reforzaron las creencias en sus capacidades y recursos para afrontar las situaciones y mantenerse constante en la conclusión de objetivos.

Para el caso de las dimensiones concernientes a la obtención de logros, la capacidad resolutive y visualización de cualidades y recursos personales, se identifica el mantenimiento de las percepciones de autoeficacia del consultante, principalmente porque antes, durante y posterior al proceso de consejería breve, R utilizaba no solo las nuevas estrategias y habilidades aprendidas dentro de su espacio terapéutico, sino también, utilizaba aquellas habilidades con las que él ya contaba y le ayudaban a afrontar situaciones cotidianas, por lo cual, la implementación de éstas se mantuvo constante. Finalmente, se distingue una disminución en la percepción de eficacia personal en lo relacionado al manejo de eventos estresantes, esto pudo deberse a que se trabajó con la modificación de la forma en la que R tendía a solucionar las situaciones imprevistas, disminuyendo los comportamientos impulsivos o de evitación razón por la cual, probablemente, el consultante se sentía vulnerable ante el surgimiento de este tipo de eventos al no poder darles una solución inmediata.

En cuanto a la variable de apoyo social, el instrumento utilizado mostró resultados en los cuales se observa que antes de iniciar el proceso de atención R percibía que algunas veces podía llegar a contar con apoyo de sus padres y familia

en general, no obstante, éste no era en todas las situaciones ni bajo todos los contextos indicando recibir apoyo de tipo informativo e instrumental, pero pocas veces el apoyo referente a cuestiones de tipo emocional y de interacción positiva; ligado a esto se observa que el apoyo que tiene un mayor peso para el consultante es el proveniente del círculo de amigos probablemente porque éste estaba asociado a la escucha y a las muestras de afecto que no percibía en el núcleo familiar.

De acuerdo a dichos resultados, durante la consejería breve se trató de identificar la estructura principal en las redes de apoyo de R, dicha identificación fungió como elemento primordial durante el proceso pues, derivado de ello, no solamente se observó el número de personas que conformaba a la red social, sino también la disponibilidad y el tipo de ayuda que le proporcionaban. En este sentido, vale la pena señalar que, mediante este análisis fue posible reconocer que la mayor parte del tiempo se mostraba un apoyo social recibido por parte de la familia, lo que quiere decir que éste solo se presentaba cuando un acontecimiento sucedía (Norris & Kaniasty, 1996) por ejemplo, cuando la escuela solicitaba hablar con un tutor por aspectos relacionados con la conducta de R, razón por la cual, el consultante señalaba no siempre sentirse escuchado o acompañado por sus padres. En el caso particular de sus amigos, se puede notar con mayor frecuencia al apoyo social recibido, es decir, aquel que está presente en todo momento y cuando sea necesario, más allá de situaciones que generan estrés en R (Norris & Kaniasty, 1996) razones por las cuales percibía más muestras de afecto, de escucha y comprensión aún en situaciones cotidianas.

Dado este panorama se trabajó con dos vías que desarrollaban y fortalecían el apoyo social y que, a su vez, se vinculaban con las estrategias de fortalecimiento de la adherencia al tratamiento psicológico, éstas fueron: mejora de la comunicación e interacción en el núcleo familiar y de amigos y, el involucramiento de los padres en el proceso de atención de su hijo.

En el caso del trabajo orientado a mejorar la comunicación e interacción en el núcleo familiar se observó una mejoría, principalmente porque R hacía uso de habilidades que le permitían expresar de formas adecuadas sus emociones, pensamientos y necesidades, en la medida en que esto se desarrolló, se distinguió un cambio en el sistema familiar, reflejado en la disminución de los conflictos con los

padres y con los hermanos, pero también en la convivencia dada entre ellos. De esta forma, se puede decir que, el comunicar las emociones y los pensamientos disminuyó la sensación de soledad en R al expresar abiertamente el querer convivir y salir a otros lugares con ellos, igualmente, esto favoreció a que tuviera una mayor apertura a los comentarios, la retroalimentación y las sugerencias en torno a la modificación de sus creencias y comportamientos ante eventos en su vida cotidiana y, finalmente, esto permitió que sintiera mayor validación por parte de sus padres al disminuirse las comparaciones con sus hermanos, al sentirse escuchado y no juzgado, al percibir un interés genuino cuando sus padres preguntaban cómo estaba y cómo se sentía (Shumaker & Brownell, 1984). Algo que es importante a señalar es que R, antes, durante y posterior al proceso contaba con una importante fuente de apoyo, el de su hermana menor, S, quien lo escuchaba, lo animaba y compartía gustos e intereses por lo cual la interacción entre ellos era positiva y, esta relación entre hermanos era considerada como un importante factor protector para R.

