

250
2es.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**"PSICOTERAPIA BREVE EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS**

REPORTE LABORAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
SILVIA RUIZ HERNANDEZ

DIRECTORA: MTRA. LUZ MARIA ROCHA JIMENEZ.

258498

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 está 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 mis padres
Por su apoyo incondicional y
su valioso ejemplo que me inculcó
la voluntad para el logro de objetivos.*

*A mi esposo e hijos
Que me motivaron con su ejemplo
y por su ayuda para realizar este
Reporte.*

*A mis hermanos y amigos
Que me alentaron en esta etapa
de mi formación profesional.*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México
Que me permitió formarme en sus aulas.*

*A la Dirección de Educación Continua
Que me brindó la oportunidad de culminar esta
etapa, especialmente a Margarita Olvera, Nilda
Paredes y Remedios Casas por su valiosa labor
que me ayudó a no cejar en el empeño.*

*A la Dirección General de Servicios Médicos
y a mis compañeros de trabajo, en particular
a:*

Psic. Raúl Méndez S. quien me forjó en el trabajo

*Psic. Juan A. Domínguez Itz. por su amistad y
orientación*

*Psic. Felipe Carrillo Medina por sus enseñanzas y
confianza depositada.*

Psic. Thelma Vilchis por su amistad y orientación

*A mi maestra
Luz María Rocha Jiménez
por su compañía y Dirección en
la realización de este Reporte.*

*A los Profesores
Lic. Fossete Benavides F., Mta. Rosario
Muñoz C., Lic. Juan Carlos Muñoz B. y Lic.
Lidia Díaz San Juan, por sus acertadas
indicaciones y el interés demostrado en
el desarrollo de este trabajo.*

*A todas aquellas personas
que sin saberlo han contribuido
en mi desarrollo profesional.*

INDICE

	PAG.
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
ANTECEDENTES.....	7
CAPITULO I. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL.....	25
1. PROCEDIMIENTO.....	25
1.1. Descripción de los requisitos de admisión y servicio.....	25
1.2. Filosofía Humanista.....	26
1.3. Psicoterapia Breve.....	30
1.4. Reporte de un Estudio de Caso.....	42
CAPITULO II. EVALUACIÓN.....	60
CAPITULO III. ANÁLISIS.....	75
CAPITULO IV. CONTRIBUCIÓN.....	90
1. Objetivos y funciones propuestas para el servicio de Salud Mental.....	90
2. Algunas Contribuciones al Mejoramiento del Servicio de Salud Mental.....	95
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	I
ANEXO A. Protocolo de Reporte de una Sesión.....	IV
ANEXO B. Propuesta de Formato.....	V

RESUMEN.

El presente trabajo tiene como finalidad, describir la actuación del psicólogo clínico dentro del ámbito institucional de servicio de salud universitario, los alcances del programa y las limitaciones de su labor.

Este programa de Servicio se centró en el apoyo psicoterapéutico a estudiantes universitarios de una institución gubernamental, como un medio de prevención y atención a sus problemas de salud mental.

Se describe el procedimiento de trabajo, ejemplificándolo con la presentación de un caso clínico que nos muestra los beneficios de la Psicoterapia Breve para el alivio de síntomas y solución de algunos conflictos emocionales en los jóvenes que solicitan el servicio.

En otro apartado se reseña la evaluación realizada al programa de intervención en cuanto a su eficacia en el caso presentado y al análisis de las técnicas utilizadas.

Los efectos del programa de tratamiento en el caso presentado fueron evaluados de manera cualitativa en cuanto a la funcionalidad del paciente con respecto al cambio en su rendimiento escolar, relaciones intrafamiliares y síntomas depresivos, logrando una modificación positiva en sus pautas de comportamiento.

Así también se analiza la intervención del psicólogo dentro de la Institución y el funcionamiento del Programa Institucional en el cual se encuentra inmersa la labor del psicólogo.

En una parte final se describe una propuesta del servicio psicológico dentro de la Institución, que incluye objetivos, funciones y un nuevo formato de reporte de sesión.

INTRODUCCION

Durante la larga etapa de vida escolar, el alumno cruza por los niveles educativos de preescolar, primaria, media y superior, todas ellas etapas críticas de desarrollo que requieren de una atención a su salud, acorde con los procesos y necesidades características a cada una de ellas.

La etapa del estudiante universitario se caracteriza por una sobrecarga de tensiones fisiológicas, por la ansiedad que causa la búsqueda de su independencia, de su rol social y de sí mismo, además de las presiones externas de adaptación al medio social y cultural en el cual se desarrolla (Lara, A. 1981).

En este proceso de maduración de los aspectos biológico, psicológico y social, los jóvenes son muy

susceptibles de sufrir trastornos en su salud mental, ya que la adolescencia y juventud se caracterizan por cambios muy significativos en estos aspectos.

Consciente de esto, la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM contribuye al bienestar físico y mental de los estudiantes brindándoles un servicio de atención primaria de salud con el fin de que puedan desempeñarse eficazmente en su labor académica.

Año con año en esta institución se realizan exámenes médicos de primer ingreso en los cuales se detectan los problemas de salud física y mental de quienes ingresan a estudiar a la Universidad. En los resultados de estos exámenes se observa que los problemas más frecuentes que presentan los estudiantes son de tipo familiar, sexual, depresión, ideas suicidas y conducta antisocial, entre otros, lo que hace necesaria la participación del psicólogo para la atención de dichos problemas.

A partir de mi experiencia de trabajo considero que los problemas que el estudiante universitario presenta pueden ser atendidos a través de la Psicoterapia Breve,

ya que permite al paciente resolver en corto tiempo la problemática con la que se presenta a la consulta, además que por sus características, la actividad escolar con su sobrecarga de trabajo, no permite una asistencia constante a las consultas, y a las pocas sesiones o en cuanto siente una mejoría el estudiante se aleja para regresar meses más adelante, ya sea porque el ritmo escolar se lo permite o porque vuelve a "sentirse mal".

La atención del estudiante a través de la psicoterapia breve no nos limita a utilizar otro tipo de técnica terapéutica y de hecho, ninguna atención terapéutica es "pura"; para tener efectividad en el tratamiento es válido utilizar principios pedagógicos, recursos didácticos y las técnicas que faciliten el proceso terapéutico.

Dentro de la psicoterapia breve, la orientación humanística y los principios de la teoría de terapia conversacional centrada en el cliente de Rogers, permite dotar al paciente de herramientas que en lo futuro le permitan resolver sus conflictos y dirigir su vida de la mejor manera.

Con base en lo antes expuesto, el presente trabajo pretende describir la labor que desempeña el psicólogo clínico dentro de una institución médica en la UNAM, como un eslabón más del equipo multidisciplinario que tiene como fin promover, proteger y restablecer la salud del estudiante universitario para contribuir a su desarrollo integral.

Para ello presentaremos la descripción del procedimiento de trabajo, las directrices que la institución demanda que se cumplan, los materiales y habilidades con que el profesional debe contar y las limitaciones que merman el óptimo desempeño profesional del psicólogo dentro de una institución.

Así mismo, se realizará una evaluación de la intervención psicoterapéutica y se analizarán los alcances y limitaciones de la labor dentro de la institución, a través de la presentación de un estudio de caso.

Finalmente se presentarán propuestas enfocadas a mejorar cuantitativa y cualitativamente la labor del psicólogo.

ANTECEDENTES

Si se considera a la salud como el "completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad" (Kaplan, 1993 en Ruiz, 1996, p.7), la búsqueda de ésta tendrá como propósito que todos los hombres y mujeres gocen de un grado de bienestar o salud que les permita llevar una vida social activa y económicamente productiva.

La problemática política y económica que actualmente padece el mundo, redundando en detrimento de la salud física y mental de las diversas comunidades y de cada ser humano que las conforman. Esta situación hace necesario el desarrollo de esfuerzos para solucionar estos problemas.

En el ámbito nacional, desde hace tiempo, se han planteado varios caminos para encontrar soluciones a los problemas de salud, que afectan a la población mexicana. Uno de estos caminos es la creación de instituciones encargadas de atender la salud de los diversos grupos poblacionales entre los que podemos mencionar a los familiares, laborales, indígenas y escolares entre otros.

En referencia a los grupos escolares en particular, el concepto de salud escolar y la práctica de la medicina como actividad profesional no están claramente definidas dentro del contexto de las ciencias de la salud (Benavides, 1976 en Benavides, 1984).

Esta deficiencia afecta al grupo escolar que prácticamente representa a la mitad de la población nacional y que vive gran parte de su tiempo en diversos centros educativos, tratando de realizar el proceso enseñanza-aprendizaje durante un largo periodo de su vida, que abarca aproximadamente de los 3 a los 25 años de edad y que corresponde al periodo de formación definitiva del ser humano.

En esta etapa se acepta como una verdad universal que los niños y jóvenes son sanos, que gozan de vigor y eficiencia y que enferman y mueren comparativamente menos que otros grupos de edad. Esta idea es causa de que se descuide la vigilancia de la salud del escolar iniciado por él mismo, la familia y después por la escuela y las instituciones de salud y sociales.

En los últimos 30 años pareció haber un avance positivo en la atención de la salud escolar, ya que se han reducido las tasas de mortalidad en un 75%, sin embargo la experiencia y los trabajos realizados por el personal dedicado a la atención de los escolares, demuestran que existe abundante patología en cualquier etapa escolar que obstaculiza su óptimo desarrollo biológico, psíquico y social.

La problemática que plantea un crecimiento demográfico acelerado, los cambios sociales, los avances de la tecnología, los movimientos migratorios, las concentraciones humanas irregulares, agravan las condiciones socioeconómicas generales del país que se manifiestan en un desequilibrio entre las necesidades y

las disponibilidades que a su vez se traducen en una variada sintomatología social como: Deficiencia en la alimentación, higiene, alojamiento y pobre acceso a los centros educativos.

En consecuencia, la desnutrición, el hacinamiento, el rompimiento intrafamiliar, la infraescolaridad, entre otros, son causa de los desajustes del individuo y la familia, lo que explica el por qué de la amplia gama de patología orgánica, social y mental que se encuentra en todos los niveles del sector escolar. "En el preescolar y escolar se presentan principalmente enfermedades infecciosas, parasitosis intestinal, alteraciones de la vista y el oído, desnutrición, desajustes emocionales y desviaciones de la conducta. En el adolescente y el joven...crisis emocionales y de adaptación social, conducta antisocial (farmaco-dependencia, robos, actividad sexual violenta, violaciones, promiscuidad, prostitución), espectro de somatizaciones, padecimientos orgánicos (traumatismos, accidentes, infecciones crónicas, enfermedades venéreas), embarazos y abortos"

(Martínez, 1977, Dulanto, 1978, 1972, Hanson, 1978 en Benavides, 1984 p 8 y 9).

Cabe entonces enfatizar la importancia de la salud del educando como una manera de favorecer el máximo desarrollo de sus capacidades biopsicosociales, que redunden en la adquisición de una personalidad equilibrada, sana y positiva.

Es obvio que cada uno de estos problemas repercuten en la evolución madurativa del educando y de su rendimiento escolar. Estos fenómenos determinan, además, uno de los problemas más graves que enfrenta nuestro país que es el desperdicio escolar, éste implica tanto a los desertores que abandonan la escuela después de haberse inscrito en un determinado año escolar, como los reprobados que deben repetir el grado que cursaban.

A continuación se presenta un cuadro de la población total de estudiantes inscritos en la SEP en todos los grados escolares, en los años 1980 a 1994, el número de bajas, el número de quienes permanecieron hasta el fin de cursos y los aprobados.

Año	Total Insc.	Bajas	P.Fin Cursos	Aprobados	Desperdicio
1980/81	21,419,636	1,324,743	20,094,893	17,153,459	4,266,177
1984/85	24,430,326	1,329,688	23,100,638	19,615,403	4,814,923
1989/90	24,874,387	1,605,617	23,268,770	19,601,696	5,272,691
1993/94	25,479,453	1,611,573	23,867,880	20,602,992	4,876,461

Fuente I.N.E.G.I. con base en información proporcionada por la S.E.P., Subsecretaría de coordinación educativa, Dirección General de Planeación y Presupuesto. (INEGI, 1995 Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos).

La diferencia entre la inscripción total y el número de aprobados da una idea de la cantidad de estudiantes que no alcanzan su objetivo de obtener una formación escolar.

El desperdicio escolar se refiere también al costo económico que el país pierde por concepto de deserción escolar.

En el cuadro siguiente se muestra la cantidad de millones de nuevos pesos del gasto federal que se asignaron a cada nivel educativo de 1980 a 1994.

GASTO FEDERAL EJERCIDO POR NIVEL EDUCATIVO

En millones de nuevos pesos

AÑO	EDUCACIÓN BÁSICA	MEDIA	SUPERIOR
1980	74.0	15.4	30.2
1984	355.7	88.9	140.4
1985	568.1	172.6	228.2
1989	6,086.9	1,917.7	2,904.9
1994	28,256.9	5,328.0	6,958.6

Fuente.- INEGI, 1995 Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos.

Resulta lamentable que ante la necesidad de mejorar muchos aspectos del sector educativo se pierda dinero en deserción y mal aprovechamiento de los estudiantes.

La función primordial de la Universidad Nacional Autónoma de México es "formar a los jóvenes que ingresan en las diferentes áreas del conocimiento, preparándolos para la investigación y resolución de problemas que se presentan en este ámbito (Loranca, 1995 p.12).

Para cumplir con su objetivo, la UNAM se apoya en organismos creados para brindar a la comunidad universitaria los medios que le permitan enriquecer y mantener su compromiso académico. Uno de estos

organismos es la Dirección General de Servicios Médicos cuyo objetivo es: Promover, proteger y restablecer la salud del estudiante universitario para contribuir a su desarrollo integral, así como colaborar en el logro de la salud de la comunidad universitaria y de la población en general (Op.cit.,p.13).

Como ya se mencionó es necesario poner especial atención en que un aspecto importante en la deserción escolar son los problemas de salud.

"En el trienio 75-77 de los 62,458 alumnos universitarios que interrumpieron sus estudios por diversos motivos, el 15% lo hicieron por enfermedad que se considero la 3a. causa del fenómeno. En 1978 suspendieron sus estudios 29,092 alumnos ocupando ahora el 2o. lugar la enfermedad" (Benavides, 1981 p.4).

"En datos obtenidos en el examen médico de primer ingreso de 1987 se observó que de 59,152 alumnos que contestaron el examen, 7,041 (12%) presentaron trastornos psicológicos de diversa severidad" (Vijosa, 1988, p.33).

"En cuanto a los síntomas reportados y grados de severidad, se encontró que en 33.2% era necesaria una orientación psicológica oportuna, el 8.4% requería de atención psiquiátrica inmediata y un solo caso ameritaba internamiento" (Dominguez, 1988 p.60).

Es necesario hacer notar que la mayoría de estos problemas son el resultado de varios tipos de factores entre los que sobresalen: la dinámica familiar, el ingreso económico, la vivienda, el periodo de adolescencia con sus cambios externos e internos y de adaptación que se acentúan ante las demandas académicas, económicas y sociales, la responsabilidad de la elección de carrera y el inicio de la vida sexual activa.

"Según Bumbery y cols, el trastorno depresivo en los estudiantes universitarios es mayor hasta en un 50% en contraste con la que se observa en la población general de 18 a 74 años, que es del 15%. La incidencia del trastorno aumenta durante la época de exámenes, por lo que se considera que las demandas académicas son un factor de riesgo para desarrollar el cuadro" (Manelic y Ortega, 1995).

Ante el panorama descrito y la necesidad de brindar una ayuda que permita a los jóvenes un mejor "crecimiento" psicológico, el empleo de las técnicas psicoterapéuticas representan las herramientas adecuadas de intervención.

La psicoterapia es "un proceso que comprende relaciones interpersonales entre un terapeuta y uno o más pacientes, en el cual, el terapeuta emplea métodos psicológicos basados en un conocimiento sistemático de la personalidad humana, para tratar de mejorar la salud mental de dichos pacientes (Fiorini, 1992).

El proceso psicoterapéutico consiste en "...comprender el efecto que tienen las experiencias específicas de la vida sobre el organismo humano...además trata de ayudar a modificar aquellas percepciones pasadas que al haberse mal adaptado tienden a afectar los sentimientos y comportamientos actuales...las distorsiones del pasado se reestructuran por medio de la alianza del yo intacto del paciente y el papel técnico y humano del terapeuta" (Bellak y Small, 1988 p.38).

Breve Historia del Servicio de Salud Mental.

Ante el incremento de problemas de salud mental detectados en estudiantes universitarios, la Dirección General de Servicios Médicos creó en 1978 la Oficina de Higiene Mental, incorporándola al equipo médico de salud para poder atender la demanda que en este sentido se presentaba cada vez con mayor frecuencia.

La falta de datos epidemiológicos sobre este tipo de problemas, así como la escasez de personal encargado de la prevención y atención de los trastornos psicológicos, motivó la organización de programas y actividades en cuatro áreas:

- 1) Investigación.
- 2) Docencia y adiestramiento de personal.
- 3) Difusión y promoción de la salud mental.
- 4) Servicios clínicos de orientación.

Para hacer frente a los problemas de salud mental en la población universitaria, se hizo necesaria la preparación de personal que apoyara en las actividades de la Oficina de Higiene Mental, para lo cual, el área de Docencia y Adiestramiento de personal, organizó

cursos breves sobre conceptos generales de la salud y la enfermedad mental. Así, en Septiembre de 1978 se realizó el primer curso de Introducción a la Higiene Mental, dirigido a personal multidisciplinario (72 personas entre médicos, psicólogos y trabajadores sociales). A éste siguieron otros cursos dirigidos a los médicos y enfermeras de los Planteles Periféricos, con la participación y apoyo de especialistas en esta área de la salud.

Los objetivos de éstas actividades eran:

a) Despertar entre los médicos el interés por los trastornos de la salud mental en los adolescentes y jóvenes, particularmente de los universitarios.

b) Proporcionar algunos conocimientos básicos sobre Psicología Médica, que permitiera al médico proporcionar una atención más completa y adecuada al estudiante.

c) Unificar criterios diagnósticos, terapéuticos y preventivos, así como el manejo general de estos problemas en sus primeros niveles.

d) Propiciar mejores relaciones humanas entre el mismo personal de la Institución en beneficio de su propia salud mental (Lara, 1981).

El área de investigación recopiló información por medio de entrevistas con directores médicos y algunos maestros de preparatorias, CCH y algunas escuelas y facultades de Ciudad Universitaria, posteriormente se realizaron 1,500 entrevistas con alumnos de las mismas, sobre problemas familiares, escolares, sexuales, emocionales y psicosociales, en los cuales se detectó lo siguiente:

Principales problemas psicosociales del estudiante universitario (Lara, 1981 p.158)

a) De las relaciones familiares	35%
b) Emocionales	27%
c) Psicosexuales	47%
d) De adaptación	29%
e) Insatisfacción en su vida	30%
f) No le agrada su situación	34%
g) De autoridad	74%

Con base en la información obtenida se orientaba al servicio clínico hacia la atención y tratamiento de este tipo de problemas.

Con el apoyo del área de Difusión y Promoción de la Salud Mental se trataba de sensibilizar a los estudiantes sobre la importancia de cuidar su salud mental y del origen psicológico y social de algunos síntomas y problemas de este tipo, a través de artículos publicados en la Gaceta UNAM denominados "Los Universitarios y la Salud". De esta manera se promovió la solicitud de consulta por parte de los estudiantes. En su mayoría se presentaban con síntomas depresivos o ansiosos como una reacción a problemas familiares (violencia intrafamiliar), sexuales (incapacidad eréctil, eyaculación precoz, anorgasmia), emocionales (perdida de la pareja, duelo no resuelto) y escolares (bajo rendimiento escolar, deficiente capacidad de concentración) entre otros.

Así mismo se presentaban casos donde el problema principal era orgánico (epilepsia, síndrome del lóbulo

temporal) o trastornos de personalidad (obsesivo compulsivo, histéricos) e incluso casos de psicosis que requerían de tratamiento psiquiátrico y eran canalizados hacia ese servicio.

Originalmente la atención a los estudiantes de la comunidad universitaria con problemas de salud mental, era proporcionada por médicos psiquiatras.

En 1976 se incorpora a un reducido número de psicólogos (2 en el turno vespertino) como apoyo para los psiquiatras; su función era únicamente realizar pruebas psicométricas y entrevistas que ayudaran al psiquiatra a establecer diagnósticos. La intervención terapéutica correspondía únicamente al médico psiquiatra.

Poco a poco el psicólogo fue ganando terreno en el tratamiento a pacientes ya que durante el periodo de pruebas y entrevista (entre cuatro y cinco sesiones) la relación que se establecía con el paciente ayudaba a que éste resolviera sus conflictos y ya no requiriera de la atención del psiquiatra.

Con la disminución del personal de psiquiatría, por jubilación o licencia, y el incremento de la demanda de atención psicológica, los psicólogos pasamos a formar parte del servicio de atención médica.

La gran demanda del servicio comparativamente con el reducido personal para proporcionarlo, además de la necesidad de que el estudiante pudiera ser funcional y se reincorporara a sus actividades escolares en un periodo corto, condujo a la selección de la terapia breve como una opción práctica para la consecución de este fin. Considerando además que, en su mayoría, el tipo de problemas que presentaban los estudiantes no requerían un tratamiento prolongado, por no tratarse de verdaderas patologías, sino de reacciones circunstanciales o desadaptaciones provocadas por un medio ambiente conflictivo.

Dentro de la aproximación a la terapia breve se seleccionó al enfoque humanista y la filosofía de la terapia centrada en la persona porque permitía brindar al joven una atención cálida, en donde encontrara a otra persona interesada en su problemática que le diera la

oportunidad de crecer aquí y ahora, a partir del autoconocimiento, y adquirir, a través del proceso terapéutico, una personalidad más sana.

La terapia breve, por ser de corta duración, es desde hace mucho, una buena opción para la atención psicológica institucional que se ofrece a la comunidad. La demanda es grande, el personal que lo brinda es reducido, los usuarios son personas, en su mayoría, que no cuentan con los medios económicos para pagar una terapia de largo plazo. Por otra parte, como trabajadores o estudiantes requieren mantener o recobrar su funcionalidad a corto plazo. La terapia breve a pesar de ser reducida en tiempo, no limita su eficacia por lo que cumple con el objetivo de ayudar al individuo a recobrar una personalidad estable y sana.

La terapia breve no solo es reducir el tiempo de tratamiento, es un modo de resolver problemas humanos sin pretender una reestructura profunda de la personalidad pero que logra ventajas adicionales como el

hecho de quitar síntomas y restablecer la funcionalidad del paciente.

CAPITULO I.

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD LABORAL

1.PROCEDIMIENTO

1.1.Descripción de los requisitos de admisión y servicio.

El psicólogo adscrito al programa de Salud Mental de la DGSM, tiene como función proporcionar servicio terapéutico a los estudiantes del campus Universitario que solicitan la consulta de psicología a través del siguiente procedimiento:

1.Debe presentarse por voluntad propia o ser enviado por algún otro servicio de la Dirección (dermatología, ginecología, medicina general, etc.).

2.Deberá acreditarse como estudiante de la institución educativa.

3.El estudiante debe presentarse a la hora señalada contando con una tolerancia de 15 minutos.

4.No existe requisito para dar de baja al estudiante que falta sin previo aviso. Es atendido cuantas veces lo solicite.

5.Si el estudiante presenta características de depresión severa, ideación suicida, alguna manifestación de conducta psicótica- ideas paranoides, pensamientos nihilistas, alucinaciones-, es canalizado al servicio de psiquiatría o a neurología en caso de detectar síntomas característicos de un síndrome orgánico cerebral.

1.2.FILOSOFÍA HUMANISTA.