Ligado a lo mencionado anteriormente, se identifica que en el ámbito social durante y posterior al proceso de consejería breve, R trata de formar vínculos sociales saludables con sus pares, en los que se aprecia que buscaba contar con amigos y compañeros que dieran un soporte emocional ante eventos estresantes (familiares o escolares) y que, además, fungieran como apoyo en la solución de problemas cuando no percibía contar con habilidades resolutivas, así mismo buscaba que le proporcionaran información o consejos de acuerdo a sus experiencias o bien, que lo alentaran a buscar ayuda en otro lado (Fernández, 2005). En este sentido, se observó que R se alejó de personas que en su momento lo alentaron a cortarse en las manos como una forma de liberar las emociones negativas al distinguir que ésta no era una forma en la que él quería liberar su malestar y que no era acorde a su sistema de creencias y valores, además de identificar que éstos en muchas ocasiones lo juzgaban y pocas veces lo escuchaban.

Ahora bien, una segunda línea trabajada durante el proceso de atención psicológica de R y, que responde al fortalecimiento de la adherencia al proceso de consejería breve, fue el involucramiento de sus padres en el tratamiento que recibía, en este sentido y tal como lo menciona la OPS (2017) fue fundamental identificar a los familiares que podían prestar ayuda y acompañamiento a R durante su proceso de atención, es así que, resulta importante señalar que ambos padres, A y M. E.,

desde el proceso de admisión al centro comunitario mostraron disposición y apertura para participar de forma activa en todos los procesos requeridos para la atención a su hijo, de igual forma, asistiendo ambos a las sesiones de orientación a padres.

Cabe resaltar que, aunque ambos padres asistían a las sesiones de orientación, la madre (M.E.) se mostraba con mayor apertura a expresar sus dudas, inquietudes y emociones derivadas de la dinámica familiar, en contraste se observa que el padre (A) mostraba resistencias a expresar sus emociones, en ocasiones invalidaba la forma de solucionar de M.E respecto de las problemáticas con sus hijos y a veces se percibía como desligado de el establecimiento de normas, reglas y límites con los hijos, lo que sin duda afectaba al intercambio mutuo limitando a que como pareja tuvieran el mismo involucramiento en el establecimiento de las obligaciones y los derechos en el grupo familiar (Lila & Gracia, 1996).

Derivado de ello, el primer punto a trabajar con los padres durante las sesiones de orientación se dirigió principalmente a psicoeducar en torno a lo que es la etapa de adolescencia y las posibles conductas de riesgo que pueden presentarse en ésta, haciendo especial énfasis en la importancia de identificarlas de forma oportuna, esto favoreció en gran medida a disminuir la angustia derivada del hecho de que R presentara autolesiones, pero también, permitió que el malestar emocional asociado al estrés y los sentimientos de culpa disminuyeran en ellos como padres de familia (OPS, 2017).

Así mismo, se les proporcionaron habilidades que les permitieran empatizar con los sentimientos de sus hijos y comunicar de igual manera la forma en que ellos pensaban y se sentían al respecto de la interacción que tenían como familia, para posteriormente reforzar y desarrollar estrategias que les permitieran comunicarse con sus hijos de forma efectiva, desde el respeto, la validación y la claridad de lo que esperaban, pero también, desde el establecimiento de límites, la redefinición de los roles de cada miembro de la familia y la sustitución del castigo como una forma de corregir comportamientos en sus hijos.

Al realizar esto, se pudo distinguir que hubo una mayor aproximación desde el afecto entre la madre, M. E y el consultante, R, disminuyendo en gran medida la frecuencia e intensidad de las peleas que tenían previo a la solicitud de atención psicológica, pero también se mejoró la comunicación a nivel familiar entre la madre y

sus otros hijos, A y S. No obstante, se observó que en el caso del padre, A, por cuestiones de personalidad y de factores externos a él (trabajo) la frecuencia en la convivencia con sus hijos no cambio, sin embargo, se observó que trataba de realizar acciones que gradualmente lo acercaran afectivamente a sus hijos (por ejemplo, preguntar cómo estaban, involucrarse en la revisión de tareas escolares y en el caso de R jugar fútbol en sus días de descanso).