La psicoterapia enfocada desde la Filosofía humanista, fue utilizada en esta Institución (DGSM) desde el año de 1993 hasta la fecha; tiene como principal centro de interés al hombre y considera básico el conocimiento de sus capacidades, su igualdad, su individualidad, su dignidad y su margen de "libertad"; en este enfoque se enfatiza también el papel más activo

que tiene el paciente en su relación con el terapeuta (De la Fuente, 1987).

El enfoque humanístico tiene como meta, dentro del proceso terapéutico, "proporcionar un ambiente que ayude al individuo a ser una persona funcionante"...(Alvarez-Gayou, 1985).

Rogers postuló la hipótesis de que "las actitudes del terapeuta, tales como genuinidad, aceptación, calidez no posesiva y empatía, constituyen las condiciones suficientes y necesarias para la efectividad terapéutica. El terapeuta es en sí mismo un instrumento para el cambio a través de establecer un clima que favorezca la apertura y la comunicación con el consultante" (Op. cit., 1985).

Para Rogers la relación interhumana se convierte en el fundamento básico para la formulación de comportamientos terapéuticos, es el elemento soporte de la terapia. Las conversaciones terapéuticas son benéficas principalmente cuando se convierten en un encuentro entre seres humanos, donde el terapeuta acepta la relación y muestra algunos sentimientos en un vivir

intemporal en la experiencia entre él y el cliente. Este encuentro entre personas propicia desarrollos y cambios al encontrarse a sí mismos (Quitman, 1989. cap. 6).

Este concepto representó para Rogers entrar a otra filosofía de la vida y no solo en un nuevo método terapéutico.

Los comportamientos terapéuticos que Rogers considera fundamentales en la psicoterapia son:

Congruencia.- es la coincidencia con uno mismo, permanecer auténtico y sin fachada. El desarrollo personal se favorece en tanto el terapeuta viva las sensaciones y posturas que le mueven en ese instante, es completamente él mismo y no reniega de sí mismo.

Empatía.- se refiere al hecho de sentir el mundo interno del cliente con todos sus significados muy personales, como si fuese el suyo propio, por ejemplo, siente el miedo, confusión, etc. del cliente, pero sin enredarse en ellos, sin perder la independencia de su identidad en este proceso de comprensión.

Valoración y aceptación sin condiciones.- significa que el cliente es aceptado en su ser sin prejuicio ni

valoración aún cuando no se esté de acuerdo con lo que diga, sienta o piense. La relación con el cliente no es neutral ni distante, sino que se caracteriza por un compromiso emocional.

Para Rogers, la meta de la terapia es "ser el sí mismo que uno es en realidad" (Op. cit., 1989).

Dichos comportamientos producen efectos terapéuticos fundamentales en los seres humanos, tales como:

- Quitarse las máscaras.
- No guiarse por expectativas culturales.
- No buscar agradar a otros.
- Desarrollo de la autodeterminación.
- Desarrollo del proceso de llegar a ser.
- Desarrollar la apertura hacia la experiencia
- Desarrollar la aceptación de otros
- Desarrollar la autoconfianza.

Cuando el ser humano se decide a salir de detrás de su "fachada" y expresa sus verdaderas emociones, tiene la experiencia de que sus sentimientos, por muy

contradictorios que puedan parecerle, pueden ser una base de la vida.

En la libertad de la relación terapéutica el ser humano deja "caer" las metas fijas que tenía y encuentra una mayor satisfacción en la comprensión de que no es un ser determinado en forma definitiva, sino que se encuentra en un proceso de desarrollo.

Con esta postura filosófica, de una visión positiva del hombre, como arquitecto responsable de sí mismo, con una tendencia a buscar el desarrollo personal a través del autoconocimiento (Quitman, 1989), se eligió una técnica terapéutica que permitiera realizar este proceso con un orden bien estructurado de intervención y que a la vez, debido a su corta duración permita que el paciente realice por sí solo los cambios conductuales necesarios para la solución de sus conflictos, evitando en lo posible su dependencia del terapeuta, además que facilite el desarrollo de sus potencialidades.

1.3.LA PSICOTERAPIA BREVE.

"La psicoterapia rápida es un método de tratamiento para síntomas o desadaptaciones que exigen alivio

rápido...la meta...se limita a quitar o reducir un síntoma determinado...en su orientación dirigida al síntoma, intenta mejorar la situación psicodinámica individual lo suficiente como para permitir a la persona que continúe funcionando..." (Bellak y Small, 1988 p.49-50).

La terapia breve puede conducir a lograr cambios relativamente extensos y rápidos, que puestos en marcha pueden continuar autónomamente, sobre todo en circunstancias favorables (Op.cit., 1988 p.53). Para ello se requiere de un alto grado de conceptualización y de una cuidadosa intervención o no intervención, y puede ser aplicada a una gran variedad de problemas emocionales.

La proposición básica de la terapia breve, consiste en comprender todo, saber mucho y hacer aquello que represente una diferencia crucial. Se orienta hacia el fortalecimiento de las áreas del Yo libres de conflicto (Bellak, 1993).

La psicoterapia breve derivó de la teoría psicoanalítica y otros conceptos teóricos (teoría del

aprendizaje y teoría de los sistemas), que unidos a las experiencias de diversos autores dieron como resultado una serie de procedimientos básicos para su aplicación. "Esta técnica consiste en una serie de intervenciones cuidadosamente formuladas que promueven el proceso terapéutico ordenado y previsible...durante éste el paciente toma conciencia de sus distorsiones perceptivas, conflictos y deseos" (Bellak y Small, 1988 p.43).

Existen mecanismos de acción que son propios de las psicoterapias, son un complejo intercruciamiento de fuerzas de cambio (Catarsis, Insights, Programaciones, Cambios ambientales), lo difícil es conocer cuál es su organización. Estos desempeñan un papel de organizadores de un proceso donde acoplan y potencian cambios de distinto nivel, ritmo, intensidad y amplitud.

Los ejes del proceso en psicoterapia se pueden definir de la siguiente manera: "producir en el paciente una activación de sus funciones yoicas que hagan posible elaborar de un modo focalizado la problemática inserta en una específica situación vital, con base en la guía,

el estímulo y las relaciones simbólicas del vínculo vivido en una relación de trabajo personificada con el terapeuta, con la correlativa activación de las funciones yoicas de este último" (Florini, 1992 p.81-82).

En este proceso de intercambio es necesario que la apertura del terapeuta sea real y sincera, que se de libertad de decisión tangible al paciente, tratando de entender sus dudas y objeciones en cuanto a sus aspectos adultos.

En el proceso terapéutico existen rasgos generales con los que el terapeuta contribuye durante la relación con el paciente (Op. cit., 1992 p.102) que son:

- 1.-Contacto Empático Manifiesto.- ofrecer evidencias claras de que se comprende al paciente desde su misma perspectiva.
- 2.-Calidez.- evidenciar a través del tono de voz y gestos que la persona no le es indiferente, que como ser humano despierta afecto que no pretende invadir su libertad. La calidez contiene ciertas dimensiones del amor, como la ternura, solidaridad, simpatía por la

condición humana que sirve como motivación para la tarea y que en el proceso terapéutico ejercen influencias dinámicas de importancia.

3.-Espontaneidad.- permite al terapeuta crear un clima de libertad, creatividad, permisividad que invitan al paciente a que exprese mejor lo que le sucede con mayor fidelidad.

4.-Iniciativa.- el terapeuta estimula la tarea y las capacidades del paciente a través de orientar la búsqueda, construir modelos y proponer al paciente que los ponga en práctica. Ejerce un liderazgo y debe concebir la tarea como una labor de equipo. La iniciativa del terapeuta es una constante activadora de las funciones yojicas del paciente.

5.-Actitud Docente.- debe aplicar ciertos principios pedagógicos, poner en juego recursos didácticos ya que la actividad terapéutica debe facilitar los aprendizajes que constituyen una parte esencial del proceso terapéutico.

Principios Pedagógicos Generales.

- a) Motivar para la tarea.
 - b) Clarificar los objetivos.
 - c) Reforzar los avances de la tarea.
 - d) Claridad del método expositivo.
 - e) Exposición abierta de su método de pensamiento.
 - f) Utilización de recursos facilitadores del proceso de investigación y comprensión de la problemática.
- 6.- Inclusión del terapeuta como persona real.- la presencia del terapeuta actúa como parte nuclear del "instrumental técnico".

La técnica de la Terapia Breve, sugiere cinco sesiones de 50 minutos, una cada semana y una sesión de seguimiento un mes después. En caso de ser necesario se reiniciará la terapia por otras cinco sesiones y una más de seguimiento.

Las diferencias individuales no nos permiten una ordenación esquemática de cualquier interacción humana, sin embargo, en el proceso terapéutico existen puntos básicos que son válidos para casi todas las situaciones individuales. En la psicoterapia breve los puntos

principales establecen "sugestiones de relación", selección y aplicación de las intervenciones y la fase final del tratamiento.

Se debe tener presente que aunque para la terapia breve se establecen cinco sesiones, no significa que deba seguirse rígidamente. El número de sesiones puede ser variable dependiendo de la situación específica y las características personales de cada paciente.

A continuación se describe la técnica de la terapia breve (Bellak y Small, 1988 Cap. IV):

PRIMERA SESIÓN.

Esta sesión es de crucial importancia ya que en ella se establece el primer contacto con el paciente, se realiza un diagnóstico, la clarificación del problema, reforzamiento de la motivación para asistir a las sesiones, la alianza terapéutica y el contrato terapéutico.

Se inicia cuando el paciente entra al consultorio, se le saluda manteniendo las reglas de trato social, se corroboran los datos generales del estudiante tales

como, su edad, estado civil. la carrera y el semestre que cursa y si tiene o no otra actividad adicional (trabajo).

Se observa su lenguaje verbal y no verbal, como su postura, sus gestos, forma de caminar, tono de voz y actitudes ya que estos datos nos van a ser de utilidad como parte del diagnóstico.

Se le interroga sobre el motivo de su consulta y se le permite expresar libremente lo que considera su problema, el que le hizo acudir a consulta.

A partir del relato del paciente se procede a indagar con mayor profundidad sobre el problema: cuándo se inició, en qué contexto surgió, cuáles son sus síntomas principales y secundarios, por qué eligió, el paciente, ese día en particular para acudir a consulta y cómo afecta a su vida actual. Se pide información sobre su historia personal y familiar, con el fin de visualizar a la persona en diferentes momentos de su vida, en diferentes áreas, cómo es su ambiente actual, las personas significativas en su vida y cómo se relaciona con los demás. Es importante comprender tanto

como sea posible cuáles son los denominadores comunes en la historia general del paciente, la estructura sociopsicológica de la implantación del problema principal y los denominadores comunes, compartidos con la razón más inmediata para haber escogido ese día para la consulta.

Debe explicársele el proceso básico de la psicoterapia, es decir, la comprensión conjunta de lo que pasa dentro de la mente del paciente y establecer una continuidad entre el pasado y el presente. Hacerle sentir que se sabe de que se trata el problema y que éste puede ser remediado.

Esto nos lleva a establecer una Alianza Terapéutica que constituye una alianza de trabajo en la que el paciente debe manifestar su disponibilidad para llevar a cabo procedimientos analíticos y la aceptación de los métodos de trabajo. "Se le pide al paciente ver lo irracional con la parte intacta, saludable y realista de su ego, con la expectativa de que el terapeuta y el paciente trabajando cooperativamente...con comprensión y sinceridad, efectuarán el cambio...aliviarán los

sintomas" (Bellak y Small, 1988 p.114), así mismo, el terapeuta debe tratar de evaluar las funciones Yoicas del paciente, para saber con cuáles podrá contar para apuntalar las afectadas en caso necesario.

Por último se establecen las condiciones de las siguientes sesiones: la frecuencia, hora, duración de las sesiones y de la terapia; es decir, un Contrato Terapéutico.

SEGUNDA SESIÓN.

En ésta se explora de manera más amplia el problema, la historia familiar y personal, para tener mejores bases para elegir las áreas y métodos de intervención. Las sesiones deben relacionarse una con otra.

Se inicia preguntando cómo ha pasado la semana, cómo se ha sentido, si han surgido o desaparecido síntomas, se debe investigar sobre los sueños del paciente ya que pueden revelarnos la "voz reprimida de la conciencia, la cual puede utilizar los sueños como un medio para enfrentar al paciente a la autocrítica que no

se atreve a encarar conscientemente" (Frankl en Fabry,1977), así como la naturaleza de la relación terapéutica (dependencia o deseo de participar activamente) y de la transferencia que esté realizando el paciente con el terapeuta.

TERCERA SESIÓN.

Se sigue el mismo proceso; ésta sesión sirve para "transelaborar" lo que hasta este momento se ha aprendido. Es también el momento para trabajar sobre cualquier ansiedad de la separación.

Se debe trabajar el foco del problema para incrementar el insight, fortalecer las áreas libres de conflicto con el fin de establecer condiciones de mayor funcionalidad, a través de trabajar con el paciente: su comunicación, relaciones interpersonales, concientizar el papel que juega en la dinámica que sostiene el síntoma y detectar los cambios que va presentando tanto conductual como emocionalmente y enfatizarlos como un logro personal.

CUARTA SESIÓN.

Se continúa trabajando con el insight del paciente y se interviene en cualquier otra forma necesaria como: ayudarle a organizar su tiempo, sugerir diferentes alternativas para resolver algún problema, etc. Continuar enfatizando las potencialidades del paciente como ser humano y su capacidad para resolver problemas. Pedirle que hable sobre sus sentimientos que surjan ante la próxima separación con el terapeuta.

QUINTA SESIÓN.

Se establece más claramente una relación positiva con el paciente la cual se ha ido formando a través de la actitud de aceptación y comprensión que el terapeuta ha mostrado en el transcurso de las sesiones anteriores, asegurándole que de ser necesario podrá acudir a la consulta siempre que así lo requiera. Se investiga si existe algún nuevo material para trabajar.

Se pide al paciente regresar en un mes aunque se sienta perfectamente bien.

SEXTA SESIÓN.

Esta última sesión es de seguimiento, en ella se verifica la calidad de los logros terapéuticos, se revisa si existe otro material que requiera ser examinado en cuyo caso se podrá reiniciar la terapia. En caso contrario se le da de alta.

El paciente debe irse con la seguridad de que podrá regresar en caso de requerirlo.

Para ejemplificar este procedimiento, se presenta a continuación un caso que es similar a muchos otros que llegan al consultorio.

1.4.REPORTE DE UN ESTUDIO DE CASO.

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA.

Se trata de una persona de sexo masculino de 25 años de edad, soltero, estudiante de Arquitectura, sin actividad adicional.

Se presenta por iniciativa propia, puntual, bien aliñado y con actitud un tanto hostil.

Expone que el motivo de su consulta es que su rendimiento escolar ha bajado desde hace tres años. Debería estar terminando el cuarto año pero apenas va a presentar exámenes de materias de segundo que son seriadas y algunas de tercero. Manifiesta síntomas de depresión como fatiga, hipersomnia, falta de interés en sus actividades, tristeza y distractibilidad. Piensa que el exceso de trabajo escolar no le deja mucho tiempo para dormir y en consecuencia se siente fatigado, con flojera, lo que le impide, a su vez, avanzar en sus materias. Duerme diariamente entre 6 u 8 horas.

El paciente decidió venir precisamente ahora a consulta, porque se acerca el período de exámenes finales y está decidido a no perder más tiempo en la escuela y desea terminar la carrera. Ha querido remediar sus problemas, pensaba hacerlo por sí solo pero no ha podido y no sabe cómo hacerlo.

Al investigar sobre lo que le causa sus síntomas depresivos refiere que desde los 18 años tiene

conflictos familiares que le impiden concentrarse adecuadamente en sus labores.

HISTORIA FAMILIAR.

Relata que vive únicamente con su madre de 43 años, que tiene una hermana de 18 que se casó recientemente, que sus padres están separados desde hace 6 años y que desde los 18 años tiene problemas con su madre porque ésta no acepta a su novia y frecuentemente lo instruye sobre la manera de comportarse.

A raíz de la separación, su madre se volvió irritable y exigente con los hijos "estabamos muy consentidos y de repente se nos pide ser más maduros" (sic). La madre, al parecer de carácter obsesivo, exige que los quehaceres domésticos los realicen tal como ella lo desea y ofende a los hijos si no lo hacen así. Cuando la hija no se había casado recaía sobre ella la mayor parte de las responsabilidades domésticas y en menor grado sobre el paciente. Con su hermana casi no tiene comunicación, su relación es superficial y escasa, cosa que dice haber provocado él mismo con sus actitudes

(molestándola constantemente y no relacionándose desde pequeño, por ejemplo, en juegos u otras actividades). Le causa tristeza que ella ya no esté pero no es algo que le moleste en forma importante, incluso piensa que ahora la relación entre ellos puede ser más amable.

Relata que su infancia fue feliz, sentía apoyo y confianza en su padre pero también le temía porque era muy exigente en lo referente a la escuela, lo golpeaba y le gritaba si tenía alguna falla. Recuerda que fue un niño sociable, que el nacimiento de su hermana no provocó cambios importantes en el trato que le daban sus padres.

En casa había discusiones constantes entre sus padres porque su madre consideraba a su compañero como pasivo y sin ambiciones.

Cuando el paciente entra a la secundaria se vuelve aún más sociable, tiene muchos amigos y se olvida de los estudios para "hacer vida social" (sic.). Había más discusiones por infidelidad del padre y este se va de casa. Este motivo y su "vida social" provocan que el paciente pierda el año escolar.

Reinicia la secundaria y meses después regresa su padre, la situación continúa igual que antes con las exigencias de la esposa.

Para el paciente los años de secundaria fueron la mejor época de su vida, los recuerda con nostalgia porque podía divertirse con sus amigos a pesar de las limitaciones que le imponía su madre.

El padre de 45 años proviene de una familia de alto nivel económico, estudió la preparatoria pero no la terminó porque le gustaba divertirse con los amigos y tenía por eso muchos problemas con su familia.

La madre por el contrario, desciende de padres campesinos, sin posibilidades económicas, ella estudió la primaria y después la carrera corta de comercio para empezar a trabajar como secretaria. De esta forma ayuda a sus padres que se convierten en una carga para ella.

Ambos padres se conocen y deciden casarse en gran parte como una forma de librarse de los problemas que tenían con sus respectivas familias. El padre es chofer de un autobús de turismo y aunque su ingreso era bueno y cubría todas las necesidades de la familia, no

satisfacía a la esposa. Ella trabaja desde hace 23 años en una agencia de viajes donde inició como secretaria y poco a poco se ha ido superando al grado de habersele propuesto, recientemente, el puesto de gerente, el cual no aceptó ya que implicaba mayores responsabilidades pero no un salario mucho mejor.

Ella por su trabajo conoce y trata personas con una posición socioeconómica superior y aspira a subir también de nivel. No tienen casa propia, por lo que quiere que su hijo busque superarse, que empiece a trabajar, y le ayude para poder comprar una casa. Constantemente lo molesta diciéndole que no tiene ambiciones, que es pasivo como su padre, que con su nivel escolar debería buscar un buen trabajo aún sin que haya terminado la carrera, que debe estudiar y trabajar como lo hacen otras personas.

El paciente dice querer superarse pero a su propio ritmo, reconociendo, por otra parte, que se parece a su padre en algunas actitudes (gestos, gusto por la diversión) y teme llegar a ser como él (fracasado en los

estudios) por eso busca ayuda, pues "no estoy haciendo las cosas bien y no se por qué no puedo cambiar" (sic).

Hace 6 años cuando él cursaba la preparatoria, sus padres volvieron a separarse, y ahora en forma definitiva, por lo que se quedan sin el apoyo económico del padre a quien ven en forma esporádica y quien tampoco se preocupa por los problemas de los hijos. El paciente aunque se relaciona con algunos compañeros de la escuela se ha ido volviendo cada vez más aislado, argumenta que en la facultad hay mucho elitismo y por eso no es fácil hacer amistades y que además no le interesa.

Desde hace 7 años tiene una novia que actualmente estudia Odontología, con ella se entiende bien, hay comprensión, confianza y buena comunicación. Con ella inició su vida sexual activa, la cuál es satisfactoria aunque sus relaciones son esporádicas, cada vez que hay oportunidad. Se cuestiona si tienen planes de matrimonio al terminar la carrera y dice que a ambos les gustaría pero lo ven como algo muy lejano. El dice que no quiere casarse antes de los 40 años porque quiere divertirse y

vivir muchas aventuras para después dedicarse plenamente a su familia sin desear nada más que la estabilidad de su hogar. A pesar de la buena comunicación con su novia esto no lo ha hablado con ella.

Dentro de sus planes profesionales está el llegar a tener un estilo personal, aplicando a sus diseños la influencia prehispánica, tema sobre el que le gusta leer, le gustaría también tener un negocio ya que en esto se considera exitoso. En ocasiones ha realizado algunos negocios (ventas), que le han permitido obtener ingresos suficientes hasta para viajar al extranjero.

En resumen: se trata de un adulto joven que ha fallado en sus estudios, retrasándose dos años, por sus sentimientos de inseguridad y actitudes pasivo-agresivas provocadas por una madre castrante que con sus exigencias y tendencia al perfeccionismo alejó a su compañero, posiblemente también a la hija que decide casarse muy joven y que al paciente, durante el transcurso de su vida, ha descalificado haciéndolo

sentir inseguro e incapaz de agradarla en ningún aspecto.

El padre no es una figura fuerte, ausente la mayor parte del tiempo, primero por su trabajo y después por su separación de la familia, con quien se le compara constantemente, lo cual hace que el paciente tenga mucho temor a no lograr lo que se propone en la vida.

APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE LA TERAPIA BREVE AL CASO PRESENTADO:

PRIMERA SESIÓN.

En esta sesión se cumplió con el protocolo de recepción del paciente, se corroboraron los datos de su expediente clínico y se le interrogó sobre el motivo de su consulta.

El paciente expresó libremente que su problema principal es su atraso escolar y sus síntomas de fatiga, hipersomnias, falta de interés en sus actividades, tristeza y distractibilidad. Piensa que el no dormir más horas por el exceso de trabajo escolar, le causa la fatiga y "flojera" que no lo dejan avanzar en los

estudios. Al investigar el número de horas que duerme, se observa que tiene suficiente tiempo para descansar y se le explica que sus síntomas corresponden a la depresión y que ésta debe tener una causa. El paciente refiere que desde que tenía 18 años tiene problemas con su familia, principalmente con su madre lo que le impide concentrarse adecuadamente en sus labores.

Se le pidió hablar sobre su familia y los problemas que tiene con ella. En este relato, expresó su inconformidad contra las actitudes de su madre con respecto a su novia y su afán de tratarlo como niño pequeño al querer dirigir muchas de sus conductas.

Se investigan otras áreas de su vida, como la escolar, social, amorosa y laboral.

En esta sesión se expuso al paciente su enfermedad en términos sencillos, es decir que la "flojera" que siente, es depresión y que ésta no le permite utilizar sus capacidades intelectuales adecuadamente. Se focalizó el problema y conjuntamente con el paciente se decidió trabajar sobre su atraso escolar y sobre sus problemas familiares. Se le propuso un tratamiento de 5 semanas y

trabajar al máximo en una serie de tareas que él mismo va a establecer y que estarán enfocadas a preparar los exámenes de las materias de segundo año que lo tienen detenido. Esto con el fin de que su atención pase del afecto depresivo a tareas específicas que van a aliviar la tensión a un nivel concreto. El paciente tomó la decisión de "sacrificar" tres materias de tercer año que consideraba fáciles, no seriadas, para dedicarse de lleno a estudiar las dos materias seriadas. Se le apoyó en su decisión y se le aconsejó que su plan de trabajo diario contemplara tiempo de descanso y diversión.