Finalmente, resulta fundamental indicar el rol de las fuentes formales de apoyo en la detección oportuna de las conductas de riesgo en los adolescentes, en el caso presentado en este trabajo se pudo observar que los encargados de trabajo social identificaron situaciones asociadas a las autolesiones, como primer contacto en la atención a este caso se encargaron de hacerle ver a R las consecuencias negativas de dicha conducta y de referirlo oportunamente a un espacio que le pudiera proporcionar la atención adecuada. Respecto a la atención psicológica recibida en el centro de atención comunitario, se pudo distinguir que tal como la teoría señala, los elementos que favorecieron al apego al tratamiento fueron el proporcionar al consultante un espacio de seguridad y confianza, la no emisión de juicios de valor por parte del terapeuta y sobre todo la colaboración mutua en el proceso, así como el involucramiento de otros significativos, lográndose así, la reconstrucción de las relaciones entre el consultante con las fuentes naturales de apoyo en el ambiente en el que está inmerso, es decir, familia, amigos y comunidad (Estrada, Rodríguez, & Herrero 2013).

Al tomar en cuenta la información y los datos obtenidos se pueden llegar a las siguientes conclusiones:

En primer lugar es importante señalar que, de acuerdo a lo observado en este caso se pudo constatar al fenómeno de adherencia terapéutica como un proceso que está influido por factores internos y externos a la persona, estos factores sin lugar a duda, determinaron el apego al tratamiento por parte del consultante en tres vías: la primera de ellas al lograr que él asistiera de forma constante a las sesiones de consejería breve; en un segundo lugar a que existiera un compromiso por ambas partes, es decir, no solo el compromiso mostrado por el consultante al tratamiento, sino también el mostrado por la terapeuta en el acompañamiento durante el proceso

y; finalmente, en el mantenimiento de cambios una vez culminado el proceso de atención.

De igual forma, mediante la intervención se buscó identificar cómo influye la autoeficacia y el apoyo social en la adherencia a los tratamientos psicológicos, en particular en la consejería breve. De esta manera, definitivamente es fundamental indicar que las creencias de autoeficacia, tal como lo menciona Roca (2002) son un elemento que se debe crear, desarrollar y fortalecer en los tratamientos psicológicos independientemente de la modalidad y la duración de los mismos, siendo así que, mediante el análisis de este caso se puede contribuir con dicha afirmación al concluirse que, si no se desarrollan las creencias de autoeficacia en las que el individuo considera que cuenta con las habilidades y recursos personales que le permitan afrontar las situaciones acontecidas en su vida cotidiana difícilmente podrá mantenerse persistente y motivado para alcanzar los objetivos que se proponga a corto, mediano y largo plazo. En este caso se confirmó que, en la medida en que la autoeficacia se fortalecía el consultante se percibía con la capacidad de cumplir con sus objetivos y las recomendaciones proporcionadas en sus sesiones, observándose así una adopción de conductas saludables.

Así mismo, a partir del presente estudio se reafirmó la importancia de incorporar estrategias dirigidas al fortalecimiento del apoyo social como la OPS (2017) lo señala, pues éstas permiten que los consultantes puedan identificar la red social con la que cuentan, aprendan y refuercen formas de comunicación con los miembros de ella a fin de hacer uso de estos recursos ante situaciones que representen una dificultad para ellos, disminuyendo la carga emocional y logrando un involucramiento activo que motive y favorezca al apego a los tratamientos de atención psicológica que se les proporcionen.

Finalmente considero importante señalar que el caso aquí presentado es un ejemplo de éxito en la implementación de la consejería breve a un primer nivel de atención en el ámbito comunitario con muestra clínica, por lo cual resulta indispensable que el profesional de la salud mental considere a esta modalidad como una opción de intervención para aquellos casos en los cuales no se observe un nivel de riesgo elevado para el desarrollo de conductas de riesgo o de trastornos mentales que requieran de intervenciones focalizadas en el segundo o tercer nivel de atención.

Limitaciones y sugerencias

Una de las principales limitaciones encontradas en este estudio fue la falta de actualización en los instrumentos aplicados, sobre todo en el utilizado para evaluar la variable de autoeficacia, el cual tiene muchos años de haber sido desarrollado, representando una dificultad en el aspecto de medición del fenómeno si se toman en consideración las nuevas investigaciones en torno a él y los elementos que lo componen.