Este régimen antidepresivo es lo que este paciente requería en virtud de su pérdida de autonomía del yo, la disminución de su capacidad para emprender acciones y la pérdida de seguridad en sí mismo. El objetivo era impulsar al paciente hacia el movimiento constructivo, con el fin de contrarrestar sus sentimientos de impotencia o ineficacia.

En esta primera sesión se observó que el paciente tiene a favor una buena capacidad intelectual, buena estructura yoica, éxito en las actividades económicas

que se propone (negocios), relación amorosa íntima y comprensión armoniosa con su novia, así como una vida sexual satisfactoria.

En contra: baja autoestima provocada por los conflictos con su madre quien lo ha descalificado durante gran parte de su vida, lo que a su vez provocó en él una reacción depresiva, que pensó en poder superar por sí mismo. La necesidad de buscar ayuda para resolver sus problemas constituye un golpe más a su autoestima. Esto no fue verbalizado por el paciente pero igualmente se le señala lo acertado de buscar ayuda como cualquier persona con sensatez.

El paciente aceptó trabajar en alianza con el terapeuta porque desea no perder más tiempo en sus estudios y porque le gusta su carrera, y por otra parte, quiere mejorar sus relaciones familiares y no sabe cómo podría hacerlo. Así mismo se muestra de acuerdo con el contrato terapéutico.

SEGUNDA SESIÓN.

Se le interroga sobre cómo ha pasado la semana. A pesar de estar trabajando sobre sus materias de segundo año, en forma constante, sigue sintiéndose deprimido; también manifiesta "resistencia" al decir que "aunque desee cambiar, él es así y no puede ser como otros".

Se le tranquiliza diciéndole que no se pretende cambiarlo, sino ayudarlo a recuperar las funciones positivas de sí mismo en forma gradual.

Continúa con la historia familiar y encontramos sentimientos ambivalentes hacia su padre, el cual le inspiraba cariño por el apoyo y confianza que éste le daba y al mismo tiempo temor con sus exigencias, gritos y golpes. También hay ambivalencia al considerar la época de la secundaria como la mejor de su vida por sus diversiones con los amigos y también como desagradable porque fue el inicio de la desintegración de su familia.

Estas dos situaciones (su agradable vida social en secundaria y la separación de sus padres), causaron un trastorno en su equilibrio causando lesiones a su autoestima e inseguridad que su madre ha fomentado con

sus actitudes exigentes y descalificadoras, comparándolo además con su padre. Se le libera de la culpa y del temor por su fracaso en los estudios, enfatizando la individualidad, entre él y su padre, en cuanto a historia personal, carácter e intereses.

Considero que las "lesiones" de este paciente no tienen raíces profundas y confirmo que la psicoterapia breve es adecuada en este caso.

TERCERA SESIÓN.

Continúa quejándose de las actitudes de su madre, se le CONFRONTA con su persistencia en una conducta pasivo-agresiva, sin el temor de agravar su depresión, ya que esto no constituye un ataque profundo a su Yo. Se le ESCLARECE el tipo de relación que tiene con su madre, tomando en consideración todas las dimensiones existentes, es decir, mostrando la posición de su madre en la dinámica (ella también sufre y tiene sus motivos para exigirle más dinamismo). Se le CONFRONTA con la conveniencia de salirse de casa y valerse por sí mismo, como una forma de resolver sus problemas familiares, con

la intención de que se efectúe un insight sobre sus intereses, impulsos y motivaciones inconscientes. El paciente se da cuenta, y así lo manifiesta, de que su actitud es de "comodidad" y "conveniencia", que desea seguir dependiendo de su madre hasta que termine la carrera, aunque tenga que pagar el precio con las críticas y regaños de ella, que desea permanecer como hijo de familia para divertirse y vivir aventuras antes de adquirir compromisos formales.

CUARTA SESIÓN.

En esta sesión el paciente refiere una mejoría en las relaciones con su madre y de sus síntomas depresivos los cuales casi han desaparecido, la causa de esto es que aprobó las materias que preparó. Aún persisten la hipersomnia y sentimientos de tristeza.

Se elevó en forma importante su confianza en poder avanzar en la carrera a un ritmo más acelerado. Se siente seguro y motivado hacia el estudio, con confianza en su capacidad intelectual.

Comenta que tiene muchos planes para el futuro, desea ser original en su profesión, construir un consultorio para su novia y además tener un negocio.

Respecto a los problemas con su madre él ha iniciado algunos cambios de actitudes (tratando de complacerla y acercándose a dialogar con ella, así como enfrentándola en forma asertiva), esto ha creado un ambiente más tranquilo entre ellos. En este ambiente su madre reconoció que ella también necesita terapia.

QUINTA SESIÓN.

Manifiesta que continúa libre de sus síntomas depresivos, sin problemas importantes en su relación con su madre y con una actitud cooperativa en casa. Comenta su intención de buscar trabajo durante las vacaciones o tomar un curso que le permita adelantar conocimientos de su carrera. Tiene muchos planes para el futuro y confianza en su capacidad para realizarlo; aquí se le confronta con su conducta que continúa siendo pasiva en muchos aspectos y se le INCITA para que siga realizando esfuerzos para la solución de sus problemas.

En esta última sesión, de acuerdo con el contrato terapéutico establecido, el paciente ante la separación inminente con el terapeuta, se muestra angustiado y demandante, cuestionando la falta de sesiones de diván, tests psicológicos e hipnosis.

Esta reacción me llevó a prolongar la sesión por una hora más para explicarle que existen diversas técnicas, que según el caso es la elección de las mismas y que en su caso no se consideró necesario aplicar tests, ni la hipnosis. El paciente aceptó los argumentos, y se le tranquilizó recordándole que en caso necesario podrá continuar asistiendo a terapia, pasado el mes que se había acordado.

Pasado el mes, el paciente no se presenta y se le llama por teléfono para saber el motivo de la ausencia. Refiere estar muy ocupado con sus trámites escolares y con un negocio que inició durante las vacaciones.

SEXTA SESIÓN.

A la siguiente semana se presenta a consulta de evaluación, se le observa tranquilo y animoso por los

logros obtenidos, aunque manifiesta que persiste un poco de temor a volver a fallar en la escuela.

Refiere que las relaciones con su madre han mejorado, aunque ella no ha cambiado mucho, pero por lo menos ya no han discutido, ahora pueden dialogar con calma y él trata de complacerla al realizar los quehaceres domésticos.

Se le da de alta y se le recuerda que de ser necesario podrá volver a solicitar el servicio.

SEGUIMIENTO: Después de terminada la terapia se continuó evaluando la situación del paciente a través de llamadas telefónicas periódicas, comprobando que no ha habido retroceso en la mejoría lograda durante el tratamiento.

Después de 14 meses el paciente continuaba trabajando con ánimo en sus materias escolares y con ayuda de su novia continuaba con su negocio de venta de perfumes.

CAPITULO II.

EVALUACIÓN.

En este apartado evaluaremos en primer término el programa de intervención terapéutico utilizado y los efectos que éste causó en el paciente del caso presentado.

En segundo término se realizará la evaluación general de la labor del psicólogo en la institución.

El empleo de la psicoterapia breve como forma específica de terapia y no como una terapia abreviada, nos permite incidir de una forma directa en la problemática que los pacientes nos presentan. Su importancia consiste en concentrar el esfuerzo terapéutico en los síntomas y en los temas de

importancia directa como lo sugiere Wolberg.(en Small,1986)..

La posibilidad de establecer una meta limitada a través de focalizar el conflicto y la limitación del número de sesiones, reduce la posibilidad de divagar y desperdiciar esfuerzos en aspectos que tal vez no son tan importantes para la consecución de nuestro objetivo terapéutico.

La investigación de la historia del paciente abarca todos los aspectos de su vida (familiar, social, escolar, amorosa, laboral) y todas las etapas cronológicas lo cual nos sirve para hacer interpretaciones que ayuden al paciente a comprender sus conflictos, después de esto es importante situar al paciente en su realidad presente (el aquí y el ahora) para iniciar el trabajo de recuperación a través de la participación activa del terapeuta, quien sugiere, apoya, estimula, esclarece.

La terapia breve es un método de trabajo que enfatiza la búsqueda de la salud y que fomenta el reconocimiento y la valoración de los recursos

individuales más que de las debilidades del yo y que permite la utilización de una gran variedad de recursos y habilidades, en lugar de utilizar un esfuerzo terapéutico de tipo único.

La terapia breve va más allá de la búsqueda de la modificación conductual de problemas o síntomas seleccionados, sin comprensión de las causas como lo hace el conductismo y no espera a que el paciente logre insights a través de procesos psicoanalíticos de revelación a largo plazo.

La terapia breve de Bellak y Small comparte con otros modelos de psicoterapia breve, aspectos de procedimiento, objetivos y técnicas, como por ejemplo el establecimiento de una alianza terapéutica, el manejo rápido de los "síntomas-objetivos", la movilización o evocación de los aspectos saludables de la personalidad del paciente, el manejo de la transferencia, la interpretación dinámica, la catarsis, etc.

Dentro de los riesgos que encierra el uso de la psicoterapia breve, algunos autores señalan que para el terapeuta puede llegar a convertirse en una actividad

compulsiva, llevarle a dar pasos apresurados y cometer errores en su afán por obtener resultados, desatender la realidad del paciente, simplificar demasiado la interpretación por el deseo de obtener resultados rápidos, no proteger debidamente al Yo del paciente durante el proceso, pasar por alto síntomas somáticos, etc. y en general consideran que de esto, el terapeuta puede resultar más afectado que el paciente, ya que el terapeuta puede verse sometido a un ritmo agobiador, no llegar a comprender al paciente e intervenir erróneamente o caer en el *acting out* durante la contratransferencia.

Es innegable que la mejor manera de prevenir errores consiste en que el terapeuta tenga un entrenamiento de calidad y fuentes de supervisión y de consulta adecuadas en su práctica profesional.

En el caso presentado las técnicas empleadas fueron consideradas las necesarias para aliviar la depresión prolongada y moderada del paciente, lo cual le permitió mejorar su desempeño escolar y cambiar actitudes en sus relaciones familiares.

El paciente comprendió la naturaleza de sus síntomas depresivos, tomó las decisiones convenientes para resolver sus problemas escolares y se percató de "su parte de responsabilidad" en los conflictos familiares. El ambiente de libertad y aceptación que encontró en el terapeuta permitió al paciente expresarse sin resistencia.

Se logró establecer una transferencia positiva que le dio la seguridad de que podría contar con la atención del terapeuta siempre que así lo requiriera; en este sentido no se siente solo para enfrentar los conflictos que pudieran presentarse en el futuro, y permite al paciente tener una imagen benigna e introyectada del terapeuta, lo cual lo motivará para seguir desempeñándose de manera adecuada.

El trabajo terapéutico realizado en el caso que se presenta, es solo una muestra de la intervención con los estudiantes que se atienden en la consulta de salud mental.

Desde luego que no se aplica la misma técnica en forma indiscriminada en todos los casos, es de acuerdo a

las necesidades del paciente que se elige la o las técnicas a utilizar, además de que no se siguen textualmente, sino que se adecuan a las necesidades del caso.

La terminación del proceso terapéutico no significa que el paciente superó para siempre aquello que lo hacía sufrir, sino más bien la apertura de un espacio y de un tiempo donde pueda pensar y practicar lo aprendido durante la terapia y disminuir su sintomatología. Es la apertura a la posibilidad de que se le facilite tener nuevos insights que le permitan tomar actitudes positivas y no quedar pasivo ante sus vicisitudes, la persona debe convencerse de que ha mejorado debido a que aprendió a comprender algunos de sus problemas.

Se le advierte que el hecho de resolver la problemática con que se presentó no lo libera de nuevos conflictos similares o diferentes, provocados por las pautas de conducta que ha reconocido en sí mismo y se le indica que en tal caso aplique por sí mismo lo aprendido durante el proceso terapéutico.

La evaluación que se hace del trabajo clínico es cualitativa y se realiza a través de lo que los pacientes reportan en cada sesión y que es registrado en el expediente clínico de cada uno.

En la mayoría de los casos se presentaron cambios en forma inmediata, inclusive desde la primera sesión donde algunos de ellos manifestaron abiertamente sus sentimientos y emociones aún cuando era el primer contacto con el terapeuta, cosa que no habían podido hacer con familiares o amigos. Al terapeuta por ser una persona profesional lo consideran como alguien digno de confianza, a quien pueden revelar sus más íntimos sentimientos, pensamientos y conductas que les producen sufrimiento. La actitud empática y cálida del terapeuta logra "enganchar" al paciente que generalmente permanece en tratamiento el tiempo suficiente para aliviar sus síntomas, aunque meses más adelante algunos regresan por causas similares a las de la primera vez o por otras diferentes, pero siempre con la confianza de encontrar la ayuda que buscan.

A través de cada sesión los pacientes van manifestando expresiones como: "esto nunca se lo había dicho a nadie, usted es la primera persona que lo sabe" o "me siento un monstruo y quiero que me ayude a ordenar mi vida", "me siento mejor, después de hablar con usted veo las cosas de diferente forma", etc.

Son relativamente pocos los casos con una verdadera patología como psicosis o síndromes orgánicos, que se presentan en el servicio de salud mental y cuando esto sucede su atención y tratamiento se realiza conjuntamente con el psiquiatra o neurólogo o únicamente por ellos. Los pacientes que por su situación académica no pueden obtener la prestación del servicio, son canalizados a otras instituciones (IMSS, SS), en muy contados casos es necesaria la hospitalización.

La mayor parte de las veces los jóvenes se presentan por iniciativa propia en un estado cercano a la crisis, cuando sienten que ya no pueden resolver por sí solos lo que les aflige o cuando han perdido toda la objetividad de su problemática. Muchas veces vienen con ideas erróneas sobre sexualidad, dudas vocacionales,

sentimientos de culpa que sus padres, sin darse cuenta, les han creado, quejas de inadaptación al medio escolar o familiar, conflictos familiares que provoca un padre alcohólico o demasiado rígido, dificultades para establecer relaciones interpersonales o amorosas, etc. En ocasiones basta con focalizar el problema del paciente, explicarlo y dar una visión objetiva del mismo, para que la angustia y desesperanza del paciente disminuya y pueda visualizar las posibles soluciones a su situación específica.

No todos los casos que se atienden, se resuelven positivamente. En muchas ocasiones los pacientes dejan de acudir a consulta sin que hayamos podido ayudarlos a encontrar la forma de resolver sus conflictos. Hay quienes no se comprometen realmente en la Alianza Terapéutica, a pesar de haberlo manifestado, otros van de un terapeuta a otro quejándose de que no se les ha ayudado, sin haberse dado la oportunidad de iniciar un tratamiento.

Hay pacientes que provocan la hostilidad en el terapeuta, pero después de haber analizando la

transferencia y la contratransferencia se ha logrado continuar con la terapia. Generalmente, se termina el tratamiento con una transferencia positiva aún con éstos pacientes, aunque hay que reconocer que en contadas ocasiones esto no fue logrado totalmente ya que hay quienes únicamente "descargan" sentimientos, ideas e impulsos negativos con el terapeuta y no regresan más a consulta. Tal vez se sienten momentáneamente más tranquilos pero no intentan resolver sus problemas, éste alivio es lo único que logran obtener de su asistencia a la consulta y por lo general solo acuden una o dos veces.

Cuando no se logra una transferencia positiva con el paciente, lo cual es poco frecuente, pero se ha llegado a presentar, se le canaliza con otro terapeuta para su atención.

Cuando se presentan casos que consideramos que requieren de un tratamiento psicoanalítico prolongado, porque implican la necesidad de profundizar en la estructura de la personalidad, se explica al paciente el por qué de la necesidad de buscar otro tipo de terapia.

El hecho de trabajar con adolescentes y jóvenes adultos que por lo mismo se encuentran en una etapa de cambios físicos y fisiológicos pronunciados, con falta de estabilidad, entusiasmo fluctuante, inconsistencia, necesidad de autoafirmación, deseo de independencia y de ciertos privilegios sin la implicación de obligación y responsabilidad, nos hace difícil la relación de trabajo, pero a la vez nos hace más fácil el incidir en su problemática antes de que su personalidad termine de estructurarse completamente. A pesar de que la edad de muchos jóvenes (24 a 28 años) que cursan una carrera universitaria ya no corresponde a la adolescencia, su calidad de hijos de familia dependientes de los padres y sujetos a las normas de éstos los convierten "funcionalmente" en adolescentes, con conflictos similares a los de esa etapa. En estos casos se les trata de concientizar sobre su postura "fuera de lugar" para que traten de ubicarse en actitudes más adecuadas a su edad cronológica en cuanto a responsabilidades ya que sus necesidades e intereses también son diferentes a los de los adolescentes.

Nuestra intención particular, es que el proceso terapéutico no solo sirva para aliviar o desaparecer síntomas en corto plazo, sino para promover el desarrollo personal de los consultantes. "Si el paciente ha alcanzado algún nivel de adaptación, puede tomar lugar el Conocimiento Silente" o silencioso. "Según la teoría del aprendizaje, la dispersión del adiestramiento es muy efectiva ya que un paciente se puede beneficiar de una resolución en la primera sesión para aprender una buena cantidad antes de llegar a la siguiente y aprender más efectivamente sobre la base de la dispersión del adiestramiento" (Bellak y Small, 1988 p.53).

Como suele suceder en psicoterapia existe una buena cantidad de pacientes que abandonan el tratamiento en cuanto hay algún alivio de sus síntomas o porque descargaron su agresión en el terapeuta sin que busquen realmente un fin curativo y van de una persona a otra sin un verdadero deseo de resolver sus conflictos.

En el primer caso, se ha podido conocer que el motivo de interrupción de algunos estudiantes es el

alivio de sus síntomas y el exceso de trabajo escolar, lo que les lleva a no asistir más a consulta.

Por otra parte el tiempo de duración de la psicoterapia es variable, dependiendo del caso. En algunos estudiantes es suficiente con dos o tres sesiones en las que se les brinda apoyo o esclarecimiento de su situación para que desaparezcan sus síntomas de ansiedad o depresión provocados por sus conflictos familiares o de relación social o amorosa, o sus dudas (sobre sexualidad o de índole vocacional) y continúen siendo funcionales. En otros casos se llega a prolongar la terapia hasta por 15 o 20 sesiones, en ocasiones interrumpidas por periodos de exámenes, vacaciones o mejorías temporales.

En la bibliografía sobre Terapia Breve encontramos que diferentes autores hablan de tratamientos que van desde una sesión hasta un máximo de 217 sesiones. En promedio, una gran cantidad de terapeutas marcan 20 a 25 sesiones para la terapia breve (Small, 1986 p.41-42).

Consideramos que una terapia de 217 sesiones no debería de llamarse breve salvo por las metas y las

técnicas, pero no cumple con el factor de tiempo reducido, tampoco consideramos que la terapia breve deba limitarse a un número estrictamente determinado de sesiones, la terapia debe ser flexible en todos los aspectos (número de sesiones, técnicas que se utilizan, directiva o no directiva). Sin embargo para cumplir con los objetivos institucionales y poder atender a un amplio núcleo poblacional debemos ajustarnos a ciertas condiciones que la psicoterapia breve posee y la realidad requiere.

En una visión general de la labor que se realiza, ésta resulta satisfactoria en gran medida ya que hay pacientes que regresan en un tiempo más adelante para agradecer la ayuda y manifestar su mejoría, aún cuando abandonaron el tratamiento; otros para presentarnos a su nueva familia (esposa, hijos) y otros que nos recomiendan con sus compañeros de escuela o amigos.

En otro orden de ideas, queremos señalar también que el trabajo que el psicólogo desempeña en la Institución, es la participación en apoyo a otras áreas, impartiendo cursos, pláticas y talleres sobre temas

como: Desarrollo Humano, Sexualidad, SIDA, Relaciones Humanas y Capacitación de estudiantes de psicología en servicio social, -sobre la utilización de la Entrevista Psiquiátrica Modificada- de Goldberg, que tiene como objetivo unificar los criterios para determinar quiénes, de los entrevistados, requieren atención psicológica o psiquiátrica y quiénes no, además de establecer el grado de severidad del caso; y que se aplica a los estudiantes de primer ingreso que resultaron "positivos" en el examen médico de primer ingreso.

En cuanto a la capacitación del profesional de psicología, éste debe procurarlo por cuenta propia para poder cumplir, de una manera seria y comprometida, su labor profesional.

CAPITULO III.

ANÁLISIS

Considero conveniente realizar este apartado desde dos puntos de vista, en el primero, analizar los alcances y limitaciones de mi labor clínica y en el segundo, el análisis del trabajo del psicólogo en el servicio médico de una institución educativa.

Primero: en el caso presentado se cumplió con las 6 sesiones que Bellak (Bellak, 1993) establece para la Terapia Breve, razón por la cual se eligió, aunque como se mencionó anteriormente, el número de sesiones es variable dependiendo del caso.

El resultado obtenido con este paciente fue positivo ya que logró avanzar escolarmente e inició un

cambio de actitudes que le favoreció en el ámbito familiar y en su economía personal.

La técnica utilizada fue la actividad del terapeuta, que Small (Small,1986) define como un aspecto cualitativo de la terapia y que considera la participación activa del terapeuta que se propone metas inmediatas y que debe abarcar la discusión franca de las expectativas de los pacientes.

De acuerdo con Hollon (Op. cit.,1986 p. 126) esta técnica consiste en exponer al paciente su enfermedad en términos sencillos, asegurarle su falta de responsabilidad en caso de que exagere sus culpas, establecer un plazo para la terminación del tratamiento y un régimen de actividad máxima, exigirle una relación diaria de los hechos y acicatearlo para que proporcione una historia concreta y detallada; esto se puede prolongar durante varias sesiones.

Se le podrá pedir que realice una cantidad de tareas sencillas que requieran esfuerzos vigorosos y al mismo tiempo que reduzca su alimentación al mínimo, con el fin de que su atención pase del afecto depresivo a

tareas específicas, con lo que se alivia la tensión a un nivel concreto y primitivo.

Este régimen antidepresivo permite a los pacientes recobrar la pérdida de autonomía del Yo, la capacidad para emprender acciones y recobrar el sentido de seguridad acerca de sí mismos.

Avnet (Op. cit., 1986 p.128) dice que el interés manifiesto del terapeuta en la problemática del paciente, parece constituir un elemento determinante en que la respuesta al tratamiento sea positiva.

Se trata de impulsar al paciente hacia el movimiento constructivo, con el fin de contrarrestar sus sentimientos de impotencia e ineficacia.

Conforme a esta técnica, se identificó a la depresión como causa de las dificultades del paciente y que su alivio constituiría la tarea principal de la terapia.

De inicio se le brindó **apoyo** en su toma de decisiones, se le escuchó con aceptación y empatía, sin la crítica que constantemente recibía de su madre, lo que le permitió expresarse en sus quejas y expresión de

sus sentimientos reprimidos. Su inteligencia y el trabajo organizado en la preparación de sus exámenes, le permitió aprobar las materias que lo tenían detenido en segundo año, éste fue un punto clave en su recuperación ya que disminuyó en gran parte los síntomas depresivos y reforzó la autoestima.

Considerar al terapeuta como un "instrumento" más de la terapia (Fiorini,1992), permite explicar que su actitud empática, cálida y espontánea, proporcionó al paciente la libertad para poder hablar y quejarse de sus padres de una manera espontánea y así analizar la dinámica de las relaciones intrafamiliares y confrontarlo con su participación en la misma. Se **esclareció** su relación con su madre, visualizándola como la causa de sus síntomas depresivos, así mismo, a través de la **interpretación "esencial"** se demuestra que a través de su vida, el paciente ha sufrido repetidos "golpes" a su autoestima, lo cual lo ha vuelto muy vulnerable y lo hace presa fácil de la depresión ante cualquier situación adversa que se le presenta.