De esta forma, se sugiere que se elaboren instrumentos en los cuales se integre la medición de los siguientes aspectos: logros de ejecución, experiencias vicarias, persuasión verbal y estados fisiológicos, a fin de obtener una mayor comprensión acerca de los mecanismos mediante los cuales la persona solicitante de atención psicológica desarrolla las creencias de autoeficacia y cómo éstos pueden influir en la adquisición de comportamientos saludables a lo largo del tratamiento. Aunado a lo anterior, se recomienda que se sensibilice a los estudiantes en torno a la implementación de instrumentos actualizados y la importancia de que éstos estén validados en la población mexicana.

De la misma manera, una limitante importante a considerar es el hecho de que los resultados presentados en este estudio no se pueden generalizar a la población mexicana y en específico, a la población adolescente al ser un estudio de caso único, ya que, aunque ciertamente se realizó un análisis detallado de los resultados obtenidos, éstos probablemente no expliquen lo que pasa con otros adolescentes en otros contextos. Ante dicha situación, se sugiere que en futuras investigaciones se puedan comparar un mayor número de casos clínicos con características afines con el propósito de determinar si las variables aquí estudiadas influyen de forma positiva en la adherencia a los tratamientos psicológicos.

Ligado a lo anteriormente señalado, se recomienda que para futuras líneas de investigación se realicen comparaciones de casos de éxito (casos que culminaron los procesos de atención psicológica) con casos de no éxito (casos de personas que abandonaron los procesos de atención psicológica) a fin de recabar no solo aquellos elementos que favorecieron a la adherencia de los consultantes a sus tratamientos, sino también, los aspectos que pudieron influir en el abandono de los mismos.

Por otro lado, se observó que el número de sesiones de orientación con los padres fue limitado para la enseñanza y el reforzamiento de habilidades, sobre todo las asociadas con la comunicación y el establecimiento de límites, por ello se propone que se implementen un mayor número de sesiones de orientación dependiendo de las posibles dificultades que se presenten a nivel familiar y, de ser posible, que en ellas exista la participación de ambos padres.

Finalmente, un aspecto relevante a considerar es la formación que tenemos como psicólogos, en este sentido es importante decir que constantemente debemos hacer una evaluación crítica al respecto de nuestras competencias y actitudes como profesionales de la salud, con la finalidad de recibir la supervisión requerida pero también, de recibir entrenamientos que nos permitan desarrollarnos de forma adecuada en el ejercicio de nuestra profesión.

Referencias:

- Aguirre, A. M., Caro, C., Fernández, S., & Silvero, M. (2015). *Familia, escuela y sociedad. Manual para maestros*. España: UNIR Editorial.
- Alcázar, O. R. J. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental*, 30(5), 55-62. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/582/58230509.pdf>
- Alonso, F. A., Menéndez, R. M., & González, C. L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cuadernos de atención primaria*, 19(2), 118-123.
- Aranda, B. C. & Pando, M. M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista IIPSI*, 16(1), 233-245.
- Becoña, I. E. & Córtes, T. M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas es psicología clínica en formación*. Valencia: Socidroalcohol.
- Bellak, M.D. L., & Small, S. D. L. (1980). *Psicoterapia breve y de emergencia*. (2ª ed.) México: Editorial Pax México.
- Calderón, N. G. (1973). Programa de Salud Mental Comunitaria en México. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*: 430-438.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. (2006). Manual sobre Consejería en VIH/SIDA e ITS. México: Secretaria de Salud. Recuperado de <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/CENSIDA/manualconsejeria.pdf>
- Corzo, C., & Teresa, C. (2006). Las creencias de autoeficacia: un aporte para la formación del docente de inglés. *Acción pedagógica*, 15(1), 44-54. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2968869.pdf>
- Del Rosal, S. I. (2016). *Inteligencia emocional, autoestima y autoeficacia en estudiantes universitarios: estudio comparativo entre el grado de maestros en educación primaria y los grados en ciencias*. Tesis de Maestría. Universidad de Extremadura.

- Estrada, P. C., Rodríguez, D. F. J., & Herrero, O. J. (2013). Rol del apoyo social en la reincorporación de penados: un estudio del Sistema Postpenitenciario de Jalisco, México. *Universitas Psychologica*, 13(3), 15-28. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64733438003>
- Fernández, S. I., Morales, D. J. F., & Molero, A. F. (2011). *Psicología de la Intervención Comunitaria*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Fernández, P. R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Perifèria*, 3(2), 1-16. Recuperado de <https://revistes.uab.cat/periferia/article/view/149/166>
- García, P. A. M., Leiva, F. F., Martos, F., & García-Ruiz, A. (2000). ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *SEMERGEN-Medicina Familiar*, 1(1), 13-19. Recuperado de <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/numero%201/013-19.pdf>
- García, H., & Madrigal, R. (1999). Redes sociales y vejez: apoyos formales e informales en el área metropolitana de Monterrey. *Papeles de Población*, 5(19), 217-242. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11201912>
- Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M., & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista Médica de Chile*, 136(2), 169-178. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/128295>
- González, R. M. T., & Landero, H. R. (2014). Propiedades psicométricas de la escala de apoyo social familiar y de amigos (AFA-R) en una Muestra de Estudiantes. *Acta de investigación psicológica*, 4(2), 1464-1480. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322014000200002&lng=es&tlng=es
- González-Castro, P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia a al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Revista Waxapa*, 2(5), 102-107. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=32923>
- Gracia, E. & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista*

Latinoamericana de Psicología, 38(2), 327-342. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n2/v38n2a07.pdf>

Hernández, J. L. F. (2009). Adherencia terapéutica. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 9(1), 1-132.

Hernandez, R. E., Acosta, A. F. J., & Hernández, F. J. L. (2009). Estrategias de intervención para mejorar la adherencia. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 9(1), 95-105.

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, T. C. P. (2008). Metodología de la Investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Editorial Mc Graw Hill Education.

Herrera, S. I. M, Medina, A. S., Fernández, C. T., Rueda, M. S., & Cantero, S. F. J. (2013). Bases para el desarrollo de la autoeficacia en programas para la promoción de la actividad física. *Apuntes de psicología*, 31(1), 109-116.

Herrero, O. J. (2004). Cap. 7 Redes sociales y apoyo social. En *Introducción a la psicología comunitaria*, 195-230. Barcelona: UOC.

Hombrados, M. M. I. (2013). *Manual de psicología comunitaria*. Madrid: Editorial Síntesis.

Jacobson, D. E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of Health and Social Behavior*, 27(3), 250-264.

Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 11-14. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

Krebs, M., González, L. M., Rivera, A., Herrera, P., & Melis, F. (2012). Adherencia a Psicoterapia en pacientes con trastornos de ansiedad. *Psykhe (Santiago)*, 21(2), 133-147. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282012000200011&lng=es&tlng=es.

Leach, J. (2015). *Improving mental health through social support: building positive and empowering relationships*. Reino Unido: Jessyca Kingsley Publishers.

- León, J. M. R., Medina, S. A., Barriga, S. J., Ballesteros, A. R., & Herrera, I. M. S. (2004). *Psicología de la Salud y de la vida cotidiana*. Barcelona: Editorial UOC.
- Lila, M. M., & Gracia, F. E. (1996). La integración de los sistemas formales e informales de apoyo social. *Información Psicológica*, *58*, 28-34.
- Lichtenberg, J. W. (1999). Archival Description of Counseling Psychology. The Counseling Psychologist. *American Psychological Association* *27*(4), 589–592. <https://doi.org/10.1177/0011000099274006>
- López-Torrecillas, F., Salvador, M., Verdejo, A., & Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicología clínica legal y forense*, *2*(1), 33-51. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2518067>
- Llitrá, I. V. E. (2002). El apoyo informal en la planificación de los servicios sociales. *Intervención Psicosocial*, *11*(1), 71-89. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/77064.pdf>
- Maddux, J., E. (1995). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment. Theory, research, and application*. Estados Unidos: Springer.
- Maero, F. & José, Q. P. (2016). *Tratamiento breve de activación conductual para depresión. Protocolo y guía clínica*. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Martín, A. L., Grau, A. J. A., & Espinosa, B. A. D. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, *40*(2), 222-235. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200007&lng=es&tlng=es.
- Martín, A. L. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, *32*(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es&tlng=es.
- Martín, A. L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, *30*(4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es&tlng=p.