Ante este hecho, se emplea la técnica de **reaseguramiento** para aliviar los sentimientos de culpa "por ser igual que su padre" y proporcionarle la seguridad de que no es una persona sin aspiraciones como se lo dice su madre. Después de haber logrado sus metas escolares, se le reforzó positivamente y se le incitó o **aguijoneó** para continuar en sus esfuerzos por resolver sus problemas.

La libertad para poder hablar y quejarse de sus padres nos permitió analizar la dinámica de las relaciones intrafamiliares y que él reconociera su participación en la misma. Su capacidad de insight le llevó a iniciar los cambios actitudinales en su relación familiar que ya se mencionaron.

Se estableció una transferencia positiva tal como la definen Bellak y Small "Sentimientos irracionales del paciente respecto del terapeuta, que comprenden esperanzas, temores, gustos y disgustos" (Small, 1986 p.204) que permitió que el paciente viera en el terapeuta a una persona amable, digna de confianza,

comprensiva y aceptante, de la cual obtuvo la ayuda requerida.

Considero que sin la intervención del terapeuta este proceso no se hubiera llevado a cabo ya que el paciente llevaba 3 años sin poder realizar esos avances a pesar de su deseo, de sus capacidades y su fortaleza yoica.

De la misma forma, se debe admitir que faltó preparar al paciente para la "separación del terapeuta" lo que llevó a la necesidad de prolongar la quinta sesión por 60 min. más, lo cual fue posible realizar en ese momento y se logró que el paciente se retirara tranquilo, sabiendo que pasado un mes podría regresar a terapia en caso de ser necesario. Este mes entre la 5ª y la 6ª sesión, coincidió con las vacaciones intersemestrales, durante las cuales el paciente se dedicó a iniciar un negocio y estudiar para presentar uno o dos exámenes extraordinarios.

Se realizó la sesión de evaluación donde se observó que el paciente continuaba asintomático y que los cambios realizados durante la terapia se mantenían.

Se le continuó evaluando telefónicamente cada mes sin que hasta este momento haya retroceso en la situación del paciente.

La eficacia del tratamiento se comprueba cualitativamente en primer lugar, en la observación clínica y con las modificaciones que produjo la terapia y que comprenden:

- Desaparición de algunos síntomas y el alivio de otros.
- Mayor ajuste en sus relaciones con el medio (relación con su madre, estudio, trabajo).
- Incremento de la autoestima.
- Ampliación de perspectivas personales.
- Incremento de su autoconciencia con mayor comprensión de sus dificultades.

Como vemos se puede comprobar la efectividad, la duración del cambio y ganancias adicionales en personas que han sido tratadas con psicoterapia breve, a pesar de que hay quienes consideran este tipo de terapia como un paliativo y que se podría esperar un deterioro en la situación de los pacientes, ésto no es así.

Es importante considerar que la actitud del terapeuta desde su postura humanista permitió al paciente la libertad para expresarse sin el peso de la crítica y la imposición de las exigencias de una tercera persona, lo que derivó en que él se sintiera "acompañado" y con esa seguridad tomar las decisiones más convenientes a su problema y llevarlas a la práctica.

La terapia breve, a pesar de haberse desarrollado a partir del psicoanálisis, comparte con el humanismo aspectos como lo referente a la teoría de las relaciones interpersonales que describió Rogers y que postula "que cuanto más elevado sea el grado de acuerdo realizado por la experiencia, la percepción y la conducta de una de las partes, más positiva será la relación ya que implicará: comprensión mutua, mejor funcionamiento psicológico por ambas partes, satisfacción en la relación y tendencia a la comunicación recíproca". (Rogers, 1984). En el psicoanálisis la comunicación recíproca es limitada pues el paciente es quien habla y el psicoanalista escucha, no hay comprensión mutua.

Otro aspecto que comparten es que la actitud del terapeuta debe ser más activa que pasiva durante el proceso terapéutico, tratando a su vez de ser lo menos directivo posible para que la persona se vea impulsada a desarrollar sus potencialidades.

La filosofía humanista permite poder ayudar a una persona que "no cae bien" o "no le gusta" al terapeuta ya que éste antepondrá el respeto por la persona y no la simpatía o el gusto por ella. También permite ver al paciente como una persona que sufre, antes que un problema a resolver y hacerle saber que se "está con él" y que "se le escucha con atención". Existen terapeutas que pueden seleccionar a sus pacientes con base en la empatía que logran establecer con ellos; en nuestro caso, esto no es posible y se debe atender a todo aquél que lo solicita.

El terapeuta comunica su entendimiento de lo que el paciente le dice, lo que implica eso que le dice, que sugiere lo que no le dice verbalmente y está dispuesto a compartir su propia experiencia con él si esto le ayuda a entenderse mejor a sí mismo.

Como ya se dijo no solo se trata de eliminar síntomas o resolver problemas sino de ayudarlo a aprender cómo volverse autónomo en la solución de futuros problemas a través de la exploración de sus propios problemas y sus sentimientos, de su entendimiento y el respeto a sí mismo.

Segundo, la labor del psicólogo, dentro de una Institución Educativa que pretende brindar un servicio de apoyo al bienestar de los estudiantes, tiene aspectos positivos y negativos.

Como es sabido por quienes son usuarios de un servicio médico institucional, éste resulta molesto desde el momento en que deben cubrirse una serie de trámites administrativos, la larga estancia en la sala de espera, con la consiguiente pérdida de tiempo, los intervalos largos entre una consulta y la siguiente, la atención fría y despersonalizada por parte del personal, desde quienes tienen el primer contacto con el usuario hasta el médico o especialista que lo atiende, lo que podría constituir "un pago" por el servicio.

Estos aspectos desaniman a los pacientes a acudir a la consulta médica y con mayor razón a la consulta psicológica, por la idea que aún persiste de que solo los "locos" consultan al psicólogo y en ocasiones por que se tiene una gran incapacidad para aceptar que se tiene un problema.

En nuestro país los servicios de salud mental presentan grandes limitaciones. Estos servicios se encuentran insertos en el sistema general de salud (IMSS, ISSSTE, SS.) donde existe una gran desigualdad en cuanto a recursos y calidad de servicios (Fenk, 1985 en García, 1997) la población no derechohabiente es relegada a servicios de menor calidad.

Los problemas de salud mental más frecuentes en la actualidad son los referentes al desarrollo, las neurosis y los problemas de adaptación y no las perturbaciones severas (De la Fuente, 1991 en García, 1997).

Ante los requisitos que imponen las Instituciones, el no saber a dónde acudir, la lejanía del servicio, el miedo a asistir al servicio y el mal trato, las personas

prefieren acudir a amigos o familiares o en segundo lugar a curanderos, antes que a un psicólogo.

Al parecer no existen en nuestra ciudad, Instituciones dedicadas a brindar psicoterapia a los adolescentes, las pocas Instituciones dedicadas a la atención de ellos son de carácter social y cubren hasta cierto punto, aspectos recreativos y sociales, que pueden ser preventivos de muchos problemas psicológicos. Otras Instituciones atienden específicamente problemas de adicción, pero no existe una que atienda la salud mental en general, de los adolescentes y jóvenes.

En este sentido, la UNAM al igual que otras Universidades, cuenta con un servicio médico que incluye entre sus metas el cuidado de la salud mental de sus estudiantes, es decir, una atención integral de su salud.

El psicólogo dentro de este ambiente todavía no es plenamente reconocido. Se sabe que debe existir dentro del grupo interdisciplinario de salud, pero aún no es bien comprendida su función, ya que dentro de los programas de trabajo de las diferentes áreas del

Servicio, no tiene un rol bien definido; puede participar como apoyo en las áreas de capacitación, educación para la salud, promoción y difusión del servicio médico y en la atención clínica de los estudiantes, pero no como un "actor principal". Generalmente los programas de trabajo son elaborados y dirigidos por médicos.

Otro aspecto que afecta al Servicio de Salud Mental, es el desconocimiento que el propio personal del Servicio, tiene del programa de trabajo, lo cual trae como consecuencia que no se persigan objetivos definidos.

Así mismo se carece de una supervisión que ayude a corregir los errores y las deficiencias en el Servicio, lo que provoca que cada miembro de esta área, trabaje en forma aislada, brindando el tipo de terapia que considere pertinente. La Institución no cuenta con un programa establecido que evalúe la eficacia de su personal, o de los tratamientos terapéuticos que se proporcionan.

Al igual que en otras Instituciones, uno de sus objetivos gira en torno a registrar el número de personas en expedientes, lo cual justifica de alguna manera la existencia de la Institución y su función, sin lograr una meta específica.

En el aspecto de la capacitación, el personal se encuentra restringido, no existe un programa que tenga esta finalidad. En ocasiones es necesaria la intervención del sindicato para que el personal obtenga el permiso para acudir a cursos, sobre todo si ésto implica dejar de laborar por algún tiempo.

Dentro de este contexto, se ha tratado de brindar un servicio eficiente en cuanto a calidad y respeto, pero esto debe considerarse como un esfuerzo aislado, de unos cuantos profesionales.

Sin embargo esto fue logrado a partir de que se rescató el trabajo terapéutico para los psicólogos, dejando de aplicar pruebas psicométricas y pugnando por intervenir terapéuticamente. Como se había mencionado anteriormente, éste era privativo de los psiquiatras.

Así también se ha realizado, por breves temporadas trabajo de Terapia de Grupo, que se ha tenido que suspender por no contar con el apoyo solicitado a las autoridades, en términos de contar con un espacio adecuado para este tipo de servicio.

Es importante remarcar que aún con las limitaciones mencionadas anteriormente, este servicio de salud integral representa una de las pocas Instituciones que brindan atención psicoterapéutica a adolescentes y jóvenes en forma gratuita y diligente.

CAPITULO IV.

CONTRIBUCIÓN.

1.Objetivos y funciones propuestas para el Servicio de Salud Mental.

Como se ha visto en el desarrollo del presente Reporte, la función que el psicólogo clínico desempeña, reviste una gran importancia al proporcionar un servicio tan necesario a jóvenes y adolescentes en forma gratuita, lo que hace que la atención psicológica no sea privilegio de unos cuantos.

El desconocimiento que el personal del Servicio de Salud Mental tiene del Programa de trabajo, nos lleva a tratar de definir claramente objetivos y actividades y contar con un método de evaluación de la labor que se desempeña. No solo es importante la cantidad de

consultas que se otorga, sino la efectividad de las mismas; por lo tanto el desarrollo de las actividades del psicólogo de la Institución, es susceptible de cambios que le permitan un desempeño más eficiente.

En la última reestructuración de la Dirección General de Servicios Médicos, a partir del mes de Mayo de 1997, el servicio de salud mental pasó a formar parte de la Subdirección de Educación y Desarrollo, que tiene como objetivo general "Propiciar las condiciones institucionales y comunitarias para fortalecer la responsabilidad social en la promoción de la salud del estudiante universitario".

De acuerdo con el objetivo de esta subdirección, el servicio de salud mental debe contemplar entre sus objetivos el "desarrollo humano" dirigido tanto a los estudiantes, para generar en ellos una mayor disposición al autocuidado, como al personal de la propia Dependencia, lo cual redundaría en una mayor motivación para el trabajo y mejor desempeño del mismo.

De acuerdo con esto se propone lo siguiente:

OBJETIVOS DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL.

OBJETIVO GENERAL:

Contribuir al desarrollo integral de la población estudiantil universitaria a través de la prevención y la atención clínica de los problemas de salud mental que presenta y promover su desarrollo personal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Coadyuvar con los estudiantes en la recuperación de su bienestar psicológico a través de técnicas psicoterapéuticas breves.
2. Ampliar la cobertura de atención clínica de la comunidad escolar, con la finalidad de satisfacer la demanda.
3. Proporcionar orientación y terapia a estudiantes embarazadas.
4. Ampliación del Servicio brindando Psicoterapia Familiar y de Pareja.

5.Fomentar el autocuidado de la salud mental en la comunidad universitaria.

6.Fomentar el desarrollo y la integración del personal de la dependencia que tiene contacto directo con los estudiantes.