- Martin, L. R., Williams, S. L., Haskard, K. B., & Dimatteo, M. R. (2005). The challenge of patient adherence. *Therapeutics and clinical risk management*, 1(3), 189-199.
- Martos, M. M. J. (2015). Autoeficacia y adherencia al tratamiento: el efecto mediador del apoyo social. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 7(2), 19-29.
- Melo, D. S. H. & Castanheira, L. N. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando conceptos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 655-662.
- Ministerio de Salud. (2011). Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes. Orientaciones generales: dirigida a los equipos de Atención Primaria. Chile: Ministerio de salud. Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f365a745e04001011e011120.pdf>
- Musitu, O. G., Herrero, O. J., Cantera, E. L. M., & Montenegro, M. M. (2014). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Barcelona: Editorial UOC.
- Molina, J. T., Gutiérrez, G. A. G., Hernández, D. L., & Contreras, C. M. (2008). Estrés psicosocial: algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de Psicología*, 24(2), 353-360. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16711589019>
- Molina, J., Niño, A., & Alayón, L. (2011). Significado terapéutico de la autoeficacia para un grupo de terapeutas clínicos. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 11(2), 50-68. Recuperado de https://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen11_numero2/articulo_3.pdf
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Morales, C. S., Martínez, M. K., Carrascoza, V. C., Chaparro, C. L. A., & Martínez, R. M. (2013). Evaluación de habilidades de consejo breve en el ámbito de las adicciones. *Salud y drogas*, 13(2), 109-116. Recuperado de <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=83929573003>

- Nieto, B. L. & Pelayo, P. R. (2009). Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y a los factores asociados a esta, como objeto de la psicología de la salud. *Páginas: Revista académica e institucional de la UCPR, 85*, 61-75. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4897930.pdf>
- Norris, F. H. & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*(3), 498-511.
- Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión. (2018). Salud Mental en México. Nota informativa, 7, 1-6.
- Olivari, M. C. & Urra, M. E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería, 13*(1), 9-15. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. *Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Recuperado de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención no especializado. Versión 2.0. Washington, DC. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/
- Ornelas, C. M., Blanco, V. H., Aguirre, C. J., & Guedea, D. J. (2012). Autoeficacia percibida en conductas de cuidado de la salud en universitarios de primer ingreso. Un estudio con alumnos de educación física. *Perfiles Educativos*,

34(138), 62-74. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13224551005>

Padilla, J., Acosta, B., Guevara, M., Gómez, J., & González, A. (2006). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de autoeficacia general aplicada en México y España. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 245-252. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2430/243020649010/>

Pereira, M. J., Acosta, A. F. J., & Hernández, F. J. L. (2009). La adherencia en psicoterapia. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 9(1), 67-78.

Pérez, B. J., & Martín, D. F. (1997). El apoyo social. Nota Técnica de Prevención. *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*, 439, 1-7. Recuperado de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NT/P/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf

Roca, P. M. A. (2002). Autoeficacia: su valor para la psicoterapia cognitivo conductual. *Revista Cubana de Psicología*, 19(3), 195-200.

Rodríguez-Marin, J., Pastor, M. A., & López, R. S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.

Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 393-405. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000300005

Rondón, B. Á., Otálora, B. I., & Salamanca, C. Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023513007>

Rosa-Rodríguez, Y., Negrón, C. N., Maldonado, P. Y., Quiñones, B. A., & Toledo, O. N. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con

- relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(1), 31-43.
- Sanjuán, S. P., Pérez, G. A. M., & Bermúdez, M. J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(2), 509-513. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/615.pdf>
- Santana, M. I. (2003). El apoyo formal a la familia como cuidadora natural. *Portularia: revista de Trabajo Social*, 3, 117-135. Recuperado de http://sid.usal.es/idocs/F8/ART11624/apoyo_formal.pdf
- Santibáñez, F. P. *et al.* (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26(1), 89-98.
- Schunk, D. H. & Swartz, C. W. (1993). Goals and progress feedback: effects on self-efficacy and writing achievement. *Contemporary Educational Psychology*, 18(3), 337-354. Recuperado de https://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/D_Schunk_Goals_1993.pdf
- Secretaría de Salud. (2013). Programa de Acción Específico. Salud Mental 2013-2018. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf
- Shiba, K., Kondo, N., & Kondo, K. (2016). Informal and formal social support and caregiver burden: the age caregiver survey. *J Epidemiol*, 26(12), 622-628. Recuperado de https://www.jstage.jst.go.jp/article/jea/26/12/26_JE20150263/article
- Shumaker, S. A. & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11-36.
- Silva, G., Galeano, E., & Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4), 268-273. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113820004>
- Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la salud*. (6ª ed.) España: McGraw-Hill Interamericana.