7.Capacitación del personal profesional del Servicio.

8.Evaluación del servicio.

FUNCIONES.

1.Proporcionar psicoterapia breve a los estudiantes que soliciten servicio clínico con el fin de que obtengan una pronta recuperación de su funcionalidad y prevenir el desarrollo de un conflicto mayor.

2.Promover la formación de Grupos cerrados de terapia, principalmente con los alumnos que el EMPI (Examen médico de primer ingreso) detecte como positivos de padecer alguna patología psicológica.

3.Sensibilizar al personal de atención médica (médicos generales y especialistas) para que canalicen a las estudiantes embarazadas al servicio de Salud Mental, con

el objeto de poder evaluar si requieren o no atención psicológica

4. Selección y capacitación de un equipo interdisciplinario para la atención de Grupos (estudiantes seleccionados para tal efecto, estudiantes embarazadas y familias).

5. Solicitar cursos de Especialidad en Terapia Familiar, de Grupo y de Pareja.

6. Impartir cursos-taller sobre temas de psicología enfocados al desarrollo personal y al cuidado de la salud de la comunidad universitaria.

7. Impartir cursos-taller sobre temas psicológicos que promuevan un mayor conocimiento y comprensión de los usuarios del servicio, así como el propio desarrollo del personal de la dependencia que tiene contacto directo con los estudiantes.

8. Promover la capacitación del personal a través de la asistencia a Seminarios de supervisión de casos, talleres, cursos, congresos, conferencias, etc.

9. Elaborar guías de evaluación.

La realización de las acciones requiere del óptimo desempeño del personal y de su actualización continua que le permita alcanzar las metas que se propone en beneficio de la comunidad universitaria y de su satisfacción personal.

Después de haber planteado objetivos y acciones definidas en cuanto al servicio de salud mental, a continuación proponemos algunas actividades al Programa de Salud Mental en general, así como al Programa de Servicio Terapéutico en lo particular.

2. Algunas Contribuciones al Mejoramiento del Servicio de Salud Mental.

Con respecto al programa de Salud Mental en general:

1.- La creación de un archivo clínico exclusivo para el Servicio de Salud Mental, con objeto de asegurar la confidencialidad de la información que los pacientes proporcionen. En ocasiones algunos pacientes llegan a pedir que no se escriba en su expediente determinada

información, o hay a quienes les inquieta saber si otras personas tienen acceso a su expediente.

2.-Contar con un área adecuada para realizar Terapia de Grupos.

3.-La posibilidad de tener una secretaria o enfermera encargada de la recepción de los pacientes. A partir de la reestructuración de la Dependencia, el área física del servicio de salud mental quedó separada del resto de los consultorios y en ocasiones los estudiantes no saben a dónde dirigirse, lo que provoca llegar con retardo a su cita de primera vez.

4.-Contar con personal de Trabajo Social que realice la primera entrevista de quienes soliciten el servicio

5.-Contar con la participación del personal de trabajo social como apoyo para la realización del seguimiento de los casos. Periódicamente se comunicarían telefónicamente con los usuarios que han sido dados de alta, así como con aquellos que han desertado del tratamiento.

6.-Solicitar que en la Biblioteca de la Dependencia se cuente con bibliografía especializada sobre psicoterapias en general.

7.-Contar con una Cámara de Gessel para fines de supervisión y enseñanza.

8.-Solicitar la creación de una sala de espera exclusiva del área de Salud Mental.

9.-Se considera conveniente visitar otros centros de salud con buen funcionamiento tanto Nacionales como del Extranjero con el fin de obtener información que nos permita mejorar el servicio en cuanto al Programa como al diseño del espacio físico y su funcionamiento..

10.-Realizar materiales de Promoción del Servicio de Salud Mental, como Carteles y Trípticos, con la finalidad de dar a conocer la existencia de dicho servicio y para que éste sea aceptado por la comunidad universitaria.

Con respecto al Programa de Tratamiento:

1.-Contar con instrumentos que nos permitan evaluar con objetividad la eficacia de la psicoterapia, tales como el test de Apercepción Temática, el IDARE o escalas de

medición de la depresión por ejemplo, así como un cuestionario que aplicado al término del tratamiento y 6 meses después, nos proporcione información sobre lo que el paciente opina sobre la calidad de la atención y el beneficio recibido a través del tratamiento psicoterapéutico.

2.-Establecer sesiones interdisciplinarias periódicas enfocadas a la revisión de casos a donde asistan diversos profesionales involucrados en el caso específico a discutir como el psicólogo, médico, neurólogo, psiquiatra, trabajador social, etc., coordinadas por un profesional competente, donde cada uno de los miembros del mismo tengan la oportunidad de discutir su trabajo, sobre casos específicos, dar su opinión y escuchar propuestas y opiniones de otros profesionales.

3.-Seminario de revisión de temas específicos sobre psicología.

4.-Asistencia a un Seminario de supervisión de casos, impartido por un especialista del área.

5.-Revisión del Programa de tratamiento, tomando en cuenta:

5.1.El establecimiento de un número reducido de sesiones con el fin de propiciar el "trabajo" individual de los pacientes y evitar la dependencia hacia el terapeuta, ya que es preferible dar una terminación prematura al tratamiento antes que continuarlo sin justificación.

5.2.Ser lo suficientemente flexible y estar alerta para no cometer el error de "abandonar" a un paciente que aún requiere de la atención.

5.3.Cuando definitivamente no se puede establecer una transferencia positiva con un paciente, es preferible canalizarlo con otro terapeuta o a otra institución para su atención.

5.4.Ser lo suficientemente analíticos para no tratar un caso el cual requiera la ayuda de otro profesional en otra área, como psiquiatría, neurología, etc.

5.5.Establecer diagnósticos apropiados que nos permitan definir si el caso amerita psicoterapia o si es indispensable el empleo de la farmacoterapia en cuyo caso se deberá canalizar al paciente a otro servicio.

6.-A la terminación del tratamiento se debe pedir al paciente que informe periódicamente por teléfono o carta sobre el curso de su vida, con el fin de conservar la transferencia positiva para que la persona sienta segura la disponibilidad del terapeuta, lo que podría evitar en gran medida un retroceso en los resultados obtenidos. Esto en caso de no contar con personal que realice el seguimiento

Es importante considerar que las personas interesadas en el trabajo institucional, contemplen la necesidad de contar con un programa de trabajo claramente definido con objetivos alcanzables con actividades específicas y con instrumentos que permitan evaluar el trabajo realizado, todo ello con el propósito de que la labor sea eficiente y no se convierta en una rutina burocrática que impida la funcionalidad del servicio.

"NO DEBE OLVIDARSE QUE LA IMPECABILIDAD DE UN SERVICIO ES EL REFLEJO DE LA CALIDAD DEL PROFESIONAL QUE LO BRINDA".

Lo anterior me lleva a reflexionar sobre la necesidad de que el trabajo institucional no debe ser una serie de esfuerzos individuales aislados, sino la labor conjunta de todo el personal, cuya integración potencializa la calidad y el beneficio del servicio que se ofrece a los usuarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVAREZ GAYOU, M. (1985). Sexoterapia Integral. México. Manual Moderno.
- BELLAK, L. (1993). Manual de Psicoterapia Breve, intensiva y de urgencia. México. Manual Moderno.
- BELLAK, L. y SMALL, L. (1988). Psicoterapia breve y de emergencia. México. Pax México.
- BENAVIDES, L. (1981). VI Jornadas Internas de trabajo. III Congreso Nacional de Salud Escolar y Universitaria. Memorias, DGSM. UNAM. México.
- BENAVIDES, L. (1984). IX Jornadas Internas de trabajo. V Congreso Nacional de Salud Escolar y Universitaria. Memorias. DGSM. UNAM. México.
- DE LA FUENTE, R. (1987). Del Médico, Homenaje a Bernardo Sepúlveda. México, UNAM.
- DOMINGUEZ, J. (1988). Reunión Sobre Salud Universitaria. Memorias, DGSM. UNAM. México.
- FABRY, J. (1977). La Búsqueda de Significado. Fondo de Cultura Económica. México.
- FIORINI, H. (1992). Teoría y técnica de Psicoterapias. Buenos Aires. Nueva Visión.
- GARCIA, S. (1997). Necesidades de atención y utilización de Servicios de Salud Mental. Suplemento de la Revista Salud Mental. Vol. 2 Año 20 Supl.2. IMP, México.
- INEGI. (1995). Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. México, INEGI-S.P.P.

- LARA, A. (1981). VI Jornadas internas de trabajo. III Congreso Nacional de Salud Escolar y Universitaria. Memorias, DGSM. UNAM. México.
- LORANCA, E. (1995). Intervención psicológica a población Universitaria en una Institución de Salud. Reporte laboral. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- MANELIC, H. y ORTEGA, H. (1995). La Depresión en los estudiantes Universitarios en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón. Revista Salud Mental. México, IMP. Vol.18 Año 18 No.2.
- QUITMAN, H. (1989). Psicología Humanista. Barcelona. HERDER.
- ROGERS, C. (1984). Psicoterapia, Personalidad y Relaciones Interpersonales. Buenos Aires, Nueva Visión.
- RUIZ, Y. (1996). Tratamiento Cognitivo Conductual en pacientes con trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizadas. Tesina de Licenciatura. Escuela de Psicología. México. Universidad Anáhuac.
- SMALL, L. (1986). Psicoterapias Breves. México. GEDISA.
- VIJOSA. (1988). Reunión sobre Salud Universitaria. Memorias, DGSM. UNAM. México.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

- BALINT, M., ORNSTEIN, P., y BALINT, E. (1985). Psicoterapia Focal. Buenos Aires. GEDISA.
- DE SHAZER, S. (1986). Claves para la Solución en Terapia Breve. Argentina. Paidós.

- EGAN, G.** (1981). El Orientador Experto: un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal. (E. Nieto Cardoso, trad.) México Iberoamericana (trabajo original publicado en 1975).
- FARRE, L., HERNÁNDEZ, V. y MARTÍNEZ, M.** (1992). Psicoterapia Psicoanalítica Focal y Breve. España. Paidós.
- GONZÁLEZ, A.** (1987). El Enfoque Centrado en la Persona. México. Trillas.
- GONZÁLEZ, G.** (1981). Tratamiento Psicoterapéutico para adolescentes en Instituciones Sociales del D.F. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- HARRIS, B.** (1972). Psicoterapia del Adolescente. Buenos Aires. Paidós.
- MAY, R.** (1985). La Psicología y el Dilema del Hombre. México. GEDISA.
- SLAIKEU, K.** (1988). Intervención en Crisis. Manual para Práctica e Investigación. (M.G. Ledesma, trad.). México. Manual Moderno (Trabajo original publicado en 1984).
- WATZLAWICK, P.** (1980). El Lenguaje del Cambio. Barcelona. HERDER.

ANEXO A

ANEXO B

PROTOCOLO DE PSICOTERAPIA BREVE

NOMBRE: _____ EDAD _____

SEXO: _____ EDO. CIVIL. _____ ESCOLARIDAD: _____

OCUPACION: _____

FECHA DE INICIO: _____ TEL. _____

DIAGNÓSTICO: _____

1. DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE Y COMPRENSIÓN GENERAL DE SUS PROBLEMAS Y SITUACIÓN VITAL PRESENTE: _____

2. SELECCIÓN Y DEFINICIÓN DE LAS FACETAS DEL PROBLEMA: _____

3. HIPÓTESIS SOBRE LA DINÁMICA DEL PROBLEMA. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES GENÉTICOS Y DE REALIDAD Y DE LA FORMA EN QUE CONVERGIERON: _____

4. PLAN DE TRATAMIENTO QUE ALTERE EL EQUILIBRIO DE LAS FUERZAS QUE MANTIENEN EL SÍNTOMA: _____

5. TEMAS TRATADOS EN LA SESIÓN: _____

6. POSIBLES TEMAS A TRATAR EN LA SIGUIENTE SESIÓN: _____

*OBSERVACIONES: Interpretación de la información que el paciente proporciona. _____