Villamarín, F. (1994). Autoeficacia: investigaciones en psicología de la salud. *Anuario de psicología*, 61, 9-18. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/61115/88849>

Velázquez, A., Sánchez, J. J. S., Lara, M. C., & Sentíes, H. (2000). El abandono del tratamiento psiquiátrico: motivos y contexto institucional. *Revista de Psicología*, 18(2), 315-340.

Anexos

Anexo 1. Escala de autoeficacia

ESCALA DE AUTOEFICACIA

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones al respecto de la percepción de las propias capacidades, te pedimos que respondas a esta de acuerdo a tu caso tomando en consideración a la siguiente escala:

1: Incorrecto	2: Apenas cierto	3: Más bien cierto	4: Cierto
----------------------	-------------------------	---------------------------	------------------

1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga	
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente	
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas	
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	
5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	

Anexo 2. Escala de apoyo social

ESCALA DE APOYO SOCIAL

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones al respecto de la frecuencia con la que cuentas con algún familiar o amigos cuando los necesitas, te pedimos que respondas a esta de acuerdo a tu caso tomando en consideración a la siguiente escala:

1: Nunca	2: Muy pocas veces	3: Algunas veces	4: Muchas veces	5: Siempre
-----------------	---------------------------	-------------------------	------------------------	-------------------

¿Con qué frecuencia cuentas con alguien cuando lo necesitas?	Nunca	Muy Pocas	Algunas	Muchas	Siempre
Cuentas con alguien de tu familia para poder platicar cuando lo necesitas	1	2	3	4	5
Cuentas con algún amigo(a) con quien puedas platicar cuando lo necesitas	1	2	3	4	5
Cuentas con alguien de tu familia que te ayude a resolver algún problema personal	1	2	3	4	5
Cuentas con algún amigo(a) que te ayude a resolver algún problema personal	1	2	3	4	5
Tus padres te demuestran cariño y/o afecto	1	2	3	4	5
Cuentas con algún amigo(a) que te demuestre afecto	1	2	3	4	5
Confías en tu familia para hablar de las cosas que te preocupan	1	2	3	4	5
Confías en algún amigo(a) para hablar de las cosas que te preocupan	1	2	3	4	5
Alguien de tu familia te apoya cuando tienes problemas en la escuela	1	2	3	4	5
Alguien de tus amigos(as) te ayuda en las tareas de la escuela o trabajo	1	2	3	4	5
Alguien de tus amigos(as) te apoya cuando tienes problemas en la escuela	1	2	3	4	5
En mi familia se habla de los problemas de todos y nos apoyamos todos (papás, hijos y hermanos)	1	2	3	4	5
Estás satisfecho(a) con el apoyo que recibes de tu familia	1	2	3	4	5
Estás satisfecho(a) con el apoyo que recibes de tus amigos(as)	1	2	3	4	5

Anexo 3.

Fecha: _____

No. De cuenta o trabajador o CURP: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con la finalidad de dar a conocer los lineamientos establecidos en la Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos (CCFSP), se informa:

Los CCFSP, por medio de este Centro, otorga servicios psicológicos a través de la formación supervisada en los estudiantes de pre y posgrado (conforme su plan de estudios). Para ello, la información proporcionada por las personas beneficiadas del servicio se documenta en un expediente impreso y/o electrónico; la atención se imparte en escenarios en donde el estudiante (s) y la persona (s) atendida (s) pueden ser observados en cámara de Gessell y/o videograbación para la documentación de la atención, siempre bajo un carácter de confidencialidad y anonimato; pero con plena disponibilidad para que los estudiantes en formación, los supervisores, la jefatura del Centro y la CCFSP. Puedan considerarlos con fines educativos y de investigación.

La asignación al servicio de psicológico se realiza conforme la disponibilidad de horarios, espacios físicos así como de atención por los estudiantes en formación y supervisores; en caso contrario el Centro ofrecerá alternativas para solucionar la problemática. Durante el servicio, la persona atendida colaborará para documentar su expediente impreso o electrónico revisando y firmando todos aquellos registros que lo van conformando. En el servicio específico de la atención por consumo de sustancias psicoactivas, en el Centro, se considera llevar a cabo pruebas de marcadores biológicos a través de muestras de orina, saliva o exhalación, para valoración o seguimiento de impacto de la intervención; por lo que las personas atendidas por dicho servicio también documentan y firman el resultado de las pruebas.

El Centro otorga información relacionada con el servicio exclusivamente a la persona beneficiada o aquellos tutores de los menores de edad **acreditados** en el expediente, extendiendo exclusiva y específicamente: comprobantes escritos de asistencia, copia de recibos de cuotas de recuperación, constancias sobre características generales del servicio, de orientación y referenciación a sitios de atención especializada o para

la atención de casos de urgencia (por ejemplo, riesgo suicida, intoxicación por sustancias psicoactivas, etc.) pero **SIN** la posibilidad de **ofertar** servicios para la actividad pericial en materia de psicología. No obstante, aun cuando el Centro **no oferta** servicios de peritaje para condiciones legales, de ser solicitada por un juez, de orden federal o estatal, la información de las personas atendidas recabada en su expediente deberá ser otorgada de manera oficial y por obligación, bajo las condiciones legales que establezca dicho juez.

Los servicios psicológicos disponibles se imparten exclusivamente dentro de las instalaciones del Centro sin excepción; y la cuota de recuperación se realiza exclusivamente en las cajas autorizadas por la institución. Por lo tanto, se tiene un buzón de quejas en el Centro, para comunicar cualquier irregularidad al respecto, o cualquier sugerencia adicional respecto al servicio que las personas beneficiadas deseen compartir.

A partir de la información asentada en este documento, el firmante declara la disposición para adherirse a los procedimientos del servicio psicológico con plena **honestidad y respeto**, cumpliendo puntualmente con las actividades acordadas con el responsable de su atención, otorgando información veraz y fidedigna. El firmante también declara tener conocimiento del derecho que tiene a recibir un trato digno, equitativo, confidencial, y de respeto a su toma de decisiones.

Por lo tanto, quien firma acepta haber leído y aceptado el contenido del actual documento.

Nota de no aceptar el presente consentimiento se me referirá a un servicio confidencial alternativo.

FIRMA DE LA PERSONA ATENDIDA

FIRMA DEL SUPERVISOR

Fecha: ____/____/____

Anexo 4.

Autorregistro			
Descripción de la situación ¿Qué pasó, cómo, cuándo, dónde, con quién?	Sensaciones y emociones ¿Qué sentía a nivel corporal, qué emociones sentía?	Pensamientos Describe todos los pensamientos surgidos de la situación	Consecuencias ¿Qué hice/cómo actúe?

Anexo 5. Cuestionario de Satisfacción

Cuestionario de Satisfacción con el Servicio Psicológico

El propósito de este cuestionario es mejorar nuestros servicios de atención actual en cada uno de los Centros y Programas, motivo por el cual les solicitamos este cuestionario.

Instrucciones: a continuación se encuentra una serie de afirmaciones relacionadas con la atención psicológica que recibió. Por favor, califique qué tan satisfecho se siente con cada afirmación, coloque una "X" en la opción que elija.

¿Qué tan satisfecho te sientes con...?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni insatisfecho, ni satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
1. Recibir información sobre las características del servicio y firmar consentimiento informado.					
2. La explicación del plan y las estrategias a seguir.					
3. Tomar en cuenta tus necesidades de atención al elaborar el plan de intervención.					
4. La motivación para realizar los cambios.					
5. Identificar y reconocer situaciones que agravaban la situación/problema/condición.					
6. Elaborar y aplicar planes adecuados para realizar cambios.					

7. Practicar ejercicios útiles para dejar comportamientos, pensamientos, sensaciones y emociones que no benefician.					
8. Aprender cómo alcanzar metas en diferentes aspectos de la vida, personal, familiar, emocional, escolar, laboral, social, etc.					
9. Alcanzar mejorías en diferentes aspectos de la vida personal, familiar, emocional, escolar, laboral, social, etc.					
10. Recibir un trato amable y atención profesional.					
11. La atención profesional que recibí.					
12. Sentirme mejor en este momento con mi vida.					

	Mucho	Bastante	Regular	Poco	Nada
1. Si tuviera que buscar ayuda otra vez, volvería a ocupar el servicio.					
2. Recomendaría el servicio a otras personas.					

Comentarios:
