



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

“PROPUESTA DE UN TALLER PARA
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE PAREJA
CON ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL”

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL (IPSS)

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

MARÍA DEL CONSUELO FERNÁNDEZ RIVERA

DIRECTORA: DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

REVISORAS:

MTRA. FRANCISCA CRUZ SERRANO

MTRA. GUADALUPE INDA SÁENZ ROMERO





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



INDICE

	Pág.
I. RESUMEN	1
II. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL	3
III. CONTEXTO DE LA INSTITUCION Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL	5
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL	11
V. OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL	25
VI. SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO	26
VII. RESULTADOS OBTENIDOS	33
VIII. RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS	76
IX. REFERENCIAS	77
X. ANEXOS	80

I. RESUMEN

La Universidad Nacional Autónoma de México, ofrece como una opción para obtener el título profesional a los alumnos de la facultad de Psicología, el Informe Profesional del Servicio Social (IPSS)¹.

El Servicio Social es un requisito que se tiene que cubrir previamente para la obtención del título profesional, el Reglamento General del Servicio Social de la Universidad Nacional Autónoma de México, (UNAM 1992) dice: "se entiende por servicio social universitario la realización obligatoria de actividades temporales que ejecuten los estudiantes de carreras técnicas y profesionales, tendientes a la aplicación de los conocimientos que hayan obtenido y que impliquen el ejercicio de la práctica profesional en beneficio o en interés de la sociedad".

El servicio social tiene por objeto:

- 1) Extender los beneficios de la ciencia, la técnica y la cultura a la sociedad.
- 2) Consolidar la formación académica y capacitación profesional del prestador del servicio social.
- 3) Fomentar en el prestador una conciencia de solidaridad con la comunidad a la que pertenece.

El presente Informe Profesional de Servicio Social, tiene como objetivo proporcionar información acerca de las actividades que se llevaron a cabo durante la realización del Servicio Social dentro del programa denominado "*Práctica Clínica en el Centro de Atención Psicológica de Consulta Externa*" con clave número 2009-12/23-872, del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

¹ El 22 de Marzo de 2004, el H. Consejo de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, aprobó el informe Profesional del Servicio Social (IPSS) como una alternativa de titulación.

La prestación del servicio social objeto de este informe, dio inicio el 11 de noviembre del 2009 y finalizó el 24 de junio del 2010.

El informe indica de manera general las actividades que se realizaron dentro del programa de Servicio Social: admisión, preconsultas, evaluación diagnóstica, historias clínicas, así como el diseño e impartición de talleres bajo supervisión.

También se describe la propuesta/aportación del "Taller de Resolución de Problemas de Pareja con Enfoque Cognitivo-Conductual", como respuesta a la alta demanda de servicio por parte de personas con fuertes conflictos y estrés en el matrimonio o aquellas parejas que están a punto del divorcio o la separación.

II. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE SERVICIO SOCIAL

El servicio social se inicia muy recientemente en nuestro país, podemos, sin embargo, considerar que sus raíces se remontan al México prehispánico con la organización socioeconómica de los aztecas: el calpulli, que respondía a una forma de organización básica, en donde la población vivía en comunidades practicando el trabajo común, desarrollando relaciones de cooperación y solidaridad.

Las ideas sociales de la Revolución Mexicana, con respecto al servicio social, fueron plasmadas en los artículos 4o y 5o de la Constitución Mexicana, bajo el principio de que *los profesionistas deben ser útiles a la sociedad*.

El servicio social, en su concepción actual, se inicia durante la presidencia del General Lázaro Cárdenas en 1936, año en el que fue creado el Instituto Politécnico Nacional, para dar respuesta a las necesidades técnicas (IPN, 2007).

Se destaca el papel que habría de desempeñar el Dr. Gustavo Baz en la creación y realización del servicio social de los estudiantes de medicina. Le corresponde el mérito de haber sido el primer representante de la UNAM que firmó convenio con una institución del sector público: el Departamento de Salud Pública.

En la actualidad el Servicio Social representa una fuente de abastecimiento de recursos humanos capacitados para los programas promovidos y ejecutados por dependencias del sector público en sus distintos niveles y por asociaciones civiles e instituciones de asistencia privada, es decir, del sector social.

Esta situación tiene su origen, fundamentalmente, en la circunstancia que establece la propia Ley Reglamentaria del Artículo 5o constitucional en materia

de profesiones para el Distrito Federal: ***“el servicio social es el trabajo obligatorio y mediante retribución que ejecutan los estudiantes y profesionistas en beneficio de la sociedad o del Estado”***.

La evolución que ha tenido el Servicio Social en México, lo ubica actualmente como la última etapa de la formación académica, que es fundamental ya que a partir de ella se genera la transición en la que se deja de ser estudiante bajo la tutela de una institución, para convertirse en un profesionista competente y comprometido con su sociedad, para el engrandecimiento de su país (IPN, 2007).

III. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y PROGRAMA DONDE SE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL.

CONTEXTO DE LA INSTITUCION.

ANTECEDENTES

La Facultad de Psicología de la UNAM ofrece al público en general atención psicológica a través de diversos centros y programas. Se busca contribuir a que las personas mejoren su convivencia social, sean capaces de resolver sus problemas y eleven su calidad de vida. (noticias universia, 2009).

Desde hace más de 30 años, a petición de profesores y grupos sociales, empezaron a surgir estos espacios, donde también se atiende a la comunidad universitaria.

A la fecha, se cuenta con los centros de Investigación y Servicios de Educación Especial; de Servicios Psicológicos *Dr. Guillermo Dávila*; Comunitario *Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro*; Comunitario de Atención Psicológica *Los Volcanes*, y Centro de Prevención en Adicciones "*Dr. Héctor Ayala*".

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA

Durante la década de los setentas en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México se comenzó a gestar el proyecto para la creación de un centro de docencia, investigación y asistencia comunitaria para atender las necesidades y demandas del programa de formación de psicólogos en el área clínica de posgrado y así vincular conocimientos teóricos con la práctica supervisada. (Sánchez, Cronograma CSPGD, 2009).

El Centro de Servicios Psicológicos *Dr. Guillermo Dávila* inició sus servicios en 1981. Actualmente proporciona servicio psicoterapéutico, con diferentes

aproximaciones teóricas, a niños (as), adolescentes y adultos; de manera individual, grupal, de pareja y familiar. Se atienden problemas emocionales, trastornos de alimentación, dolor crónico, adicciones, fobias, estrés, depresión, desempeño escolar, de pareja, entre otros (op. cit.).

El servicio es proporcionado de manera permanente por alumnos de licenciatura y posgrado de la Facultad, siempre apoyados y supervisados por profesores, lo que estimula sus habilidades e incrementa su potencial de competencia.

Los objetivos que se plantearon desde su creación y que actualmente continúan vigentes para el funcionamiento del Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" son los siguientes (op cit.).

- ψ Ofrecer a los estudiantes de licenciatura y posgrado un espacio para la formación clínica aplicada y especializada.
- ψ Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica, directa y supervisada para vincular la teoría y la práctica.
- ψ Propiciar el desarrollo de proyectos y programas de investigación.
- ψ Ser una sede que ofrezca servicios psicológicos a la comunidad universitaria y sector social.

En la actualidad y con base en los objetivos ya señalados, se han definido la misión y visión del Centro en los siguientes términos:

MISIÓN.

Contribuir a la formación y actualización del estudiante de Psicología a través de los diferentes programas y proyectos de investigación en la atención psicológica que se brinda, siendo ésta de carácter Preventivo, de Tratamiento y Rehabilitación, certificados con calidad, excelencia y trato digno con base en la optimización de los recursos humanos, tecnológicos y materiales del Centro (op. cit.).

VISIÓN

Ser en México, la sede de formación y actualización en la práctica clínica de la atención psicológica, con la mejor capacidad resolutoria, al ofrecer al estudiante de Psicología una mayor diversidad de programas y proyectos de investigación, organizados y sistematizados, que favorezcan una formación integral de manera humanística, ética y científica, con personal académico altamente calificado y con tecnología de vanguardia para trascender a nivel nacional (op. cit.).

ATENCIÓN

El Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" proporciona atención de prevención y tratamiento de segundo nivel;² en prevención ofrece talleres terapéuticos, conferencias, grupos de reflexión y pláticas informativas. En cuanto a tratamientos, cuenta con programas que proporcionan asistencia en la modalidad de terapia breve en atención individual, de pareja, familiar y grupal.

El Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" ofrece sus servicios en dos turnos; matutino que da inicio a las 7 horas y el vespertino a las 13 horas. Generalmente se reparten diez fichas de admisión en ambos turnos.

El Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" recibe mensualmente un promedio de 200 pacientes de nuevo ingreso. El 25% de los pacientes que asisten tienen entre 20 y 30 años de edad, otro 25% son niños de 12 años y el 50% restante es conformado por adolescentes y adultos mayores de 30 años. El mayor porcentaje de adultos son mujeres y en el caso de los pacientes infantiles los solicitantes en su mayoría son varones, del total de pacientes adultos que asisten aproximadamente el 30% reporta hacerlo por presentar síntomas depresivos en tanto que la mayoría de los pacientes infantiles asisten por presentar bajo rendimiento académico y problemas de conducta (Zamora, 2011).

² Tipos de atención psicológica:

Primer nivel en el que se realizan acciones educativas o preventivas.

Segundo nivel en el que se utilizan técnicas dirigidas a modificar síntomas o conductas específicas.

Tercer nivel más profundo en el que se utilizan técnicas de reestructuración de la personalidad (Caro, 2007).

Un gran porcentaje de los solicitantes del servicio forma parte de la comunidad universitaria y su familia nuclear. Sin embargo, la prestación de la atención psicológica no es exclusivo para esta comunidad, el servicio es otorgado a quién lo solicite; es para brindar apoyo al público en general. De acuerdo a lo observado un gran porcentaje de los solicitantes que no forman parte de la comunidad universitaria, provienen de las delegaciones Magdalena Contreras, Coyoacán y Tlalpan, vale la pena mencionar que en menor número también provienen de lugares no tan cercanos como son las delegaciones de Azcapotzalco y Gustavo A Madero y de los municipios de Ecatepec, Tlalnepantla y Netzahualcóyotl del Estado de México (op. cit.).

PROGRAMA DONDE SE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL.

OBJETIVO GENERAL

- Proporcionar al estudiante de servicio social un escenario profesional y materia de trabajo pertinente, que le permita confirmar, desarrollar y adquirir conocimientos y habilidades clínicas en el quehacer psicológico para el abordaje efectivo, eficiente y eficaz de las problemáticas vigentes en nuestra sociedad, con una actitud de responsabilidad, compromiso y alta calidad humana (Sánchez, Cronograma CSPGD, 2009).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los déficits en conocimiento y habilidades clínicas a ser moldeadas en el estudiante y modeladas por el supervisor (op. cit.).
- Confirmar, desarrollar e incrementar las habilidades clínicas a través de la realización de entrevista inicial, entrevista de diagnóstico, entrevista de orientación, entrevista de canalización, elaboración de notas psicológicas, formulación de caso, elaboración del programa de tratamiento o plan de tratamiento, aplicación, calificación e interpretación de instrumentos psicológicos así como la integración y elaboración del reporte psicológico y de intervención psicológica de acuerdo al interés del prestador de servicio social (op. cit.).
- Confirmar, desarrollar e incrementar el conocimiento y las habilidades en el área de prevención para la elaboración de talleres con temas psicológicos identificados como principales motivos de consulta y de interés para el prestador de servicio social (asertividad, duelo, autoestima, control de la ansiedad, enojo, pérdida afectiva y entrenamiento en solución de problemas entre otros) y que cumplan la función de ser una estrategia de prevención de segundo nivel (op. cit.).
- Desarrollar en el estudiante la confianza en sus conocimientos y habilidades clínicas para desempeñarse como terapeuta bajo

supervisión de casos individuales o como instructor en la impartición de talleres a grupos pequeños, permitiéndole la toma de decisiones terapéuticas fundamentadas teóricamente y con la supervisión requerida por prestador de servicio social. (op. cit.).

- Enseñar al estudiante a trabajar de forma organizada y sistemática, durante su servicio social, a través del manejo del expediente clínico para la obtención de información que fundamente la toma de decisiones terapéuticas (op. cit.).

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

En este capítulo se describirán brevemente las actividades que se realizaron durante el tiempo de la prestación del Servicio Social.

APOYAR EN LA RECEPCION.

El apoyo en la recepción tiene una importancia relevante ya que es el área de primer contacto con el paciente, por lo mismo es necesario que el prestador de servicio social desarrolle y practique la sensibilidad que se requiere tener para una comunicación eficiente con los pacientes.

Las actividades realizadas son:

- Proporcionar información a los solicitantes del servicio que acuden personalmente al centro para el proceso de admisión.
- Proporcionar información a los solicitantes del servicio que via telefónica la requieren para el proceso de admisión.
- Orientación a los usuarios en el proceso de admisión (entrega de fichas, llenado de formatos)
- Registro de pre-consultas.
- Registro de Historias Clínicas.

ADMISION

El procedimiento de admisión para los solicitantes de nuevo ingreso es el siguiente:

1.- El solicitante debe proporcionar los siguientes documentos en original y copia:

Para mayores de edad (18 años o más).

- Identificación oficial (credencial del IFE, cédula profesional, pasaporte, credencial de la UNAM).
- Comprobante de domicilio (pago de servicios: luz, agua, teléfono, estados de cuenta bancarios, etc)
- Comprobante de ingresos (recibo de nómina expedido por la empresa en la que labora, en caso de carecer de éste, es suficiente un escrito dirigido al CSP, donde explique de que fuente obtiene y a cuánto ascienden sus ingresos mensuales.

Para menores de edad (menos de 18 años).

- Identificación oficial del padre o tutor (credencial del IFE, cédula profesional, pasaporte, credencial de la UNAM).
- Comprobante de domicilio del padre o tutor (pago de servicios: luz, agua, teléfono, estados de cuenta bancarios, etc)
- Comprobante de ingresos del padre o tutor (recibo de nómina expedido por la empresa en la que labora, en caso de carecer de éste, es suficiente un escrito dirigido al CSP, donde explique de que fuente obtiene y a cuánto ascienden sus ingresos mensuales.
- Acta de nacimiento del menor.

En ambos casos los documentos originales son utilizados única y exclusivamente para cotejo de la información solicitada y son devueltos a su propietario una vez realizado el mismo. Las copias son integradas al expediente que se le abre al solicitante, que a partir de este momento adquiere la calidad de usuario del Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila".

2.- Una vez que se integran los documentos al expediente se le proporciona al paciente una ficha con el número de turno en que será atendido y un formato de admisión para su llenado, adicionalmente lleva un reglamento que tiene como objetivo informar los derechos y obligaciones del paciente durante su estancia en el CSP.

3.- Cuando el paciente regresa el formato de admisión, se revisa que contenga todos los datos solicitados y se canaliza a un pasante de la carrera de psicología para su atención. Este pasante recibe al paciente y lo dirige hacia un cubículo asignado, donde realiza la entrevista inicial con base en un formato preestablecido, a esta entrevista inicial se le denomina pre-consulta. En esta sesión también se le informa al paciente en qué consisten las dos siguientes sesiones, el procedimiento de las mismas y el funcionamiento del CSP.

4.- Al finalizar la pre-consulta se le entrega al paciente, previo pago del servicio (que se realiza en la caja de la Facultad), un carnet de citas en donde se le indica la fecha y hora de su próxima sesión, y que tendrá una duración aproximada de dos horas.

5.-Segunda cita, cuando acude el paciente entrega el pago correspondiente y su carnet de citas, se le proporciona el acceso al salón asignado para la evaluación, la cual consiste en la aplicación de tres instrumentos psicológicos de manera grupal, (Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Depresión de Beck e Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota en la versión para adolescentes y adultos de acuerdo a la edad del paciente) al terminar de contestar los cuestionarios se le devuelve al usuario su carnet de citas, en donde se le indica la fecha y la hora de su próxima sesión.

6.- Tercera cita, cuando acude el paciente entrega el pago correspondiente y su carnet de citas e ingresa con el entrevistador asignado a un cubículo para la realización de la historia clínica, con el formato preestablecido, al concluir se le regresa su carnet y se le informa al paciente que con esta cita se termina de integrar su expediente y que espere una llamada donde se le indicara el nombre del terapeuta al cual se le asigna su expediente para su tratamiento, el día y la hora de su próxima cita. Se archiva en el lugar correspondiente.

7.-Al haberse concluido el proceso de admisión, el expediente es evaluado por la Jefa del Centro, con base en el motivo de consulta y la información adquirida en las entrevistas antes descritas, se asigna a un terapeuta para la aplicación del tratamiento o se canaliza a otra institución.

PRE-CONSULTAS.

El tipo de entrevista inicial que se realiza en el CSP es diagnóstica, su objetivo consiste en identificar el problema y determinar el grado o intensidad de éste, mediante la recopilación de datos de manera individual, se realiza con un formato semi estructurado, que cubre diversas áreas de vida, permite al entrevistador que libremente lleve el ritmo de la entrevista. Generalmente, tiene una duración de 30-45 minutos.

Procedimientos:

1º.- Se procede a llenar (por el prestador del Servicio Social) el formato titulado "Pre-consulta", que contiene:

1. Datos generales del paciente.
2. Familiograma.
3. Descripción del problema (como lo ve el paciente y el entrevistador).
4. Estrategias de solución (acciones que ha realizado el paciente en un intento de solucionar su problemática).
5. Áreas afectadas por el problema.
6. Tipo de canalización (interna o externa).
7. Problemas presentados en la sesión (situaciones específicas que pudieron interferir con la realización de la pre-consulta).
8. Soluciones adoptadas (tiene que ver con lo que hace el entrevistador para solventar estas situaciones).

2º.- Después de concluir la entrevista, se entrega al paciente su carnet con el número de folio y la fecha de aplicación de la evaluación (por ejemplo: jueves de la semana próxima inmediata a las 2:00 p.m.).

3º.- Como último paso se registra los datos generales y posible diagnóstico en la relación destinada para tal efecto y se archiva el expediente por número consecutivo en el área designada.

Técnicas.

La pre-consulta (entrevista inicial) sigue el enfoque cognitivo-conductual (Beck, 2000); y pretende:

1. Crear confianza y establecer el Rapport.
2. Normalizar las dificultades del paciente y generarle esperanza.
3. Controlar su estado de ánimo.
4. Identificar su problema (ideas irracionales).
5. Averiguar las expectativas del paciente respecto a su atención.
6. Lograr retroalimentación del paciente.

El paciente que acude por primera vez generalmente se encuentra con algún grado de preocupación que es ocasionada por problemas emocionales; la primera entrevista puede servir para bajar sus niveles de ansiedad. También cuando se requiere, el paciente es canalizado hacia otras instituciones especializadas, según lo amerite el caso.

La elaboración de pre-consultas facilita que el prestador de servicio social adquiera y perfeccione las habilidades necesarias para identificar la problemática que motiva al paciente a solicitar atención psicológica.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA.

La segunda etapa en la integración del expediente del paciente es la evaluación diagnóstica. Los instrumentos empleados son:

- Inventario de Depresión (Adaptación para México de Jurado et al, 1998. Basado en Beck et al, 1979. Citado por Calleja, 2011).
- Inventario de Ansiedad (Adaptación para México de Robles et al, 2001. Basado en Beck et al, 1988. Citado por Calleja, 2011).
- Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A). (Adaptación para México de Gómez-Maqueo et al, 1998. Basado en Hathaway y J.C. Mckinley 1992. Citado por Calleja, 2011).
- Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adultos (MMPI-2) (Adaptación para México de Gómez-Maqueo et al, 1995. Basado en Hathaway y J.C. Mckinley 1989. Citado por Calleja, 2011).

Procedimientos:

Se aplica previo pago a todos los solicitantes adultos y a adolescentes a partir de los doce años de manera grupal los días jueves a las 14:00 hrs. Al término de la aplicación se entrega el carnet del paciente con el horario de la próxima cita, se integran los protocolos al expediente de cada paciente para posteriormente ser calificados e interpretados.

Técnicas.

La calificación e interpretación de los instrumentos de evaluación se realizan de acuerdo a los parámetros y criterios previamente establecidos por los autores de los mismos.

Es importante hacer mención que la calificación e interpretación de los protocolos aplicados en la etapa de evaluación la realiza el terapeuta al cual es asignado cada expediente, en algunos casos que se considera necesario se

aplican instrumentos adicionales que el terapeuta considere convenientes con el fin de obtener un diagnóstico más preciso (por ejemplo: pruebas proyectivas).

Ocasionalmente se apoyó en la calificación de los instrumentos para agilizar el proceso terapéutico, esta se realizó bajo un estricto apego a las instrucciones y parámetros del manual de cada instrumento y sujeto a revisión del terapeuta responsable.

HISTORIA CLÍNICA.

La tercera y última parte que se integra a la fase inicial del expediente, es la Historia Clínica, que tiene como objetivo recolectar y profundizar en los datos que le permitan al entrevistador conocer de qué manera se fue desarrollando el problema y cuáles son los factores médicos, familiares y sociales que influyeron en su aparición.

Procedimientos:

Posteriormente de la evaluación se le asigna a cada paciente una nueva cita (generalmente en el transcurso de la siguiente semana) para realizar la Historia Clínica.

1º.- Se procede a llenar (por el prestador del Servicio Social) el formato titulado "Historia Clínica", que contiene siete apartados que son:

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN. Contiene los datos generales del paciente.

Nombre, Edad, Sexo, Nivel máximo de Estudios, Ocupación, Estado Civil, No. de hijos, Religión, Fue referido por alguna institución.

II. MOTIVO DE CONSULTA. Se refiere a las circunstancias y razones que motivaron al paciente a solicitar apoyo psicológico.

II.a Principales antecedentes al motivo de consulta.

II.b Situación actual del motivo de consulta.

III. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES. En este apartado se describen las condiciones generales, peculiaridades culturales, sociales y familiares que caracterizan el medio en que nació el paciente, debe incluir un relato de las actitudes y características de la familia y sus miembros.

III.a Edad y condición actual de salud de familiares directos.

III.b Historia de enfermedades crónicas y/o mentales.

III.c Descripción de la dinámica de la familia de origen.

IV. PERIODO DE DESARROLLO. Se refiere al periodo que abarca desde la gestación hasta el inicio de la vida adulta.

IV.a Historia del desarrollo pre y postnatal.

IV.b Historia de la primera infancia (2 a 6 años).

IV.c Historia de la segunda infancia (6 a 12 años).

IV.d Periodo de adolescencia (12 a 19 años).

V. PATRONES DE AJUSTE ADULTOS. Se consideran los patrones que rigen al paciente a partir de los diecinueve años.

V.a Desarrollo Académico y Profesional.

V.b Patrones de Trabajo.

V.c Ajustes Afectivos y Emocionales.

V.d Patrones de Salud, Adicciones y Sexualidad.

V.e Ajustes Sociales, Recreativos y Culturales.

V.f Dinámica Familiar.

VI. EXAMEN MENTAL. Se describen los datos principales sobre la personalidad del paciente, la forma en que se conduce por la vida diaria y su capacidad de insight.³

VI.a Conducta y aspecto general del paciente.

VI.b Cognición y estado sensorio-motor.

b.1 Grado de orientación en las tres esferas. b.2 Atención y concentración.

b.3 Memoria b.4 Recursos intelectuales.

VI.c Discurso.

VI.d Contenido del pensamiento.

VI.e Creencias y experiencias anormales de la interpretación de eventos.

³ El insight es el "darse cuenta" o tomar conciencia. Se refiere a la comprensión de la propia conducta. Es el grado en el cual el paciente se da cuenta de que está enfermo, reconoce la naturaleza de su enfermedad y entiende los factores dinámicos especiales que han actuado en su producción. Para determinar el grado de insight del paciente es conveniente preguntarle si ha notado algún cambio en el mismo, en su perspectiva de la vida, en sus sentimientos, en sus intereses, en su memoria o en su forma de pensar. Se trata de investigar si el paciente desea que lo ayuden y de determinar que tentativas ha hecho por sí mismo para ajustarse a la situación (Olivares, 2005).

e.1 Especificar contenidos, inicio y el grado de fijación.

e.2 Experiencias Anormales.

VI.f Afectividad.

VII.g Juicio.

VI.h Personalidad.

h.1 Actitudes hacia sus relaciones. h.2 Actitudes hacia sí mismo. h.3 Actitudes

Morales y Religiosas. h.4 Humor y ánimo. h.5 Intereses y Actividades Libres.

h.6 Reacción a situaciones críticas. h.7 Rasgos de carácter.

VII. INFORMACIÓN DEL EXAMINADOR.

VII.a Sentimientos y reacciones del entrevistador hacia el paciente.

VII.b Información técnica de la aplicación de la entrevista.

VII.c Observaciones.

2º.- Después de concluir la entrevista, se entrega al paciente su carnet, en esta ocasión con la instrucción de que espere una llamada que le indicara los datos de su próxima cita.

3º.- Al término de la Historia Clínica se integra al expediente y se archiva en el área destinada para tal efecto.

Técnicas.

Se utilizan las técnicas ya mencionadas en el apartado de preconsultas.

APOYAR A LOS ALUMNOS DE QUINTO Y SÉPTIMO SEMESTRE QUE REALIZAN PRÁCTICAS EN EL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “GUILLERMO DÁVILA”

En este apartado se menciona las actividades que se realizan con el fin de dar apoyo a los alumnos que se van integrando al CSP para realizar las prácticas que de acuerdo al semestre que cursan son obligatorias, también a los prestadores de Servicio Social que inician sus actividades ya que en el centro se maneja la supervisión en cascada, misma que está a cargo de los estudiantes, estando la Jefa del Centro a la cabeza y como apoyo principal del programa; siendo los estudiantes de mayor tiempo y prestadores de servicio social los encargados de apoyar a los de nuevo ingreso en su integración al centro, así como la guía para que realicen sus actividades de manera eficiente y el aprendizaje se incremente.

A los estudiantes que realizan prácticas y a los prestadores de Servicio Social previo a su integración se les proporciona un curso de inducción, sin embargo es necesario generar un ambiente solidario para que adquieran la confianza que se requiere para tener contacto con el paciente.

Las actividades que se realizan son:

1. Permitir la observación en la realización de pre-consultas e historias clínicas.
2. Supervisar a los alumnos en la realización de pre-consultas e historias clínicas estando presentes con ellos, cuando las realizan por primera vez.
3. Revisar las pre-consultas e historias clínicas realizadas por los alumnos y proporcionar asesoría al que lo solicite.
4. Auxiliar a los alumnos en la aplicación, calificación de instrumentos de evaluación.
5. Proporcionar información en relación al archivo clínico.

ELABORACIÓN E IMPARTICIÓN DE TALLERES.

En el Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" también se pretende desarrollar las habilidades del prestador del Servicio Social en el área de prevención a través de la elaboración e impartición de talleres con temas psicológicos los cuales tienen por objeto prevenir la aparición de trastornos psicológicos mayores.

El taller es una técnica didáctica conocida como enseñanza o trabajo de grupo coordinado por un instructor. La riqueza de esta técnica es el aprendizaje a través experiencia de otros; alcanza objetivos a nivel cognoscitivo, a nivel de análisis y también de evaluación; es útil sobre todo en grupos pequeños (Díaz, 2000).

Existen dos fases, para el desarrollo de un taller:

1ª Fase de planeación (del tema, objetivos, formas de presentación, selección del material, número de participantes, etc.)

2ª Fase de ejecución (fase simulada antes de la intervención), con la finalidad de observar cómo van a funcionar los tiempos, materiales, equipos, etc. (op. cit).

A continuación se describe brevemente el taller impartido durante la prestación de Servicio Social. Las observaciones obtenidas se encuentran en el apartado de resultados.

TALLER PREVENTIVO PARA ADOLESCENTES CON CONDUCTAS DE RIESGO.

El taller impartido fue denominado un "taller preventivo para adolescentes con conductas de riesgo", que tuvo como objetivo proporcionar la atención psicológica a pacientes adolescentes los cuales presentan o pueden presentar conductas de riesgo: violencia, adicciones y bajo rendimiento escolar.

En la medida que se puedan detectar los riesgos a los que están expuestos los adolescentes en esa misma medida se pueden prevenir. Las conductas de riesgo pueden ser solo parte de la crisis que vive en esta etapa del desarrollo, lo peligroso es que se intensifiquen y permanezcan.

El taller se diseñó para que el joven aprendiera a comunicarse eficientemente con las figuras de autoridad, se le transmitió información sobre los factores de riesgo que pueden obstaculizarles en esta época de la vida, como adicciones, se fomentó la autoestima, la asertividad, la resiliencia y se otorgaron estrategias para la resolución de problemas en un marco de respeto siempre invitador y propositivo y no impositivo.

El taller se impartió durante 8 sesiones semanales con una duración de dos horas cada una.

Las técnicas utilizadas de enseñanza-aprendizaje utilizada en los talleres fueron: Presentaciones Orales o Conferencia,⁴ Presentación Oral Ilustrada y⁵ Debate,⁶

⁴ En la técnica de presentaciones orales o conferencia, el moderador se dirige al grupo usando notas preparadas, Tiene que haber ayudas visuales, Hay espacio para que el integrante del grupo interaccione antes, durante y después de la exposición. Se puede combinar la técnica con el debate o las preguntas sorpresas.

⁵ En la técnica de presentación oral ilustrada, se incorporan dibujos, copias de artículos publicados y otros materiales.

⁶ En la técnica del Debate, el objetivo es la expresión de ideas, compartir experiencias e información. Se sugiere para grupos pequeños: donde la participación es activa y el aprendizaje es efectivo (Gil, 1999).

La inclusión de los pacientes al taller está determinada de acuerdo a los criterios de la jefa del Centro.

PROPUESTA/APORTACION: TALLER "RESOLUCION DE PROBLEMAS DE PAREJA" CON ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL.

Hacia el final del periodo como prestadora de Servicio Social, se estructuró otro taller denominado "Resolución de Problemas de Pareja" el cual será una propuesta/aportación hacia el Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila", que se presentará al final de este documento.

V. OBJETIVO DEL INFORME.

El objetivo principal del Informe Profesional de Servicio Social (IPSS), consiste en recabar la experiencia personal del prestador del Servicio Social, a partir de un análisis sistemático y reflexivo de los resultados obtenidos en las actividades realizadas durante la estancia en la institución receptora, vinculando los elementos de la formación teórica recibida durante la trayectoria estudiantil con las actividades desarrolladas dentro del *"Programa Práctica Clínica en el Centro de Atención Psicológica de Consulta Externa"* del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" (CSP), de la Facultad de Psicología. Para que posteriormente de acuerdo a las competencias y habilidades adquiridas o potencializadas sea factible hacer recomendaciones y/o sugerencias, que contribuyan a un enriquecimiento tanto para el desarrollo profesional del prestador como para el programa receptor, con la finalidad de perfeccionar de manera progresiva la atención del público que lo solicite.

VI. SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.

Evolución Histórica y Aspectos Generales.

Los orígenes más remotos de la psicoterapia cognitiva provienen de la filosofía estoica (350 a.c. al 180 d.c.) fundada por el griego Zenón; consideraba indispensable la ciencia para dirigir la vida, a través del ejercicio de la virtud. Esta última era el bien supremo, pues su práctica llevaba a la felicidad. Para alcanzar esta meta debían de gobernarse los estados emocionales extremos (las pasiones) a través del autodomínio (Boring, 2004).

En los empiristas ingleses del siglo XVII (Hume, Locke, F.Bacon) se resaltan nociones como que las emociones derivan de las asociaciones de ideas, y que para lograr un nuevo conocimiento hay que librarse de los prejuicios, es decir de conceptos erróneos preestablecidos (op. cit.).

En los siglos XVIII y XIX dentro de la corriente idealista alemana, autores que resaltan el papel de la cognición son principalmente Kant (1724-1804), y Vaihinger (1853-1933). Kant introduce el concepto de esquema cognitivo: una construcción mental de la experiencia que refleja al mismo tiempo el mundo real de los objetos y hechos siempre cambiantes y la lógica subyacente de las categorías que la mente impone a la experiencia (op. cit.).

Ya en el siglo XX la corriente fenomenológica (Husserl) y la existencial (Heidegger) destacaron el papel de la experiencia subjetiva en el conocimiento y la existencia, resaltando el papel de la conciencia y los actos conscientes.

El concepto de terapia cognitiva tiene su origen dentro de la práctica clínica del psicoanálisis. En 1926 el alemán Lungwitz crea este término para designar una forma de terapia psicoanalítica renovada, muy parecida a la actual psicoterapia cognitiva de Beck. Freud adopta la posición de que al margen de los procesos conscientes, racionales y reflexivos existen otros procesos más inconscientes,

más emocionales y menos racionales que muchas veces operan al margen de los anteriores.

Terapia Cognitiva.

La Terapia Cognitiva es una clase de psicoterapia con aproximación pragmática⁷, enfocada a la resolución de problemas. Estructurada, activa, directiva, orientada a metas, de base empírica (Baringoltz & Levi, 2007).

Su planteamiento teórico sostiene que los procesos cognitivos y su relación con lo emocional son mediadores en la perpetuación de la patología. Por tal razón, todo cambio en el sistema cognitivo se traducirá en sucesivos **cambios sintomáticos y conductuales** (op. cit.).

El campo de la Psicoterapia Conductual queda actualmente definido en tres conjuntos distinguibles entre sí:

- I. El modelo Cognitivo-Conductual;
- II. El modelo de reestructuración cognitiva;
- III. El modelo constructivista/construccionista.

I.-El primer conjunto de teorizaciones fusiono el legado de la Terapia Conductista. Principios operativos como el refuerzo, la extinción, la desensibilización, etc. permanecieron operativos aunque reformulados.

II.-Se desarrollan sistemas psicoterapéuticos con aplicaciones novedosas en términos de intervenciones clínicas, como racional-emotiva de A. Ellis y después el de reestructuración cognitiva planteada por A. Beck.

III.-En este modelo el terapeuta queda desmonopolizado de la "verdad objetiva" y se enfatiza el carácter creador de la praxis humana (op. cit.)

⁷ La Filosofía Pragmática se interesa por el modo en que la situación influye en la interpretación del significado.

Bajo el rubro de Cognitivo-Conductual se define un conjunto de escuelas, teorías y técnicas que dan paso a un sistema psicoterapéutico, basado en una teoría de la psicopatología, y a un grupo de técnicas derivadas de la psicología experimental, el aprendizaje social, las ciencias cognitivas, la teoría del procesamiento de la información y la teoría de los sistemas (Heman, 2005).

Fundadores de la Psicoterapia Cognitiva: Beck y Ellis

Albert Ellis (1913-), en 1955 comenzó a desarrollar su enfoque racional-emotivo de la psicoterapia. En 1958 publicó por primera vez su famoso modelo A-B-C para la terapia, donde exponía que los trastornos emocionales derivaban de un continuo "auto-doctrinamiento" en exigencias irracionales. La terapia tenía así como fin, no solo tomar conciencia de este auto-doctrinamiento en creencias irracionales, sino también su sustitución activa por creencias más racionales anti-exigenciales y anti-absolutistas y su puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta (Ellis, 2009).

El modelo puede ser graficado con el siguiente esquema:



"A" es el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción).

"B" representa en principio el sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo (pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de la vida)

"C" representa la consecuencia o reacción que se presenta ante la situación "A". Las "C" pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos), o conductuales (acciones), (Hernández, 2007).

La teoría de la TREC afirma que las Experiencias Activadoras en "A" no son las responsables de las consecuencias Emocionales en "C", ni tampoco de las Consecuencias Conductuales, sino que es la persona misma el factor principal que produce y gesta sus propias consecuencias en "C", por medio de su pensamiento y de sus creencias, y por dar credibilidad a ciertas cosas en "B", que es su sistema de creencias predisuestas y aprendidas. (Ellis, 1962, 1974. Citado en Hernández 2007).

A. Beck (1921-) En 1967 publicó "La depresión" que puede considerarse su primera obra en la que expone su modelo cognitivo de la psicopatología y de la psicoterapia. Varios años después publica "La terapia cognitiva y los trastornos emocionales" (1976, citado en Hernández, 2007) donde extiende su enfoque terapéutico a otros trastornos emocionales. Pero es su obra "Terapia cognitiva de la depresión" (1979, citado en Hernández, 2007) la que alcanza su máxima difusión y reconocimiento en el ámbito clínico. En esta obra no solo expone la naturaleza cognitiva del trastorno depresivo sino también la forma prototípica de estructurar un caso en terapia cognitiva, así como descripciones detalladas de las técnicas de tratamiento. La obra referida llega así a convertirse en una especie de manual de terapia cognitiva (Hernández, 2007).

La terapia cognitiva (T.C.) es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1967 y 1976, citado en Hernández, 2007). El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de esquema cognitivo y en el ámbito clínico el de supuestos personales (Beck, 1979. Citado en Hernández, 2007).

Los esquemas pueden permanecer "inactivos a lo largo del tiempo" y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas), (Beck, 2007).

Los datos básicos para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos (Beck, 1981, citado en Beck, 2007). Para los profesionales, los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales:

- 1) Informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas.
- 2) Pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia.
- 3) El material introspectivo o de autorregistro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones (Beck, 2007).

Terapia Cognitiva en Clínica.

La terapia cognitiva-conductual es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda y colaboración del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata, denominada en la "terapia a corto plazo" consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir ciertos sesgos cognitivos (distorsiones cognitivas). La meta final, denominada "terapia a largo plazo" consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían vulnerable al sujeto (Baringoltz, Levi, 2007).

En la Terapia cognitiva, las dificultades que trae el paciente tienden a ser operacionables mediante entrevistas semiestructuradas y cuestionarios o test autoadministrados que se continúan ejecutando y valorando en el proceso terapéutico (Heman, 2005).

Se conceptualiza en términos cognitivos cuál es la problemática, y cómo se evidencia en la conducta final del individuo; es decir, la manera en que antiguas creencias y esquemas interpersonales desadaptativos tempranamente arraigados, condicionan la conducta actual. El objetivo terapéutico es la **reestructuración cognitiva**, entendida como el cambio en el sistema de creencias (op. cit.).

Para esta reorganización se ayuda primero al sujeto a percatarse del contenido de su pensamiento, la base de la terapia cognitiva es la observación de que los sentimientos displacenteros son el resultado de un procesamiento cognitivo disfuncional. Estas creencias se toman como posibles hipótesis a investigar por medio de preguntas que el terapeuta formula primero y que la persona se autofórmula después. A través de las preguntas se puede cambiar, flexibilizar o relativizar creencias disfuncionales, es decir, se mantiene un diálogo particular como modalidad de intervención llamado cuestionamiento socrático (op. cit.).

La característica psicopatológica central de los trastornos psicológicos, según este modelo, está dada por el conjunto de patrones disfuncionales o esquemas hipervalentes. Los esquemas regulan patogénicamente la elaboración o procesamiento de la información, determinando la existencia de reglas de inferencia o distorsiones cognitivas. Estas engloban los procesos de pensamiento, los llamados pensamientos automáticos, y las distintas actividades mentales como la conciencia, la atención y la memoria (op. cit.).

Los esquemas que organizan la experiencia, definen un dominio de operaciones de los procesos cognitivos como funciones activas que particularizan el tipo de reacciones que el individuo tiene. Al ordenar las experiencias pasadas, dotan de significación a los acontecimientos vividos en el presente (op. cit.).

Los principios.

Es relevante el ejercicio de una introspección activa, orientada a una atención selectiva de aspectos del propio funcionamiento mental. Se priorizan los componentes cognitivos por tratarse de los más fácilmente formulados de manera verbal. Sin embargo las emociones no son desatendidas, sino identificadas como codeterminantes de los aspectos cognitivos en interjuego con las variables somáticas (Baringoltz, Levi, 2007).

En las aproximaciones terapéuticas se invita al paciente a que analice sus propias visiones gestadas en sus sistemas de creencias acerca de su estilo de interacción con otros (op. cit.).

Es fundamental el desarrollo de capacidades autorreflexivas o autoconcientes, para la producción de constructos metacognitivos que permitan el diseño de procedimientos de resolución de problemas. Este desarrollo permite incorporar habilidades novedosas que mejoren el desempeño del sujeto, al encontrar nuevas alternativas que alivien el sufrimiento (op. cit.).

El terapeuta no se presenta como dueño de la verdad ni propone metas ideales, sino una reflexión conjunta acerca de lo acontecido en la vida del paciente. (op. cit.).

VII. RESULTADOS OBTENIDOS

Los resultados obtenidos en el periodo de la prestación del Servicio Social, ha sido una experiencia invaluable, a través de este tiempo se logró la concatenación de los conocimientos obtenidos de manera teórica y la experiencia de la aplicación de los mismos. De igual forma el obtener nuevos conocimientos que favorecen el fortalecimiento de la futura práctica profesional ha sido alcanzado plenamente.

Habilidades y Competencias Adquiridas durante la Prestación del Servicio Social:

APOYO EN RECEPCIÓN Y EN EL PROCESO DE ADMISIÓN.

Se adquirió y fomentó la capacidad de interactuar con el solicitante del servicio con la sensibilidad adecuada para generar un ambiente de confianza y comprensión, necesario para bajar el temor y ansiedad que genera asistir a una consulta psicológica, de esta manera se consigue que no desista en su intención de ser atendido para solucionar la problemática que lo motivó a llegar al Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila".

En este apartado no se especifica el número de personas atendidas porque la actividad fue realizada como apoyo y de manera aleatoria, no se lleva ningún tipo de registro.

PRECONSULTA.

La entrevista constituye el primer acercamiento con el usuario, tiene una gran importancia ya que es en ésta donde se tiene contacto con toda la carga emocional que lo motiva a buscar ayuda.

Las habilidades y competencias adquiridas durante la elaboración de pre-consultas son:

- Conducir una entrevista con la finalidad de dar un diagnóstico probable.

- Identificar el motivo de consulta dentro del discurso del usuario.
- Analizar la congruencia entre el lenguaje verbal y no verbal.
- Motivar al usuario a continuar con el proceso de admisión y tratamiento.
- Registrar en el formato la información relevante centrada únicamente en la problemática del paciente.
- Crear confianza al usuario.
- Dar contención y retroalimentación al paciente.

Las pre-consultas son asignadas en el Centro de manera aleatoria, está determinada por el día y el horario en el que se presenta el solicitante.

A continuación se presenta una tabla enlistando las pre-consultas realizadas:

PRE-CONSULTAS				
No.	EXPEDIENTE	SEXO	EDAD	MOTIVO DE CONSULTA (MANIFIESTO)
1	091954	H	51	Baja autoestima
2	091967	M	23	Depresión/autoestima
3	091981	M	33	Problemas de pareja.
4	091995	M	8	Problemas de conducta
5	092008	H	44	Problemas Relaciones Interpersonales
6	092017	M	12	Problemas de Conducta
7	100013	M	36	Baja autoestima
8	100034	M	23	Problemas de pareja.
9	100056	H	48	Problemas de pareja.
10	100071	M	14	Problemas de Conducta
11	100090	M	28	Depresión/autoestima
12	100116	H	23	Depresión.
13	100167	H	19	Ansiedad
14	100188	M	34	Sexualidad
15	100206	M	19	Depresión/autoestima
16	100236	M	54	Problemas de pareja.
17	100259	H	17	Problemas de Conducta
18	100278	M	56	Depresión.
19	100338	H	14	Adicciones
20	100392	M	42	Depresión/autoestima
21	100418	M	12	Problemas de Conducta.
22	100454	M	21	Problemas Familiares
23	100592	M	35	Depresión/ Angustia.

EVALUACIÓN.

En la evaluación se mide el desajuste social y emocional, y se utiliza para identificar la necesidad de atención psicológica. Los instrumentos psicológicos describen brevemente sentimientos, actitudes y comportamientos que representan un estilo o rasgo de personalidad determinado en cada uno de los pacientes.

En el proceso de evaluación se adquirieron las siguientes habilidades:

- Conocer instrumentos psicológicos distintos a los que se habían manejado dentro del plan de estudios (Inventario de Ansiedad e Inventario de Depresión ambos de A. Beck).
- Conocer la utilidad de los instrumentos de medición, así como la ética de su manejo
- Aplicación grupal de instrumentos psicológicos.
- Calificación e interpretación de los instrumentos aplicados.
- Integración de los resultados obtenidos con la información reunida en la pre-consulta e historia clínica.

En este apartado no se presenta una lista de pacientes a los cuales se les aplicó la evaluación porque se efectúa de manera grupal y es más de una persona la que realiza esta actividad para tener un mayor control.

HISTORIAS CLINICAS.

El objetivo de la historia clínica es profundizar en la información proporcionada por el paciente, así como a través de la observación directa evaluar el comportamiento global y las formas de reacción ante la interpretación de su problemática. Habilidades adquiridas:

- Crear confianza en el usuario para que permita profundizar en la información.

- Observar conductas características del paciente (estereotipias).
- Realizar el examen mental del paciente:
 - ⇒ Conducta y aspecto general.
 - ⇒ Actividad motriz, nivel de vigilancia, orientación espacio-temporal.
 - ⇒ Reacciones emocionales, lenguaje, memoria, capacidad intelectual
 - ⇒ Contenido del pensamiento (alucinaciones, delirios, etc.)
 - ⇒ Descartar los trastornos relacionados con sustancias.

Las historias clínicas se asignan de acuerdo al horario en que puede asistir el solicitante del servicio. Por lo anterior, los pacientes que se muestran en la relación siguiente no son los mismos que se atendieron en las pre-consultas.

A continuación se presenta una lista de las Historias Clínicas realizadas:

HISTORIAS CLÍNICAS				
1	091817	H	53	Problemas Relaciones Interpersonales.
2	091848	M	25	Depresión.
3	091910	M	22	Trastornos alimenticios.
4	091937	H	28	Depresión.
5	091954	M	55	Depresión
6	091971	M	22	Bulimia/Anorexia
7	091989	H	28	Depresión.
8	091997	M	23	Depresión
9	100016	M	57	Depresión.
10	100177	M	32	Solución de Problemas.
11	100246	H	45	Infidelidad/Culpa
12	100172	M	21	Depresión.
13	100246	H	45	Infidelidad/Culpa
14	100305	M	54	Problemas Conyugales
15	100373	H	19	Depresión
16	100436	H	13	Problemas de Conducta
17	100592	M	35	Depresión/Angustia.
18	100628	H	36	Problemas de Pareja
19	100678	M	20	Inseguridad/autoestima
20	100713	M	13	Problemas de Conducta.
21	100730	M	15	Problemas de Conducta
22	100787	M	35	Depresión/ Angustia.
23	100813	M	39	Depresión.
24	100871	H	35	Infidelidad/Culpa
25	100931	M	35	Problemas de Pareja
26	100813	M	39	Problemas Familiares
27	100871	M	35	Infidelidad/Culpa
28	100933	H	14	Problemas de Conducta.
29	101050	H	42	Divorcio
30	101063	H	50	Duelo
31	101179	H	20	Migraña.
32	101239	H	33	Alcoholismo.
33	101263	H	12	Problemas de Conducta
34	101259	M	22	Duelo por Aborto.

ELABORACIÓN E IMPARTICIÓN DE TALLERES.

RELACION DE PACIENTES ASIGNADOS AL TALLER DE ADOLESCENTES CON CONDUCTAS DE RIESGO

NOVIEMBRE 2009

Núm.	Edad	Sexo	Motivo de Consulta
1	14	M	Bajo Rendimiento Escolar
2	12	F	Bajo Rendimiento Escolar
3	15	M	Problemas de Conducta
4	13	F	Problemas de Conducta
5	14	M	Problemas de Conducta
6	14	M	Problemas de Conducta

RELACION DE PACIENTES ASIGNADOS AL TALLER DE ADOLESCENTES CON CONDUCTAS DE RIESGO

FEBRERO 2010.

Núm.	Edad	Sexo	Motivo de Consulta
1	13	H	Problemas Familiares
2	12	H	Problemas de Conducta
3	15	M	Estrés
4	15	H	TDAH
5	14	M	Problemas de Conducta
6	12	H	Problemas Familiares/Escolares
7	15	H	Problemas de Conducta
8	14	M	Problemas Familiares/Escolares
9	15	M	Baja Autoestima
10	13	M	Problemas de Conducta
11	15	H	Problemas de Conducta
12	13	H	Problemas de Conducta
13	12	H	Problemas de Conducta
15	13	H	Problemas Escolares.

TALLER PREVENTIVO PARA PADRES CON ADOLESCENTES CON CONDUCTAS DE RIESGO.

Paralelo al taller de adolescentes se llevó a cabo un "taller preventivo para padres con adolescentes con conducta de riesgo", que tiene como objetivo proporcionar la atención psicológica a padres de pacientes adolescentes los cuales presentan o pueden presentar conductas de riesgo: violencia, adicciones, autolesiones, falta de control de emociones y bajo rendimiento escolar.

Las técnicas de enseñanza-aprendizaje utilizadas en esta ocasión fueron también las empleadas en el taller para adolescentes.

Este taller se impartió en una ocasión, en este caso se atendió a los padres de los pacientes descritos en la siguiente tabla.

RELACION DE PACIENTES ASIGNADOS AL TALLER DE ADOLESCENTES CON CONDUCTAS DE RIESGO

ABRIL 2010.

Núm.	Edad	Sexo	Motivo de Consulta
1	12	M	Problemas familiares/Escolares
2	13	M	TDAH/ Problemas de conducta
3	15	F	Autolesiones
4	12	F	Duelo
5	12	M	Agresión/ Problemas de Conducta
6	12	F	Problemas Familiares
7	12	F	Autolesiones
8	12	F	Problemas Familiares
9	13	M	Bajo Rendimiento Escolar
10	12	M	Problemas de Conducta
11	13	F	Problemas de Conducta
12	14	F	Ansiedad

En las tres ocasiones que se impartió este taller, se observa que los problemas presentados con mayor frecuencia son mala conducta y bajo rendimiento escolar. Sin embargo los temas de Duelo y Autolesiones fueron muy importantes por la carga emocional que los pacientes manifestaban, requerían de una atención pronta y precisa, la cual se logró proporcionar.

CONCLUSIÓN

Al término de la impartición de los talleres, los pacientes manifestaron una disminución en los síntomas referidos en los motivos de consulta, por ejemplo: ansiedad en sus actividades cotidianas, temor en sus actividades escolares, ansiedad en las interrelaciones con sus pares tanto en la escuela como en sus casas, disminución o ausencia de noches con alteraciones del sueño, entre otras, también refirieron una mejora sustancial en: la motivación por alcanzar mayores calificaciones, en la comunicación entre los padres asistentes al taller y sus hijos, en la adquisición de conocimientos respecto al proceso de cambios durante la adolescencia. etc.

RESULTADO FINAL.

Las expectativas con las que ingresé al Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila", han sido satisfechas plenamente, ya que considero que al proporcionarme la oportunidad de establecer un acercamiento directo con los pacientes a los que he tenido el privilegio de dar apoyo, logré desarrollar la sensibilidad requerida para esta noble profesión. Logré que los pacientes adquirieran las herramientas necesarias en su rehabilitación conductual para lograr ser más funcionales y adaptables a su entorno social, avanzaron de manera positiva, este resultado me alienta a seguir tomando medidas en el aspecto personal tanto en la investigación y adquisición de nuevos conocimientos, como de servicio hacia los demás.

A nivel personal he adquirido la seguridad de iniciar una vida laboral, ya sea a nivel institucional, iniciativa privada e incluso en forma independiente. No sin antes aclarar que también me he concientizado que es una profesión que implica mucha responsabilidad y una necesidad permanente de actualización para una mejor atención de los pacientes.

La contribución realizada a la sociedad como objetivo del Prestador del Servicio Social, igualmente se llevo a cabo al tener la oportunidad de ayudar a diferentes pacientes que llegaron al Centro en su recuperación emocional y conductual, para que se integraran de manera óptima a su medio ambiente.

PROPUESTA/APORTACION: TALLER "RESOLUCION DE PROBLEMAS DE PAREJA" CON ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL.

JUSTIFICACION

Durante la prestación del Servicio Social, en las diferentes actividades desempeñadas que comprenden desde la información en recepción hasta la realización de la historia clínica ya explicadas previamente, se detectó una gran afluencia de pacientes que solicitaban el servicio por tener problemas con sus parejas, o bien estaban resolviendo o habían vivido un proceso de divorcio, se observó que esto les generaba un impacto emocional muy importante y, en ocasiones devastador.

Por el alto grado de ansiedad y estrés que manifiestan estos pacientes, se requiere que la atención que se les proporcione sea adecuada y a la brevedad, desafortunadamente sólo en pocas ocasiones esta respuesta es posible de manera inmediata, como consecuencia de la alta demanda del Centro, y los pacientes se ven afectados con largos tiempos de espera.

La atención en la modalidad de terapia individual tiene como desventaja que sólo es atendido un paciente a la vez a pesar de que en muchas ocasiones la aplicación de la técnica es repetitiva. Por este motivo se eligió estructurar un taller donde se engloban los problemas más generales, para transmitir la información a la mayor cantidad de pacientes posibles. De esta manera se busca desahogar más rápidamente los expedientes del archivo en lista de espera y por otro lado el solicitante del servicio no requiere esperar demasiado tiempo para ser atendido.

OBJETIVO DEL TALLER.

El taller tiene como objetivo proporcionar atención oportuna a un segmento de la población, para que en un tiempo relativamente corto se pueda lograr un equilibrio emocional en los pacientes, disminuyendo o eliminando los síntomas

que provoca un alto nivel de ansiedad que los lleva a solicitar apoyo psicológico, y como objetivo secundario dotarles de las herramientas, técnicas y habilidades para reducir los conflictos y la conducta negativa. También está orientado en fortalecer el compañerismo, el compromiso, la intimidad, propiciar o fomentar el entendimiento mutuo y fortalecer los aspectos positivos de la relación de pareja en un corto y largo plazo, desde una perspectiva cognitivo-conductual.

Se sugiere utilizar el instrumento diseñado por Aarón T. Beck para la medición de los niveles de ansiedad que caracteriza a los pacientes que acuden al Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Davila" por problemas en la relación de pareja. En una medición de Test-Retest se logrará detectar si hay disminución de dichos niveles después de ser aplicado el taller de "Resolución de Problemas de Pareja".

Se opto por sugerir este inventario por tres razones: la disminución de la ansiedad en los pacientes, es uno de los objetivos de este taller y el inventario forma parte de la evaluación que se aplica a todas las personas que acuden al Centro en busca de ayuda para solucionar su problemática, segunda, los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV y una tercera "las propiedades psicométricas de fiabilidad y validez del Inventario de Ansiedad de Beck son: Fiabilidad.- Posee una elevada consistencia interna 12 (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62. Validez.-Tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Los coeficientes de correlación (r) con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0,47 a 0,58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0,81." (Zamora, 2011. Pág. 67).

SOPORTE TEORICO.

FORMACIÓN DE GRUPOS TERAPÉUTICOS.

Los talleres terapéuticos son una forma especial de intervención en la cual un grupo pequeño se reúne, guiado por un instructor profesional, para ayudarse entre sí. Los talleres grupales proveen un contexto para compartir los problemas o preocupaciones, comprender mejor la propia situación y aprender junto con las demás personas; pueden centrarse en problemas de tipo general o específicos. Los talleres terapéuticos son especialmente útiles para personas que tienen problemas para establecer relaciones interpersonales ya que el grupo le proporciona un ambiente protegido en el que puede aprender nuevas formas de relacionarse (Ellis y MacLaren, 2004).

PSICOTERAPIA DE GRUPO

La psicoterapia de grupo es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes, que según Vinogradov y Yalom (1996), no sólo se reduce a ello. En la psicoterapia individual una persona calificada realiza intervenciones terapéuticas con un paciente con el objetivo de aliviar el malestar psicológico, cambiar el comportamiento inadaptado y estimular el crecimiento y el desarrollo de la personalidad. En la terapia de grupo, tanto la interacción paciente-paciente como la interacción paciente-terapeuta se utilizan para efectuar cambios en la conducta inadaptada de cada uno de los miembros del grupo, en otras palabras es el grupo mismo, combinado con la aplicación de las técnicas específicas y la realización de intervenciones por parte del grupo, lo que sirve como instrumento de cambio, esta característica es la que otorga a la psicoterapia de grupo su excepcional potencial terapéutico.

Se han encontrado una serie de factores que operan en la terapia de grupo y que determinan su éxito. Vinogradov y Yalom (1996) desarrollaron un inventario de base empírica constituida por 11 factores:

- 1.- Infundir esperanza. El presenciar la mejoría en los demás infunde en el paciente gran esperanza en su propia mejoría.
- 2.- Universalidad. Los pacientes se sienten aliviados cuando se dan cuenta que no están solos y que sus problemas son universales.
- 3.- Transmitir información. El conocer la forma en que afecta un síntoma tranquiliza a quien lo padece.
- 4.- Altruismo. El poder ofrecer apoyo a otros miembros del grupo es gratificante sobre todo para aquellos pacientes que sienten que tienen poca valía.
- 5.- Desarrollo de técnicas de socialización. El aprendizaje social es un factor terapéutico que opera en todos los grupos de psicoterapia debido a que permite a los participantes darse cuenta de las reacciones que producen con su conducta.
- 6.- Comportamiento imitativo. Los miembros del grupo se benefician de la observación de otro paciente que tiene problemas similares y del comportamiento de un paciente que tiene una actuación más positiva.
- 7.- Catarsis. El ser capaz de expresar emociones fuertes y profundas y aún así ser aceptado por los demás ayuda a verse de otra manera.
- 8.- Recapitulación correctiva del grupo familiar primario: el grupo posibilita a los pacientes interactuar con los participantes de la manera en que lo hicieron en su momento con sus figuras de autoridad de una manera correctiva.
- 9.- Factores existenciales. En el curso de la terapia los participantes se percatan de que la orientación y el apoyo que pueden recibir de los demás tiene un límite y que son ellos mismos los que necesitan resolver su problemática.
- 10.- Cohesión de grupo. La terapia grupal ofrece a los participantes aceptación y comprensión.
- 11.- Aprendizaje interpersonal. Proporciona a cada participante un conjunto único de interacciones interpersonales en un entorno seguro.

La terapia de grupo puede ser conducida hacia fines educativos, de alteración de actitudes y patrones de conducta ya que el grupo ofrece al terapeuta una oportunidad tanto para observar la manera en la que el individuo se relaciona con los demás, como para traer a la conciencia del individuo las distorsiones de sus relaciones (op. cit.).

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Nezu ha definido la solución de problemas sociales como "el proceso metacognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación de, bien el carácter problemático de la situación misma o bien sus reacciones hacia ella" (Nezu 1987, citado en Caballo, 2008, pág. 528).

Los problemas, dentro del enfoque cognitivo-conductual, se definen como situaciones específicas de la vida (presentes o anticipadas) que exigen respuestas para el funcionamiento adaptativo, pero que no reciben respuestas de afrontamiento eficaces provenientes de las personas que se enfrentan con las situaciones, debido a la presencia de distintos obstáculos. Estos obstáculos pueden incluir la ambigüedad, la incertidumbre, la falta de recursos y/o la novedad. Los problemas representan a menudo una discrepancia entre la realidad de una situación y los objetivos deseados (Nezu 1987, citado en Caballo, 2008).

La resolución de problemas es una estrategia de intervención que consiste en la presentación y práctica de un método general y estructurado, con el fin de ayudar al paciente a resolver sus problemas. El supuesto en el que se basa la Terapia de Resolución de Problemas es que los problemas psicológicos son consecuencia de conductas de afrontamiento inefectivas (Nezu 1987, citado en Caballo, 2008).

Esta estrategia se fundamenta en la idea de que los problemas cotidianos que no se resuelven generan un malestar acumulativo que puede terminar en enfermedades psíquicas o físicas.

La resolución de problemas ayuda a reducir o eliminar los pensamientos negativos que llevan a la persona a creerse incapaz de manejar una situación como: "No puedo hacer nada", "Esto no tiene solución", "No soporto esta situación", "No sé qué hacer", etc. (Nezu 1987, citado en Caballo, 2008).

Este método fue desarrollado por D'Zurilla y Goldfried , en 1971, y se ha incorporado a la terapia cognitivo-conductual. Consiste en una estrategia de cinco pasos para encontrar solución a cualquier tipo de problema. Es importante tener en cuenta que cada persona afronta la resolución de problemas de una forma diferente, basada en su experiencia y su historia de aprendizaje (Nezu, 2006).

Los pasos propuestos por D'Zurilla y Goldfried son:

1. Definir el problema, de forma precisa y en términos concretos, observables e idealmente medibles.
2. Desarrollar soluciones alternativas ("lluvia de ideas"). Se trata de llegar a la mayor variedad de posibles soluciones. En esta etapa, ninguna idea es mala, pues cualquiera de ellas podría ser la solución.
3. Tomar una decisión y ejecutar. Se decide proceder, después de evaluar la idea más factible y más probable de tener éxito.
4. Evaluar los resultados.
5. Reiniciar el proceso, de encontrarse necesario (gracias a la etapa anterior donde se evalúa el éxito de la implementación).

HISTORIA Y PANORÁMICA GENERAL DE LA PAREJA.

Definición de pareja.

La definición de pareja según Nezu: "alude a una relación romántica significativa entre dos adultos, lo que sugiere que los principios, en lo básico, son aplicables a personas que no están casadas o que son del mismo sexo" (Nezu, 2006. pág. 231).

Esta definición será aplicable literalmente para el presente taller.

La pareja en México.

Hasta la década de los setentas del siglo pasado la sociedad mexicana fue estable refiriéndonos a las relaciones de pareja los roles en una familia estaban perfectamente diferenciados, eran claros y los jóvenes aspiraban a reproducir los esquemas aprendidos de sus padres. La mayoría de las parejas estaban constituidas por un par de personas de distinto sexo que en función de distintas razones decidían compartir su cuerpo, apoyarse mutuamente en la salud y en la enfermedad, en la riqueza y en la pobreza, en la alegría y en la tristeza, hasta que la muerte los separase. En décadas anteriores la pareja era un matrimonio que tenía como objeto social la creación de la familia y plasmaba sus intenciones legalmente en un contrato matrimonial. Predominando las familias conformadas por papá, mamá e hijos, donde generalmente el hombre asumía la jefatura del hogar y era el encargado de proveer la subsistencia diaria de la familia; la mujer se encargaba de la atención y cuidado de los hijos y el marido, y era responsable de las actividades domésticas (Eguiluz, 2007).

Sin embargo, en las últimas décadas, la pareja se ha ido transformando debido a una serie de cambios demográficos, económicos y sociales: el descenso de la fecundidad, la inserción de la mujer en el ámbito productivo, el mayor nivel educativo de los jóvenes, la baja en el ingreso familiar; que obliga a las familias a incorporar un mayor número de miembros al mercado laboral para satisfacer sus necesidades económicas, son algunos ejemplos que han coadyuvado al cambio (op. cit.).

Actualmente no es necesario estar casado para que el entorno social considere que dos personas constituyen una pareja; muchas parejas no tienen intención de formar una familia y no plasman su relación por medio de un contrato explícito. El concepto de pareja se ha hecho más amplio (op. cit.).

La existencia social de la pareja implica que en muchos aspectos mantiene una conducta común, única, se supone que el objetivo implícito con el que cada miembro se incorpora a la pareja es hacer la vida más feliz y plena al otro y recibir un trato análogo. Para ello intercambian conductas y comparten una serie de bienes y actividades (op. cit.).

La paternidad o maternidad, es uno de los motivos que llevan a constituir una pareja estable. Pero actualmente también esto está cambiando. El número de hijos nacidos de mujeres solteras es cada vez mayor. Todo este proceso de cambio en las parejas ha dado como resultado una gran diversidad en la conformación de las familias.

Tipos de familias (INEGI, 2002):

- Nuclear. Es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o adoptados. Una pareja que vive junta sin casarse y no tiene hijos también constituye un hogar nuclear
- Monoparental. Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz (la familia de madre soltera) o por el fallecimiento de uno de los cónyuges.
- Ampliada. Es aquella compuesta por la unión de una pareja más los hijos correspondientes de cada uno; se le pueden sumar hijos que se generan en esta nueva relación, e incluso algún familiar de cualquiera de los cónyuges.
- Extensa. Se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más de dos generaciones y está basada en vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás.

Según el INEGI (2010) en México hay unos 23 millones 900 mil hogares. La distribución actual de los diferentes tipos de familias son los siguientes:

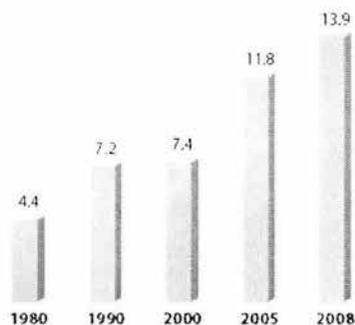
- ⇒ 64% son nucleares.
- ⇒ 24% son ampliados.
- ⇒ 9% son unipersonales.
- ⇒ 1% es compuesto constituido por un hogar nuclear o ampliado, más personas sin parentesco con el jefe del hogar.
- ⇒ 1% es corresidente y está formado por dos o más personas sin relaciones de parentesco.

La información del Censo 2010 INEGI, muestra que en México de cada 100 hogares 25 están a cargo de una mujer. En el Distrito Federal 23% están a cargo de una mujer y el 77% el responsable es un hombre.

En México el porcentaje de hogares dirigidos por mujeres puede estar subestimado, por la forma en que se recogen los datos sobre la jefatura femenina, existe un número no cuantificado de hogares cuya responsabilidad está a cargo de mujeres pero que no es visible en las estadísticas nacionales. La razón es porque se declara la jefatura femenina cuando no hay un varón adulto que aporte económicamente (Eguiluz, 2007).

Los indicadores socio-demográficos estudiados por el INEGI, señalan que la dinámica del estado civil de la población también ha cambiado. El divorcio y las separaciones van en aumento.

Relación divorcios-matrimonios (1980-2008). INEGI



En 1980, por cada 100 matrimonios había 4 divorcios; en el 2000, esta cifra se eleva a 7 divorcios y para 2008 son casi 14 divorcios por cada 100 matrimonios.

Una de las consecuencias de la cultura machista de nuestra sociedad, es que el índice de divorcios solicitados por la mujer va en aumento, en contraste con el descenso de las parejas que contraen matrimonio religioso o solamente civil (Velasco, citado en Eguiluz, 2007).

Aparecen nuevas formas de vivir en pareja: por ejemplo las parejas que deciden vivir separadas pero mantienen sus lazos afectivos y sexuales, las parejas homosexuales que eran estigmatizadas y condenadas socialmente, parejas que después de divorciarse deciden continuar viviendo bajo el mismo techo sin ningún tipo de compromiso afectivo ni sexual (op. cit.).

Las tensiones y los problemas emocionales graves que son ocasionados por estos rompimientos producen en la pareja la necesidad de acercarse a los especialistas en psicoterapia (op. cit.)

Pareja y conflicto.

El ideal de pareja que implica el matrimonio para consolidar el vínculo amoroso, contrasta con el número creciente de divorcios y la disminución de la tasa de parejas estables, en todo el mundo existe una fuerte tendencia de que los individuos vivan solos (Beck 2001, citado en Eguiluz, 2007), en México también aparece el mismo fenómeno.

El mito generalizado de que casarse resuelve todos los problemas y de que el matrimonio será la continuidad obligada de la relación amorosa para toda la vida, es un ideal que ha favorecido la dependencia y que conduce rápidamente al aburrimiento y la rutina, así como a la patología (Rampage 1995, citado en Eguiluz, 2007).

Áreas de conflicto

Es fácil hacer un inventario de las áreas de conflicto de una pareja. Abarcan todas aquellas en las que se mueve la relación. Las disputas en los matrimonios se dan a menudo sobre las responsabilidades (quien se encarga de hacer las cosas) y el poder (quien decide lo que hay que hacer), las finanzas, las relaciones con miembros de la familia de origen, el cuidado de los hijos, actividades sociales y de trabajo fuera de la familia, sexualidad e intimidad y la comunicación, existen otras fuentes de conflicto que por su

naturaleza atacan a la relación de pareja de forma severa, como el sexo extramatrimonial (infidelidad), los celos, la violencia, el alcohol y las drogas. (Datilio y Padesky, 2004).

Conflictos de pareja y la salud.

Los conflictos matrimoniales se relacionan también con una salud física más pobre y con algunas enfermedades específicas como las cardíacas, el cáncer, el dolor crónico, las afecciones del sistema inmune y la mortalidad por cualquier tipo de enfermedad (Velasco citado en Eguiluz, 2007).

Investigaciones señalan que los hombres casados viven más y más saludables, mientras que con la mujer sucede lo contrario: la mujer soltera tiene una incidencia más baja de enfermedades físicas y emocionales (op. cit.).

ESTRUCTURA DEL TALLER.

Los participantes para el taller terapéutico se seleccionan previamente de entre los pacientes que asisten al CSP a solicitar apoyo psicológico por manifestar problemas en su relación de pareja. Se incluyen hombres y mujeres (se recomienda que acudan ambos miembros de la pareja, si es posible).

Para dar inicio al taller se sugiere que previamente se lleve a cabo una entrevista con las parejas que asistirán, de una a la vez, con la finalidad de actualizar la información recabada en su expediente (sobre todo si han tenido un largo tiempo de espera).

Es importante haber realizado la calificación e interpretación de los instrumentos de evaluación, para poder detectar patologías que puedan alterar el orden y objetivos del taller. Es conveniente en esta entrevista dar la información de los resultados obtenidos en la evaluación a los pacientes.

El inventario de Ansiedad de Aaron Beck que se aplica en la fase de evaluación servirá como referencia para obtener la medición inicial de los niveles de ansiedad que manifiesta el paciente.

Se sugiere que asistan un mínimo de tres parejas, con problemas similares, para aumentar el refuerzo que caracteriza a los grupos, fomentando su participación, identificación y cohesión.

El taller está conformado por ocho sesiones semanales, con una duración de 2 horas cada una.

Materiales:

Un salón acorde al número de asistentes.

Sillas cómodas.

Etiquetas para identificar los nombres de los participantes

Presentación de diapositivas correspondiente al tema.

Reproductor de música (para técnica de relajación).

SESIÓN 1

*El mal no está en tener faltas,
sino en no tratar de enmendarlas.*
Confucio

INTRODUCCIÓN AL TALLER.

Esta sesión se inicia con la bienvenida y presentación del instructor, colocación de etiquetas con los nombres de los participantes y la invitación para que cada uno de los pacientes se presente ante los demás integrantes del grupo: mencione su nombre, cual es su ocupación, el tiempo que tiene viviendo en pareja o si están separados desde que fecha. Es importante que cada paciente manifieste las expectativas que tiene sobre el taller.

Para crear la cultura de grupo y romper el hielo se establece una dinámica de lluvia de ideas para determinar el conjunto de reglas de conducta que regirán el taller y que finalmente todos acatarán. Se busca la integración en un ambiente de aceptación, sin crítica y solidario, en un marco de respeto siempre invitador y propositivo y no impositivo. Es relevante resaltar la importancia y compromiso de confidencialidad absoluta respecto a lo que se hablará en el taller y de respeto a las opiniones de los participantes aún cuando no se estuviera de acuerdo con su manera de pensar y actuar.

Posteriormente se informa a los participantes las características del taller dando una breve explicación acerca de:

- ψ Terapia Cognitivo-Conductual.
- ψ Ventajas del Trabajo Grupal.
- ψ Modalidad de Terapia Breve.
- ψ Duración y horarios de la terapia.
- ψ Importancia de las tareas.
- ψ Aclaración de dudas.

Al finalizar la definición de reglas y características del taller se implementa la siguiente dinámica:

NOMBRE: LA RISA (Adaptada a partir de Castaño, 2001).

OBJETIVOS:

Integración del grupo.

Generar un ambiente de confianza.

Romper el hielo.

TIEMPO: 15 Minutos

INTEGRANTES: Ilimitado

INSTRUCCIONES: El facilitador separa a los integrantes en dos filas iguales, una frente a la otra, separados por 2 mts. La primera persona de una de las filas tira al centro, una moneda. Si cae águila, los jugadores de esa fila deben permanecer serios y los de la otra deben reír muy fuerte; si cae sol al contrario. El procedimiento se repite con la primera persona de la otra fila, así sucesivamente hasta la última persona de las dos filas.

Concluida la dinámica anterior se inicia la información correspondiente a la sesión, empleando para ello las técnicas de psicoeducación, catarsis, análisis grupal y debate.

Conceptos básicos relacionados con la relación de pareja:

- ψ Qué es una pareja,
- ψ Tipos de pareja,
- ψ Elección de la pareja.
- ψ Ciclos de la pareja
- ψ Autoconocimiento para la integración de la pareja

Para finalizar la sesión se realiza una breve dinámica de relajación, que tiene como objetivo que el paciente se retire con una ansiedad menor que con la que se presentó al taller. Esto lo hará sentirse motivado para asistir a las siguientes sesiones.

Cierre de la sesión.

SESIÓN 2

*No existe nada bueno ni malo;
es el pensamiento humano el
que lo hace aparecer así.*
William Shakespeare

CREENCIAS Y EXPECTATIVAS SOBRE LA RELACION.

La sesión da inicio con el recibimiento y saludo a los miembros del grupo, se lleva a cabo la retroalimentación de la sesión anterior, es importante aclarar dudas, si existen, se hace la revisión de tarea: escuchar los comentarios y opiniones que surgen del análisis de la información proporcionada respecto a la relación de pareja.

Después de haber realizado las actividades anteriores, se desarrolla la siguiente dinámica:

Nombre: FOTOPROYECCIÓN (Adaptada a partir de Castaño, 2001).

OBJETIVO:

- Permitir que los integrantes tengan un espacio confiable para que expresen su forma de pensar sin restricciones y de manera natural.
- Identificar cómo cada persona se expresa de acuerdo a su propia historia. Generando sus creencias y expectativas personales

TIEMPO. 35 Minutos

TAMAÑO DEL GRUPO: Ilimitado.

LUGAR: salón amplio bien iluminado acondicionado para que los participantes puedan estar cómodos.

MATERIAL: Una fotografía (recorte de revista o periódico, postal, poster, etc.) por equipo que manifieste una situación humana poco convencional para que su significado no sea evidente, pero no en forma tan velada, que su significado sea totalmente vago, es decir, una fotografía que ayude a la imaginación y a la proyección personal.

DESARROLLO:

I. El facilitador divide el grupo en parejas (equipos), muestra una fotografía y da las siguientes indicaciones: "cada equipo recibirá una foto", cada uno de ustedes tendrá 5 minutos para describir qué sucedió antes en esa foto, qué está pasando en ella y que va a suceder después.

II. El facilitador solicita un voluntario por cada equipo, pasa al frente del grupo a explicar su versión (el otro miembro de la pareja escucha), van pasando así uno tras otro, hasta que pasen todos los voluntarios de cada pareja.

III. Cuando cada participante haya hecho su narración, el compañero comentará, por lo menos durante tres minutos, las diferencias que encontró respecto a su pareja.

IV. El facilitador guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

Al concluir la dinámica anterior, se procede a explicar los temas a desarrollar en esta sesión, el facilitador buscará la integración del grupo a través de la participación, fomentará el análisis del tema buscando la reciprocidad de experiencias entre sus miembros, para ello se utilizarán láminas o diapositivas preparadas previamente. Los temas a tratar son:

- ψ Pensamientos Automáticos.
- ψ Creencias Distorsionadas de la relación de Pareja.
- ψ Expectativas Irreales de la Pareja.
- ψ Expectativas Irreales de la Relación en Pareja.

Al finalizar se hace un breve resumen del tema con la participación del grupo. Se aclaran dudas.

Tarea: Realizar una lista de al menos cinco creencias personales, que identifique como distorsionadas con relación a la pareja de acuerdo al material revisado.

Despedida.

SESION 3

*Una palabra mal colocada estropea
el más bello pensamiento.*
Voltaire

COMUNICACIÓN EN LA PAREJA.

La sesión da inicio con un saludo inicial, posteriormente los participantes realizarán un resumen breve del tema tratado en la sesión anterior, que servirá como actualización y reforzamiento, se revisará la tarea para fomentar la retroalimentación y participación general del grupo, se aclaran las dudas que surgen en el transcurso de la semana.

Concluida la fase puente, se continúa con una dinámica que tiene como objetivo analizar las diferentes interpretaciones que se pueden dar a una misma situación, objeto o estímulo dependiendo de la historia de vida de cada persona. También cómo el conocimiento individual o una comunicación parcial tiene como resultado una distorsión del mensaje inicial, generando ideas equivocadas.

Nombre: YO LO VEO ASÍ (Adaptada a partir de Castaño, 2001).

OBJETIVO:

- Analizar el elemento subjetivo en la comunicación.
- Analizar las consecuencias de la comunicación parcial.

TIEMPO: 35 Minutos

TAMAÑO DEL GRUPO: Ilimitado

LUGAR: Un lugar suficientemente amplio que permita que los participantes puedan salir del salón y estar sentados en un círculo y pararse enfrente del grupo.

MATERIAL: Un libro o revista.

DESARROLLO:

I. El facilitador con los integrantes previamente sentados en círculo, pide tres voluntarios que salgan del salón donde está reunido el grupo.

II. A los voluntarios el facilitador les indica que hagan una descripción de un objeto del libro o revista. Cada uno va a describir al grupo sólo una parte, sin ponerse de acuerdo entre ellos de cómo lo van a describir y sin poder mencionar el nombre del objeto.

III. Luego uno por uno pasan frente al grupo a describir la parte que le tocó del objeto.

IV. El grupo debe adivinar a qué objeto se están refiriendo los compañeros. Deben explicar qué cosas les hizo pensar en el objeto que dijeron.

V. El facilitador recogerá las opiniones del grupo y destacará las diferentes interpretaciones que se obtuvieron, resaltando las diferencias entre cada una de ellas.

Al concluir la dinámica anterior, se procede a explicar los temas a desarrollar en esta sesión, el facilitador buscará la integración del grupo a través de la participación, fomentará el análisis del tema buscando la reciprocidad de experiencias entre sus miembros, para ello se utilizarán láminas o diapositivas preparadas previamente. Los temas a tratar son:

- ψ Principales errores en la comunicación con la pareja.
- ψ Tipos de comunicación.
- ψ Reglas básicas de la comunicación con la pareja.
- ψ Teoría y práctica de la tríada cognitiva.

Al finalizar los participantes realizarán un breve resumen del trabajo realizado, comentarios finales y aclaración de dudas.

La tarea a realizar en esta semana es: Practicar una comunicación directa, sin interpretaciones, hacer aclaraciones cuando el mensaje no sea claro y tener la disposición para fomentar una buena escucha hacia la pareja.

SESIÓN 4

El optimista encuentra una respuesta para cada problema. El pesimista ve un problema en cada respuesta.

Anónimo

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

La sesión da inicio con el recibimiento y saludo a los miembros del grupo, se lleva a cabo la retroalimentación de la sesión anterior, es importante aclarar dudas, si existen, se hace la revisión de tarea: es importante escuchar los comentarios y opiniones que surgen del trabajo realizado durante la semana cada participante tendrá diferentes puntos de vista respecto a cómo intento y en ocasiones logro detener las interpretaciones que de forma automática aparecen al momento de escuchar a la pareja. El facilitador motivará a los miembros del grupo para que esa actitud la practiquen en su vida diaria.

Al concluir las actividades anteriores se llevara a cabo la siguiente dinámica que tiene como objetivo detectar actitudes y comportamientos no adecuados, dentro de la pareja, que imposibilitan obtener una resolución de problemas adecuada y satisfactoria para ambos.

Nombre: SOLUCIÓN CREATIVA DE PROBLEMAS (Adaptada a partir de Castaño, 2001).

OBJETIVO:

- Observar actitudes grupales en la solución de un problema.
- Explorar influencias interpersonales en la solución de un problema.

TIEMPO: 35 Minutos

TAMAÑO DEL GRUPO: Ilimitado

LUGAR: Una sala suficientemente amplia con sillas, para acomodar a todos los miembros participantes.

MATERIAL: Papel y lápiz para cada pareja.

DESARROLLO:

I. El facilitador distribuye hojas blancas y lápices a los integrantes del taller. Se pide a las parejas que anoten en una hoja el problema que consideren haya tenido el mayor grado de complejidad para ser resuelto entre ellos. Esta hoja se dobla y se deposita en una urna, con todas las del grupo.

II. Posterior a esto se les pide que de manera individual escriban cinco posibles soluciones al problema que anotaron. Se aclara que se trata de la solución creativa de un problema, para lo cual debe procurar no dar las mismas respuestas que su pareja.

III. De manera aleatoria se escoge una hoja de la urna. El problema será expuesto al grupo para generar varias soluciones (lluvia de ideas) dentro del grupo. Se le pide a la pareja que escribió el problema que verifique si las posibles soluciones fueron diferentes a las que ya tenían y en este momento cual sería la respuesta más idónea.

IV. Se extrae otro problema de la urna que será sometido al mismo procedimiento, y así sucesivamente hasta agotar las hojas.

Al finalizar la dinámica se procederá a realizar la explicación de los temas correspondientes a la sesión, con la técnica de exposición. El facilitador promoverá la participación activa del grupo, fomentará el análisis del tema buscando la reciprocidad de experiencias entre sus miembros, para ello se utilizarán láminas o diapositivas preparadas previamente. Los temas a tratar son:

- ψ Antecedentes y conceptos de resolución de problemas.
- ψ Definición del Problema.
- ψ Técnicas de la resolución de problemas.
- ψ Aplicación de la técnica en resolución de problemas.
- ψ Evaluación del resultado en la aplicación de la resolución del problema.

El facilitador pedirá que se lleve a cabo una conclusión y evaluación de la sesión, fomentando que los participantes expongan sus dudas, comentarios y sugerencias.

Tarea: Durante la semana los participantes tratarán de aplicar lo aprendido durante la sesión.

SESIÓN 5

*El caer no ha de quitar la gloria
del haber subido.*
Pedro Calderón de la Barca

Asertividad y Resiliencia.

La sesión da inicio con un saludo inicial a los integrantes del grupo, posteriormente los participantes realizarán una breve actualización del tema tratado en la sesión anterior, que servirá como reforzamiento, se revisará la tarea para fomentar la retroalimentación y participación general del grupo, se aclaran las dudas que surgen en el transcurso de la semana.

Al finalizar la actividad anterior se lleva a cabo una dinámica que tendrá como objetivo el promover la identificación y práctica de una conducta asertiva, en las diferentes facetas de la vida diaria:

Nombre: ¿QUÉ TAN ASERTIVO SOY? (Adaptada a partir de Castaño, 2001).

OBJETIVO:

- Revisar en la propia vida experiencias de asertividad, agresividad y de pasividad.

TIEMPO: 30 Minutos

TAMAÑO DEL GRUPO: Ilimitado

LUGAR: Un salón amplio y bien iluminado acondicionado para que los participantes puedan estar cómodos.

MATERIAL: Ninguno

DESARROLLO:

I. El Facilitador leerá lo siguiente, dejando un intervalo de tiempo después de cada historia, para que los participantes identifiquen si el personaje fue asertivo, pasivo o agresivo; así como, comuniquen experiencias propias que les haya recordado y qué respuesta asertiva encuentran para el ejemplo de pasividad y agresividad.

OCASIÓN EN QUE FUE PASIVO: La semana pasada mi hermano tomo 500 pesos de mi cartera sin pedírmelos; en consecuencia no puede ver la película que quería, esa noche. El acostumbra hacer cosas como éstas, pero nunca le digo nada.

OCASIÓN EN QUE FUE AGRESIVO: Una amiga bromeaba conmigo en la oficina. Yo tenía dolor de cabeza, así que le grité que era una persona desconsiderada, inmadura, y me fui dejándola con la palabra en la boca.

OCASIÓN EN QUE FUI ASERTIVO: El otro día iba yo con un amigo en el coche y éste prendió un cigarro; le dije que fumar en un espacio tan reducido y encerrado me molestaba y le pedí de favor, que no fumara mientras estuviéramos dentro del coche. El apagó el cigarro.

II. El Facilitador solicita a los participantes que hagan un autoanálisis sobre los comportamientos (Agresivo, pasivo y asertivo) que muestra en cada una de las áreas de vida:

- Salud
- Trabajo
- Economía
- Familia
- Sociedad
- Esparcimiento
- Estudios (actuales)
- Necesidades
- Valores

III. El facilitador integra subgrupos de 3 integrantes donde no esté la pareja, para que comenten sus respuestas.

Al concluir la dinámica se inicia los temas a tratar en la sesión, en esta ocasión se dividirá el tiempo en dos partes: en la primera se desarrollará el concepto de asertividad y en un segundo momento el concepto de resiliencia. El facilitador estimulará a los integrantes del grupo a participar en el análisis de los temas y externar sus dudas.

Temas a desarrollar:

- ψ Conceptos Generales de asertividad.
- ψ Aplicación de asertividad en la resolución de problemas.
- ψ Conceptos Generales de resiliencia.
- ψ Aplicación de resiliencia en la resolución de problemas.

Al concluir la exposición el facilitador pedirá que se lleve a cabo una conclusión y evaluación de la sesión, permitiendo y fomentando que los participantes expongan sus dudas, comentarios o sugerencias.

Tarea: Se les solicita a los participantes busquen tener conductas asertivas en sus actividades cotidianas y en la comunicación con su pareja.

SESIÓN 6

*La violencia es el miedo a los
ideales de los demás.*
Mahatma Gandhi

LA VIOLENCIA DENTRO DE LA PAREJA.

La sesión da inicio con el recibimiento y saludo inicial a los integrantes del grupo, el facilitador solicita que los participantes realicen una breve actualización del tema tratado en la sesión anterior, que servirá como reforzamiento, se revisará la tarea, es importante que todo el grupo exprese sus experiencias de lo aprendido y que tan difícil le resulto su aplicación en su vida cotidiana. Se aclaran las dudas que surgen en el transcurso de la semana.

Al finalizar la actividad anterior se lleva a cabo una dinámica que tendrá como objetivo el promover en los integrantes del grupo la identificación de la violencia y el daño permanente que deja como secuela en las personas que la sufren:

Nombre: PERSONAS DE PAPEL (Adaptada a partir de Castaño, 2001).

OBJETIVO:

- Revisar el daño causado a través de la violencia.
- Distinguir los sentimientos que origina un evento violento.

TIEMPO: 30 Minutos

TAMAÑO DEL GRUPO: Ilimitado

LUGAR: Un salón amplio y bien iluminado acondicionado para que los participantes puedan estar cómodos.

MATERIAL: Corazones de papel, lápices.

DESARROLLO:

El facilitador entrega un corazón de papel a cada participante y comenta:

Imagina que el corazón representa a tu esposo o esposa. Mientras escribes su nombre en el centro, trata de imaginarte que ahí está. Imagina los momentos más felices que has compartido con él o con ella; cuando se vieron por primera vez, cuando sentiste su primer abrazo, cuando sentiste su primer beso; quédate por un momento con esas experiencias. Después de unos minutos solicita: Ahora te pido que arrugues esa hoja hasta que esté totalmente oprimida en tu puño, mantenla apretada hasta que se te indique (si hay resistencia el facilitador insiste con firmeza). Pon atención en lo que sientes en este momento. Deja que las sensaciones y sentimientos fluyan en este momento, recuerda que te encuentras en un lugar seguro. Después de unos minutos, el facilitador solicita: por favor extiende el corazón hasta que recupere su forma original. No puedes, eso es lo que pasa con una persona cuando la tratas mal. Jamás vuelve a ser la misma.

¿Cuáles son tus sentimientos?

¿Qué sientes hacia tu pareja en este momento?

Al concluir la dinámica anterior el facilitador inicia la actividad teórica, con la técnica de exposición, buscará la integración del grupo a través de la participación, fomentará el análisis del tema buscando la reciprocidad de experiencias entre sus miembros, para ello se utilizarán láminas o diapositivas preparadas previamente.

Temas a desarrollar:

- ψ Definición de violencia en la pareja.
- ψ Causas más comunes que generan violencia en la pareja.
- ψ Tipos de violencia en la pareja.
 - ✓ Física.
 - ✓ Psicológica.
 - ✓ Económica.
 - ✓ Sexual.
- ψ Ciclo de la violencia en la pareja.
- ψ Efectos de la violencia en la salud a corto, mediano y largo plazo.

Para hacer el cierre del tema, el facilitador pide a cada participante un breve comentario sobre que aprendió, que tipo de violencia descubrió que ha sufrido y cuál fue el momento más difícil de la sesión.

Tarea: Elaborar un escrito donde manifiesten que tipo de violencia ha sufrido y cual ha ejercido con su pareja e hijos.

Para finalizar la sesión se realiza una breve dinámica de relajación, ya que el tema es muy denso y generalmente las explosiones catárticas son frecuentes.

El facilitador previamente ejemplificará una de las formas saludables para respirar y hará hincapié en la importancia de la respiración como un recurso de autoayuda (útil para reciclar emociones).

SESIÓN 7

amor sin sexo, es amistad.
sexo sin amor, es placer.
amor con sexo, es éxtasis.
(anónimo)

SEXUALIDAD EN LA PAREJA.

La sesión da inicio con el recibimiento y saludo a los miembros del grupo, se lleva a cabo la retroalimentación de la sesión anterior, es importante aclarar dudas, si existen, se hace la revisión de tarea: escuchar los comentarios y opiniones que surgen del análisis de la información proporcionada respecto a la violencia en la relación de pareja.

Al finalizar la actividad anterior se lleva a cabo una dinámica que tendrá como finalidad promover la cercanía en los integrantes de la pareja.

Nombre: CARICIAS FÍSICAS (Adaptada a partir de Castaño, 2001).

OBJETIVO:

- Enseñar a dar y recibir atenciones y caricias.
- Facilitar el proceso de aprender cómo reacciona cada persona ante un bombardeo de sensaciones táctiles.

TIEMPO: 35 Minutos

TAMAÑO DEL GRUPO: Ilimitado.

LUGAR: Un salón suficientemente amplio y sin obstáculos que permita a los participantes relajarse.

MATERIAL: Colchonetas y música relajante.

DESARROLLO:

I. El facilitador divide al grupo en equipos integrados por la pareja (si el participante asiste de manera individual al taller, se forman diadas del mismo

sexo de tal forma que todos participen y se lleven la experiencia, que pueden replicar con su pareja).

II. El facilitador pide a los participantes que los equipos se acomoden distribuyéndose cómodamente en todo el salón.

III. Después explicará que la experiencia del masaje en pareja involucra sentimientos de confianza y aprendizaje para lograr abandonar las sensaciones de rigidez, y de esta manera, cada participante se hará más consciente de sí mismo, de su ternura y sus sentimientos, acerca de dar y recibir afecto.

IV. Explica también, que cada participante recibirá masaje por parte de su pareja. El masaje durará el mismo tiempo para cada uno (10 minutos).

Un participante se acostará. La pareja dará el masaje en la cabeza, y en cada mano. Es muy importante subrayar que deben intentar mostrar interés y cariño con el contacto. El participante que recibe el masaje deberá cerrar los ojos y tratar de alejar su rigidez, relajarse y disfrutar el masaje y las sensaciones táctiles que éste genere. Esta actividad es acompañada de música relajante.

El facilitador avisará cuando ha llegado el momento de cambiar las posiciones con el compañero.

V. Al final se llevará a cabo una reflexión concentrándose en los siguientes puntos:

a) Cuando se recibía masaje:

- ◇ ¿Cuáles eran sus sentimientos?
- ◇ ¿Se sintieron incómodos en algún momento?
- ◇ ¿Cuándo? ¿Cómo superaron este sentimiento?
- ◇ ¿Percibieron a los masajistas tiernos y cariñosos?
- ◇ ¿Qué sintieron al recibir masaje en diferentes lugares?

b) Cuando se daba masaje:

- ◇ ¿Qué sintieron al masajear una cabeza, o una mano?
- ◇ ¿Qué diferencias notaron según su situación?
- ◇ ¿Qué pensaron y sintieron mientras efectuaban el masaje?
- ◇ ¿Cómo trataron de mostrar su cariño y cuidado?

c) En general:

- ◇ ¿Estuvieron más cómodos dando o recibiendo masaje?
- ◇ ¿Por qué?

Al concluir la dinámica anterior el facilitador inicia la actividad teórica, con la técnica de exposición, buscará la integración del grupo a través de la participación, fomentará el análisis del tema buscando la reciprocidad de experiencias entre sus miembros, para ello se utilizarán láminas o diapositivas preparadas previamente. Temas a desarrollar:

- ψ Definición de sexualidad.
- ψ Identidad de género.
- ψ Salud sexual.
- ψ Distorsión de la sexualidad.
 - ✓ Parafilias.
 - ✓ Pornografía.
- ψ Homosexualidad, Bisexualidad, Heterosexualidad.
- ψ Respuesta Sexual.
 - ✓ Excitación.
 - ✓ Meseta.
 - ✓ Orgasmo.
 - ✓ Resolución.
 - ✓ Fase Refractaria.
- ψ La sexualidad y los problemas en la pareja.

Al finalizar se hace un breve resumen del tema con la participación del grupo. Se aclaran dudas.

Tarea: Realizar una lista de al menos cinco cualidades que reconozca en su pareja.

Despedida.

SESIÓN 8

*Son celos cierto temor
tan delgado y tan sutil,
que si no fuera tan vil,
podiera llamarse amor.*
Lope de Vega

CELOS E INFIDELIDAD EN LA PAREJA.

La sesión da inicio con el saludo inicial a los integrantes del grupo, posteriormente los participantes realizarán una breve actualización del tema tratado en la sesión anterior, que servirá como reforzamiento, se revisará la tarea para fomentar la retroalimentación y participación general del grupo, se aclaran las dudas que surgen en el transcurso de la semana.

Al finalizar la actividad anterior se llevará a cabo una dinámica que tiene como finalidad que los integrantes detecten los pensamientos irracionales que tienen respecto a la infidelidad y celos dentro de la pareja.

Nombre: ÉRASE UNA VEZ UN HOMBRE Y UNA MUJER (Adaptada a partir de Castaño, 2001).

OBJETIVO:

- Experimentar la creatividad e inventiva trabajando en pareja.
- Analizar la relación de pareja.

TIEMPO: 40 Minutos

TAMAÑO DEL GRUPO: Ilimitado

LUGAR: Un salón amplio y bien iluminado, acondicionado con mesas en donde los participantes puedan trabajar en subgrupos.

MATERIAL: Diarios o revistas, tijeras, pegamento, por parejas.

DESARROLLO:

- I. El Facilitador divide al grupo, cada pareja formará un subgrupo.
- II. El Facilitador les distribuye a los subgrupos el material (Revistas, tijera y pegamento).
- III. El facilitador les indica que la tarea que deberán realizar es crear una historieta que involucre infidelidad y celos, auxiliados de las revistas, escogiendo imágenes de un hombre y una mujer.
- IV. Cada subgrupo recorta, de las revistas, varias imágenes o fotografías. Tratando de combinar todos los cuadros recortados para crear una historia de infidelidad y celos.
- V. Al término el facilitador solicita a los subgrupos que pasen uno a la vez, al frente a exponer su historia frente al grupo.
- VI. Al finalizar las presentaciones, el facilitador junto con el grupo comentan la experiencia vivida en el ejercicio.

Al finalizar la dinámica anterior el facilitador inicia la actividad teórica, con la técnica de exposición, buscará la integración del grupo a través de la participación, fomentará el análisis del tema buscando la reciprocidad de experiencias entre sus miembros, motivará al grupo a exponer sus comentarios y sus dudas. Se utilizarán láminas o diapositivas preparadas previamente.

Temas a desarrollar:

- ψ Definición de celos.
- ψ Definición de celotipia.
- ψ Técnicas para el control de la celotipia.
 - Técnicas Conductuales.
 - Técnicas Cognitivas.
- ψ Tipos de Infidelidad.
- ψ Principales causas de una infidelidad.
- ψ Diversas soluciones después de una infidelidad.

Al finalizar la teoría se aplica el Inventario de Ansiedad de Beck como una medición de re-test para determinar el nivel de ansiedad que mantienen los pacientes después de haber asistido al taller.

El facilitador pide a los integrantes del grupo formar un círculo para que expresen sus experiencias del taller.

El facilitador hace el cierre formal del taller agradeciendo la asistencia de los integrantes, sugiriere que lo aprendido de manera teórica y vivencial lo apliquen a su vida cotidiana para lograr una mayor integración en su relación de pareja y obtener un futuro más placentero y prometedor para su familia.

VIII. RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

El haber realizado el Servicio Social dentro del Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila", me permite hacer algunas recomendaciones o sugerencias que personalmente considero son necesarias para mejorar el servicio que se proporciona al usuario.

1. Integrar dentro del plan de estudios un bloque y/o seminarios de formación en la práctica destinados a farmacología psiquiátrica. Es muy importante que el prestador de servicio social y posteriormente los profesionistas del área clínica, tengan el conocimiento básico de efectos, tiempos y sintomatología de dichos medicamentos ya que al presentarse los pacientes que fueron o son recetados, no se tiene los elementos necesarios para diferenciar si los síntomas presentados son causados por efectos secundarios de los mismos. En el Centro una cantidad considerable de usuarios, son pacientes que fueron canalizados por instituciones psiquiátricas y que complementariamente al tratamiento farmacológico requieren terapia psicológica.
2. Ampliar el horario de servicio a los días sábados y domingos. En varias ocasiones los solicitantes del servicio no pueden acudir porque los horarios de sus trabajos o escuela son los mismos en los que se labora en Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila". Por otro lado algunos estudiantes que desean hacer su Servicio Social también cuentan solo con esos días para realizarlo. Si se llevará a cabo esta ampliación de servicio ambas partes serían beneficiadas.
3. Como alternativas de apoyo a la sociedad, podría sugerir:
 - A) Programas de acercamiento a la población, en las que se trasladen brigadas o equipos de estudiantes, pasantes o voluntarios a distintas colonias o comunidades en donde se pueda dar apoyo psicológico e implementar talleres preventivos en escuelas y comunidades.
 - B) Realizar campañas informativas hacia la población sobre lo que es la Psicología y lo que ésta puede hacer por cada persona, ya que no se tiene la cultura de acudir al psicólogo y se tiene la tendencia de estigmatizar que éste tipo de atención es para personas "locas", lo que nos aparta de gran parte de la población que requiere el servicio.

REFERENCIAS

- Alvarez- Gayou J.L. (2006). *Sexoterapia integral*. México: Manual Moderno
- Baringoltz S., Levi R. (2007). *Terapia Cognitiva del Dicho al Hecho*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Beck A. (1988). *Con el amor no Basta*. España: Paidós.
- Beck J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. España: Gedisa.
- Beck J. (2007). *Terapia Cognitiva. Para la Superación de Retos*. España: Gedisa.
- Biscotti O. (2006). *Terapia de Pareja, Una Mirada Sistémica*. Argentina: Lumen Hmnanitas.
- Boring E. (2004). *Historia de la psicología experimental*, 4ª reimpresión. México: Trillas.
- Caballo V. (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI
- Calleja, N. compiladora (2011) *Inventario de Escalas Psicosociales en México 1984-2005*. México: UNAM.
- Caratozzolo D. (2002). *Parejas en Crisis*. México: Homo Sapiens.
- Caro I. (2007). *Manual de Psicoterapias Cognitivas: estado de la cuestión y procesos* 4ª Edición, España: Paidós.
- Castanyer O. (1997). *La Asertividad: Expresión de una Sana Autoestima*. España: Desclée De Brouwer.
- Castaño Fernández J. (2001) *Juegos Fy estrategias para la mejora de la dinámica de grupos*. España: Wanceulen.
- Datilio F., Padesky C. (2004). *Terapia Cognitiva con Parejas*. España: Desclée De Brouwer.
- Díaz Portillo I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Pax.
- Echeburúa E., Fernández J. (2010). *Celos en la Pareja. Una Emoción Destructiva*. España: Planeta.

- Eguiluz L. (compiladora). (2007). *Marcos Teóricos para el trabajo Terapéutico, Entendiendo a la Pareja*. México: Pax.
- Ellis A., MacLaren, C (2004). *Las relaciones con los Demás*. España: Océano-Ambar.
- Ellis, A (2009). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. España: Siglo XXI.
- Gil F., Alcover C. (1999). *Introducción a la psicología de los grupos*. Madrid: Pirámide.
- Gilbert M., Shumukler D. (2000). *Terapia Breve con Parejas, un enfoque integrador*. España: Manual Moderno.
- Heman A., Oblitas L. (2005). *Terapia Cognitivo Conductual*. México: PSICOM. Editores.
- Hernández A. (2007). *Manual de psicoterapia Cognitivo-Conductual para trastornos en la salud*. Libros en Red. (Impresión bajo demanda).
- Kramer P. (2000). *Conflictos de Pareja*. España: Gedisa.
- Liberman R., Wheeler E. (2006). *Manual de Terapia de Pareja*. 9ª Edic. España: Desclée De Brouwer.
- Martínez J. (2006). *Amores que duran...y duran...y duran*. México: Pax.
- Nezu A. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo-Conductuales. Un enfoque Basado en Problemas*. México: Manual Moderno.
- Olivares, J. (2005). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: biblioteca Nueva.
- Universidad Nacional Autónoma de México. (1992). *Reglamento General del Servicio Social, Legislación Universitaria*, México; UNAM. Pp.269-273
- Vargas J., Ibáñez, J. (2006). *Solucionando los problemas de Pareja y Familia*. México: Pax.
- Velazco, E. (2011) *Violencia intrafamiliar: mal social, mal universal*. Asamblea N° 26. México, D.F. Asamblea Legislativa del Distrito Federal, Secretaría de Gobernación México.
- Yalom, I., Vinogradov S. (1996) *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. Madrid: Paidós.

Zamora Uribe Ma. E. (2011) *Reporte de Caso de un Taller Terapéutico Impartido a Mujeres en la Segunda Edad que Presentaban Síntomas Depresivos*. Informe Profesional de Servicio Social. Facultad de Psicología, UNAM. México.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

INEGI (2002). www.inegi.gob.mx

INEGI (2010). Censo de Población y Vivienda. www.inegi.gob.mx

Instituto Politécnico Nacional (2007). Servicio Social.
<http://www.esm.ipn.mx/servicios/servis.htm>

Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa. (2008). ISSN. 1696-2095.
No.15 Vol. 6 (2).

Sánchez, R. (2009). *Cronograma de Servicio Social*.
<http://www.psicologia.unam.mx/pagina/es/112/centro-de-servicios-psicologicos-dr-guillermo-davila>

<http://noticiasuniversia.net.mx/ciencia-nn-tt/noticia/2009/05/28/15446/ofrece-unam-amplia-servicios-psicologicos-sociedad.htm>



ANEXO 1 CARTAS DESCRIPTIVAS.

TALLER RESOLUCION DE PROBLEMAS DE PAREJA CON ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL.

SESIÓN 1

Objetivo: Presentación del taller, favorecer la integración grupal, en un clima cálido y respetuoso.

Tema	Actividad	Materiales	Tiempo
Introducción.	El facilitador se presenta y da la bienvenida al grupo. Se les entrega a los participantes una etiqueta autoadherible con un plumón para que anoten su nombre, se les explica que esto es importante para que tengan una identidad dentro del grupo.	Salón amplio, sillas cómodas, pizarrón, marcador para pizarrón, borrador, etiquetas y plumones.	10 minutos
Presentación.	Se invita a los integrante se presente diciendo su nombre, a que se dedica y cuanto tiempo tiene viviendo en pareja, también que manifieste las expectativas que tiene del taller y a que se compromete para lograrlas.	Salón amplio, sillas cómodas.	20 minutos

Encuadre	<p>Se invita a los integrantes del grupo a aportar sus ideas (lluvia de ideas) para definir las reglas del taller.</p> <p>El facilitador da una breve explicación de las características del taller (tipo de terapia, modalidad, trabajo grupal, etc.)</p> <p>Asimismo se definirán los términos en que se llevará a cabo cada una de las sesiones y la duración del proceso.</p> <p>Aclaración de dudas.</p>	Salón amplio, sillas cómodas, pizarrón, borrador y marcador para pizarrón.	15 minutos
Dinámica de integración	<p>El facilitador separa a los integrantes en dos filas iguales, una frente a la otra, separados por 2 mts. La primera persona de una de las filas tira al centro, una moneda. Si cae águila, los jugadores de esa fila deben permanecer serios y los de la otra deben reír muy fuerte: si cae sol al contrario. El procedimiento se repite con la primera persona de la otra fila, así sucesivamente hasta la última persona de las dos filas.</p>	Salón amplio.	15 minutos.
Definiciones	<p>Se definen los conceptos básicos acerca de la pareja: tipos, formas de elección, ciclos, autoconocimiento personal para la integración de la pareja.</p>	Salón amplio, sillas cómodas, presentación en power point o rotafolios.	45 minutos

Dinámica de relajación	<p>Aclaración de dudas.</p> <p>Se lleva a cabo una dinámica de relajación utilizando la técnica de relajación progresiva.</p>	<p>Salón amplio, sillas cómodas, reproductor de audio y música relajante.</p>	<p>10 minutos</p>
Cierre de la sesión	<p>Tarea: Reflexionar sobre el tema de la sesión.</p> <p>Despedida.</p>	<p>Salón amplio, sillas.</p>	<p>5 minutos</p>

SESIÓN 2

Objetivo: Al finalizar la sesión los participantes podrán identificar creencias y expectativas irracionales dentro de la pareja.

Tema	Actividad	Materiales	Tiempo
Inicio	Saludo y contacto inicial: El saludo es una forma de mostrarle estima y respeto a una persona. ¡Qué bueno que estas aquí!, ¡Es muy agradable contar con tú presencia!	Salón amplio, sillas cómodas.	5 minutos
Puente	Recuento de la sesión anterior y revisión de tareas.		10 minutos
Dinámica	<p>☺ FOTOPROYECCIÓN.</p> <p>El facilitador divide el grupo en parejas, les entrega una foto, invita a un voluntario de cada equipo a describir lo que para él o ella sucedió, sucede y sucederá de acuerdo a cada foto, posteriormente el otro miembro de la pareja comentará por lo menos durante tres minutos, las diferencias que encontró respecto a su compañero, esto se repetirá con todos los equipos.</p>	Salón amplio, sillas cómodas, recortes de revistas, periódicos, postales, etc.	35 minutos

<p>Exposición del tema objeto de la sesión.</p>	<p>Se revisan los temas de: Pensamientos automáticos, Creencias distorsionadas en las relaciones de pareja, también se analizan las expectativas irreales de la pareja y de la relación de pareja.</p>	<p>Salón amplio, sillas cómodas, presentación en power-point o rotafolios.</p>	<p>60 minutos.</p>
<p>Cierre de la sesión</p>	<p>El participante evaluará el trabajo realizado durante la sesión, el facilitador fomentará la participación de todos los integrantes Aclaración de dudas.</p> <p>Tarea: Durante la semana realizará una lista de al menos cinco creencias personales que identifique como distorsionadas, de acuerdo al material revisado, con relación a la pareja.</p> <p>Despedida.</p>	<p>Salón amplio, sillas cómodas.</p>	<p>10 minutos</p>

SESIÓN 3

Objetivo: Los participantes comprenderán el concepto, reglas y estilos de comunicación.

Tema	Actividad	Materiales	Tiempo
Inicio	Saludo y contacto inicial: El saludo es una forma de mostrarle estima y respeto a una persona. ¡Qué bueno que estas aquí!, ¡Es muy agradable contar con tú presencia!	Salón amplio, sillas cómodas.	5 minutos
Puente	<p>Los participantes realizarán una breve actualización de lo aprendido en la sesión anterior y resaltarán su importancia. El facilitador fomentará la participación de todos los miembros del grupo estimulando a los que no han expresado su comentario. Dentro de esta actividad se intercala la revisión de tareas, haciendo un corto análisis con la finalidad de reforzar lo expuesto.</p> <p style="text-align: center;">☺ YO LO VEO ASÍ.</p>	Salón amplio, sillas cómodas, pizarrón, borrador y marcador para pizarrón.	20 minutos
Dinámica	El facilitador con los integrantes previamente sentados en círculo, pide tres voluntarios que salgan del salón, les indica	Salón amplio, sillas cómodas, un libro o revista.	35 minutos

	<p>que hagan una descripción de una parte de un objeto del libro o revista. sin ponerse de acuerdo entre ellos de cómo lo van a hacer ni decir el nombre, uno por uno pasan frente al grupo a describir la parte que le tocó del objeto. El grupo debe adivinar a qué objeto se están refiriendo los compañeros. Deben explicar qué cosas les hizo pensar en el objeto que dijeron.</p>		
Desarrollo del tema objeto de la sesión.	<p>Se revisan los temas de: Principales errores en la comunicación en la pareja, Diferentes tipos de comunicación en la pareja y reglas básicas en la comunicación con la pareja.</p>	Salón amplio, sillas cómodas, presentación en power-point o rotafolios.	50 minutos.
Cierre de la sesión	<p>Al finalizar los participantes realizarán un breve resumen del trabajo realizado, comentarios finales y aclaración de dudas.</p> <p>La tarea a realizar en esta semana es: Practicar una comunicación directa, sin interpretaciones, hacer aclaraciones cuando el mensaje no sea claro y tener la disposición para fomentar una buena escucha hacia la pareja</p>	Salón amplio, sillas cómodas,	10 minutos

SESIÓN 4

Objetivo: Los participantes comprenderán los conceptos y técnicas en la resolución de problemas.

Tema	Actividad	Materiales	Tiempo
Inicio	Saludo y contacto inicial: El saludo es una forma de mostrarle estima y respeto a una persona.	Salón amplio, sillas cómodas.	5 minutos
Puente	<p>Los participantes realizarán una breve actualización de lo aprendido en la sesión anterior y resaltarán su importancia. El facilitador fomentará la participación de todos los miembros del grupo estimulando a los que no han expresado su comentario. Dentro de esta actividad se intercala la revisión de tareas, haciendo un corto análisis con la finalidad de reforzar lo practicado.</p>	Salón amplio, sillas cómodas, pizarrón, borrador y marcador para pizarrón.	20 minutos
Dinámica	<p>☺ SOLUCIÓN CREATIVA DE PROBLEMAS</p> <p>El facilitador distribuye hojas blancas y lápices a los integrantes del taller. Se pide a las parejas que anoten en una hoja el problema que consideren haya tenido el mayor grado</p>	Salón amplio, sillas cómodas, Hojas de papel y lápices.	35 minutos

<p>Desarrollo del tema objeto de la sesión.</p>	<p>de complejidad para ser resuelto entre ellos. Esta hoja se dobla y se deposita en una urna, con todas las del grupo. Posterior a esto se les pide que de manera individual escriban cinco posibles soluciones al problema que anotaron. De manera aleatoria se escoge una hoja de la urna. El problema será expuesto al grupo para generar varias soluciones (lluvia de ideas) dentro del grupo. Se le pide a la pareja que escribió el problema que verifique si las posibles soluciones fueron diferentes a las que ya tenían y en este momento cual sería la respuesta más idónea. Se extrae otro problema de la urna que será sometido al mismo procedimiento, y así sucesivamente hasta agotar las hojas.</p> <p>Se revisan los temas de: Antecedentes y conceptos de resolución de problemas, definición del problema, técnicas de la resolución de problemas, aplicación de la técnica en resolución de problemas y evaluación del resultado en la aplicación de la resolución del problema.</p>	<p>Salón amplio, sillas cómodas, presentación en power-point o rotafolios.</p>	<p>50 minutos.</p>
---	--	--	--------------------

<p>Cierre de la sesión</p>	<p>Al finalizar la exposición se pedirá a los participantes que manifiesten si la solución a su problema a cambiado o no. Se aclaran dudas.</p> <p>Tarea: Durante la semana los participantes tratarán de aplicar lo aprendido durante la sesión.</p>	<p>Salón amplio, sillas cómodas,</p>	<p>10 minutos</p>
----------------------------	---	--------------------------------------	-------------------

SESIÓN 5

Objetivo: Los participantes comprenderán el concepto y aplicación de la asertividad y resiliencia.

Tema	Actividad	Materiales	Tiempo
Inicio	Saludo y contacto inicial: El saludo es una forma de mostrarle estima y respeto a una persona.	Salón amplio, sillas cómodas.	5 minutos
Puente	<p>Los participantes realizarán una breve actualización de lo aprendido en la sesión anterior y resaltarán su importancia. El facilitador fomentará la participación de todos los miembros del grupo estimulando a los que no han expresado su comentario. Dentro de esta actividad se intercala la revisión de tareas, haciendo un corto análisis con la finalidad de reforzar lo practicado.</p>	Salón amplio, sillas cómodas, pizarrón, borrador y marcador para pizarrón.	20 minutos
Dinámica	<p>☺ ¿QUÉ TAN ASERTIVO SOY?</p> <p>El Facilitador leerá lo siguiente, dejando un intervalo de tiempo después de cada historia, para que los participantes</p>	Salón amplio, sillas cómodas.	30 minutos

	<p>identifiquen si el personaje fue asertivo, pasivo o agresivo; así como, comuniquen experiencias propias que les haya recordado y qué respuesta asertiva encuentran para el ejemplo de pasividad y agresividad.</p> <p>OCASIÓN EN QUE FUE PASIVO: La semana pasada mi hermano tomo 500 pesos de mi cartera sin pedírmelos; en consecuencia no puede ver la película que quería, esa noche. El acostumbra hacer cosas como éstas, pero nunca le digo nada.</p> <p>OCASIÓN EN QUE FUE AGRESIVO: Una amiga bromeaba conmigo en la oficina. Yo tenía dolor de cabeza, así que le grité que era una persona desconsiderada, inmadura, y me fui dejándola con la palabra en la boca.</p> <p>OCASIÓN EN QUE FUI ASERTIVO: El otro día iba yo con un amigo en el coche y éste prendió un cigarro; le dije que fumar en un espacio tan reducido y encerrado me molestaba y le pedi de favor, que no fumara mientras estuviéramos dentro del coche. El apagó el cigarro.</p> <p>II. El Facilitador solicita a los participantes que hagan un autoanálisis sobre los comportamientos (Agresivo, pasivo y</p>		
--	---	--	--

<p>Desarrollo del tema objeto de la sesión.</p>	<p>asertivo) que muestra en cada una de las áreas de vida: salud, trabajo, economía, familia, sociedad, esparcimiento, etc. III.El facilitador integra subgrupos de 3 integrantes donde no esté la pareja, para que comenten sus respuestas.</p> <p>Se revisan los temas de: conceptos generales de asertividad, aplicación de asertividad en la resolución de problemas en un segundo momento: conceptos generales de resiliencia, aplicación de resiliencia en la resolución de problemas.</p>	<p>Salón amplio, sillas cómodas, presentación en power-point o rotafolios.</p>	<p>55 minutos.</p>
<p>Cierre de la sesión</p>	<p>Al finalizar la exposición se pedirá a los participantes que manifiesten hagan un breve resumen. Se aclaran dudas.</p> <p>Tarea: Se les solicita a los participantes busquen ser asertivos en sus actividades y en la comunicación con la pareja.</p>	<p>Salón amplio, sillas cómodas,</p>	<p>10 minutos</p>

SESIÓN 6

Objetivo: Los participantes comprenderán conceptos, actitudes y consecuencias de la violencia en la pareja.

Tema	Actividad	Materiales	Tiempo
Inicio	Saludo y contacto inicial: El saludo es una forma de mostrarle estima y respeto a una persona.	Salón amplio, sillas cómodas.	5 minutos
Puente	<p>Los participantes realizarán una breve actualización de lo aprendido en la sesión anterior y resaltarán su importancia.</p> <p>Dentro de esta actividad se intercala la revisión de tareas, haciendo un corto análisis con la finalidad de reforzar lo practicado.</p>	Salón amplio, sillas cómodas, pizarrón, borrador y marcador para pizarrón.	10 minutos
Dinámica	<p>😊 PERSONAS DE PAPEL.</p> <p>El facilitador entrega un corazón de papel a cada participante y pide que imaginen que ese corazón represente a su esposa o esposo, después de simbolizarlo solicita que arrugue el papel y que perciban que están sintiendo en ese momento. Después</p>	Salón amplio, sillas cómodas, corazones de papel, plumas o lápices.	30 minutos

	de unos momentos el facilitador pide que se extienda para que recupere su forma original. Finalmente se comparten en grupo las emociones y sentimiento.		
Desarrollo del tema objeto de la sesión.	El facilitador inicia la actividad teórica, con la técnica de exposición, temas a desarrollar: definición de violencia, causas más comunes que generan violencia en la pareja, tipos de violencia (física, psicológica, económica y sexual), ciclo de la violencia y efectos de la violencia en la salud a corto, mediano y largo plazo.	Salón amplio, sillas cómodas, presentación en power-point o rotafolios.	55 minutos.
Cierre de la sesión	Se pide a los participantes hagan una breve conclusión. Tarea: El facilitador pide a los participantes que elaboren un escrito donde manifiesten que tipo de violencia han sufrido y cual han ejercido con su pareja e hijos.	Salón amplio, sillas cómodas,	10 minutos
Relajación	Se lleva a cabo una dinámica de relajación utilizando la técnica de relajación progresiva.	Salón amplio, sillas cómodas, reproductor de audio y música relajante.	10 minutos

SESIÓN 7

Objetivo: Los participantes comprenderán conceptos de la sexualidad en la pareja.

Tema	Actividad	Materiales	Tiempo
Inicio	Saludo y contacto inicial: El saludo es una forma de mostrarle estima y respeto a una persona.	Salón amplio, sillas cómodas.	5 minutos
Puente	Los participantes realizarán una breve actualización de lo aprendido en la sesión anterior y resaltarán su importancia. Dentro de esta actividad se intercala la revisión de tareas, haciendo un corto análisis con la finalidad de reforzar lo practicado.	Salón amplio, sillas cómodas, pizarrón, borrador y marcador para pizarrón.	20 minutos
Dinámica	☺ CARICIAS FÍSICAS. El facilitador pide a los participantes que con su pareja o compañero se distribuyan a lo largo del salón, cada participante recibirá masaje en la cabeza y manos durante diez minutos, transcurrido ese tiempo el facilitador indicara que se	Salón amplio, sillas cómodas. Reproductor de audio y música instrumental.	35 minutos

<p>Desarrollo del tema objeto de la sesión.</p>	<p>cambiaran las posiciones, para lograr el objetivo, deben intentar mostrar interés y cariño con el contacto físico. Al final se pedirá a los participantes comenten como se sintieron con la experiencia vivida.</p> <p>El facilitador inicia la actividad teórica, con la técnica de exposición, temas a desarrollar: definición de sexualidad, identidad de género, Salud sexual, distorsión de la sexualidad (parafilias, pornografía), homosexualidad, bisexualidad, heterosexualidad, respuesta sexual (excitación, meseta, orgasmo, resolución, fase refractaria) y la sexualidad en los problemas en la pareja.</p>	<p>Salón amplio, sillas cómodas, presentación en power-point o rotafolio.</p>	<p>50 minutos.</p>
<p>Cierre de la sesión</p>	<p>Se pide a los participantes hagan una breve conclusión Tarea: Los integrantes elaborarán una lista de cualidades acerca de su pareja.</p>	<p>Salón amplio, sillas cómodas,</p>	<p>10 minutos</p>

SESIÓN 8

Objetivo: Los participantes conocerán los conceptos de infidelidad, celos y celotipia en la pareja.

Tema	Actividad	Materiales	Tiempo
Inicio	Saludo y contacto inicial: En esta sesión los participantes contarán que es lo mejor que les ha pasado en la semana.	Salón amplio, sillas cómodas.	5 minutos
Puente	Los participantes realizarán una breve actualización de lo aprendido en la sesión anterior ¿cómo me hace sentir el regalo recibido? ¿Sentí algo diferente? Dentro de esta actividad se intercala la revisión de tareas, haciendo un breve análisis con la finalidad de reconocer que la relación con la pareja no es tan negativa.	Salón amplio, sillas cómodas, pizarrón, borrador y marcador para pizarrón.	15 minutos
Dinámica	☺ ÉRASE UNA VEZ UN HOMBRE Y UNA MUJER El Facilitador les indica que la tarea que deberán realizar es crear una historieta que involucre infidelidad y celos, escogiendo imágenes de un hombre y una mujer de las revistas. Solicita a los subgrupos que expongan sus historias	Salón amplio, sillas cómodas, mesas, hojas de papel, revistas, tijeras, pegamento	40 minutos

	Al finalizar las presentaciones, el facilitador junto con el grupo comentan la experiencia vivida en el ejercicio.		
Desarrollo del tema objeto de la sesión.	El facilitador inicia la actividad teórica, con la técnica de exposición, temas a desarrollar: definición de celos, definición de celotipia, técnicas para el control de la celotipia, tipos de Infidelidad, principales causas de una infidelidad, diversas soluciones después de una infidelidad.	Salón amplio, sillas cómodas, presentación en power-point o rotafolio.	40 minutos.
Post-evaluación	Se administra el Inventario de Ansiedad de Beck. Para una medición de re-test	Salón amplio, sillas cómodas, formato de inventario de ansiedad de Beck y lápices.	10 minutos
Cierre	El facilitador pide a los participantes que formen un círculo y comenten sus experiencias durante el taller. Invita a formular un nuevo proyecto de vida en pareja. El facilitador hace el cierre formal del taller.	Salón amplio, reproductor de audio y música instrumental.	10 minutos.

Anexo 2

INFORMACIÓN PARA LAS SESIONES

SESIÓN 1

INTRODUCCIÓN AL TALLER.

En el momento en que se establece la unión de la pareja, se encuentran en la cuspide del amor idealizado, no desean otra cosa, que no sea una relación feliz. Creen que su relación es "diferente" y que su amor y optimismo la sostendra. La representación plena y feliz que ofrecen los medios de comunicación no ayuda a que las parejas esten preparadas a hacer frente a las decepciones, frustraciones y fricciones (Beck, 2001).

A medida que los malentendidos y conflictos se combinan para encender el enojo y el resentimiento, es posible que la pareja llegue a pensar que la unión ha sido un error (Caratozzolo, 2002).

Cuando una pareja esta comprometida en una relación duradera, cada uno de sus miembros desarrolla expectativas respecto al otro. La intensidad de la relación alimenta anhelos largo tiempo latentes, de amor, lealtad y apoyo incondicionales (op. cit.).

Debido a la fuerza de los sentimientos y las esperanzas, la profunda dependencia y los significados simbólicos, que se atribuyen a los actos mutuos, los integrantes de la pareja son propensos a tener una interpretación equivocada, dando como resultado que cuando ocurren los conflictos, a menudo por una mala comunicación, la pareja parece estar más dispuesta a acusarse mutuamente que a pensar en el conflicto como un problema que puede solucionarse (op. cit.).

A medida que surgen las dificultades y proliferan las hostilidades y los malentendidos, la pareja pierde de vista los aspectos positivos que inicialmente encontraron en su compañero, dificultando con ello la comunicación real de los problemas e imposibilitando su solución (Beck, 2001).

SESIÓN 2

CREENCIAS Y EXPECTATIVAS SOBRE LA RELACION.

La palabra *cognitivo*, derivada del término latino que implica "pensamiento", se refiere a la manera en que las personas elaboran juicios y toman decisiones y cómo unos interpretan las acciones de otros (Beck, 2007).

El modo de pensar determina en gran medida si se alcanzan los objetivos y se disfrutará de la vida o incluso si se sobrevivirá. Si el pensamiento es sencillo y claro, se está más preparado para alcanzar las metas. Si queda empantanado por significados simbólicos distorcionados, razonamientos ilógicos e interpretaciones erróneas, no se escucha ni se observa la realidad. Se avanza sin tener un claro sentido de hacia donde se quiere ir o que se quiere hacer, y eso condena a las personas a lastimarse a sí mismos y a los que los rodean (op. cit.).

Creencias.

Las creencias pueden ser definidas como los sistemas de conceptos e ideas de las personas que les sirven para organizar la percepción de partes del mundo o de su totalidad, éstas son grupales y socializadas, en el sentido en que han de ser validadas por los grupos de referencia y la sociedad en la que viven los sujetos. Es una afirmación acerca de la visión que un individuo tiene de su mundo. Por ejemplo, un individuo puede tener la convicción de que él y su cónyuge son "una pareja perfecta", y al hacer esta afirmación nos dice algo que considera verdad, algo real. La persona acepta que esta situación es deseable, le satisface, y desde una perspectiva conductual, nos dice que está dispuesto a hacer algo para que esto sea y siga siendo así. Dependiendo de la forma más o menos saludable con que este sujeto esté acostumbrado a transitar por su existencia, si se presenta alguna circunstancia que amenace esta creencia, seleccionará una actitud o una acción para mantenerla (Martínez, 2006).

La conducta y las emociones de cada persona se encuentran vinculadas estrechamente con las creencias que ésta alberga. Con ellas dota de sentido y significado a su mundo y a su existencia, otorga un significado a las acciones de los demás y construye las posibles respuestas ante las situaciones que le plantea un entorno siempre cambiante y algunas veces amenazador. Sirven para construir su sistema de referencia, es decir, su realidad.

Las creencias básicas son la base de los pensamientos automáticos y de las acciones en cualquier relación. Gran parte del modelo cognitivo implica descubrirlas en la pareja, redefinir principios claves, siendo éste el primer paso para cambiar el punto de vista sobre la relación, y lograr reestructurar el sistema (Datilio & Padesky, 2004).

Expectativas

Se puede asegurar que casi en toda relación, las personas tienen algunas expectativas respecto al gran número de necesidades que su pareja les satisfará. A menudo, estas expectativas o anticipaciones producen distorsiones y se transforman en demandas irreales. Se derivan de fuentes primarias como los padres, los medios de comunicación y las primeras experiencias de pareja. Se mezclan además, con las ideas de cada uno sobre como quisiera que fuera la relación (op. cit.).

Las expectativas irreales o exigentes inevitablemente producen desilusiones y frustraciones que, frecuentemente, se asocian con interacciones negativas. (Beck, Ellis 1989 citado en Datilio & Padesky, 2004).

Por ejemplo, un hombre que venía de un ambiente en el que el padre era el único proveedor, esperaba que su pareja estuviera contenta en casa sin trabajar fuera del hogar. Pero la mujer se había criado creyendo que los esposos tienen los mismos derechos y esto generó un conflicto cuando decidió buscar trabajo.

SESIÓN 3

COMUNICACIÓN EN LA PAREJA.

Una correcta comunicación es esencial para la salud de las parejas. La manifestación de sentimientos y transmisión de información son las claves para una relación satisfactoria y el cimiento de la unión (Lieberman, Wheeler, 2006).

Los integrantes de la pareja se comunican entre sí de varias formas: hablan y se tocan, sonríen y lloran, van juntos y se separan. Cuando la comunicación es directa y sincera, hay una corriente libre de sentimientos e ideas, cada miembro sirve como emisor y receptor del otro. Cada miembro da y pide emociones, información sugerencias, opiniones, acuerdos y desacuerdos. La forma en que una pareja exprese sentimientos y sucesos de una forma recíproca determinará la cantidad de satisfacción o desagrado en una pareja (op. cit.).

Hay dos componentes principales en la comunicación en la pareja: el verbal y no verbal, qué se dice y como se dice. La comunicación puede llegar a ser aversiva si, por ejemplo, un integrante utiliza un tono verbal acusativo de expresar el enojo: <¿Por qué siempre actúas como un estúpido y un inútil?>. La comunicación no verbal por medio del tono de voz, la expresión facial, los gestos y la postura corporal pueden ser más importantes que las palabras usadas en realidad (op. cit.).

La comunicación dentro de la pareja incluye tres etapas: 1) darse cuenta y reconocer los mensajes procedentes del cónyuge; 2) procesamiento cognitivo de esos mensajes y desarrollo de ideas para posibles respuestas; 3) devolver nuestros propios mensajes con sus componentes verbales y no verbales (op. cit.).

La comunicación es una forma de resolver los conflictos, si estos son evitados, para no dañar una "relación perfecta", solo se consigue generar un hábito de incomunicación que hace que los problemas no se resuelvan y que se acumulen, ocasionando amargura y resentimiento que van destruyendo lentamente la relación (Datilio & Padesky, 2004).

SESIÓN 4

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

El aislamiento, la falla o incapacidad de los miembros de la pareja para hablar en forma progresiva acerca de sus respectivas preocupaciones, parece estar en la raíz de la mayoría de los problemas de pareja (Wile 1981 citado en Gilbert & Shumukler, 2000).

Un problema compartido conduce a una solución compartida, con el fin de lograr acuerdos y resolver los problemas, es esencial que ambos miembros de la pareja convengan en la definición del mismo, al igual que en el proceso de negociación y resolución. Se necesita aceptar que estas diferencias son naturales y que el conflicto es inevitable y parte de la vida. Si no se dirige el problema hacia su solución, los sentimientos de enojo se enterrarán y conducirán a una acumulación de resentimientos, los cuales a la larga debilitarán de manera paulatina a la pareja. Ninguna persona puede resolver el conflicto por ella misma, ya que se trata de un problema interpersonal y por lo tanto siempre contiene cuando menos dos puntos de vista. Un resultado positivo solo se presenta con comunicación efectiva por un lado, e intenciones honestas, por el otro (Gilbert & Shumukler, 2000).

Las parejas pueden superar sus dificultades si reconocen que una parte de sus decepciones, frustraciones y enojos no arranca de una incompatibilidad básica, sino de malentendidos que provienen de comunicaciones equivocadas e interpretaciones prejuiciosas del comportamiento mutuo (Beck, 2001).

Un problema se origina cuando un miembro de la pareja desarrolla una imagen distorsionada del otro. Esa distorsión hace que se malinterprete lo que el otro dice y le atribuye motivos indeseables. Las parejas simplemente no tienen el hábito de controlar sus interpretaciones o buscar la claridad en la comunicación.

SESIÓN 5

Asertividad y Resiliencia.

Asertividad

La Asertividad se define como: "la habilidad de expresar nuestros deseos de una manera amable, franca, abierta, directa y adecuada, logrando decir lo que queremos sin atender contra los demás. Negociando con ellos su cumplimiento". Está en el tercer vértice de un triángulo en el que los otros dos son la pasividad y la agresividad (Castanyer, 1997. pág. 35).

Conducta pasiva

En la conducta pasiva, la persona deja de lado sus propios derechos y antepone los de los demás. De esta forma, intenta por todos los medios que no se produzca un conflicto, evita pasar un mal momento. Este tipo de comportamiento impide expresar honestamente sentimientos, pensamientos u opiniones o bien se hace pero de una manera autoderrotista, con disculpas, sin convicción. Acompañando a la conducta pasiva suelen darse conductas no verbales: bajar la mirada, voz vacilante, movimientos corporales nerviosos o inapropiados (op. cit.)

Conducta agresiva

En la conducta agresiva, contrariamente a la anterior, la persona antepone y defiende sus derechos de una manera ofensiva, deshonesto, manipulativa o inapropiada, pasando por encima de los derechos de los demás. Acompañando a las manifestaciones verbales suelen darse comportamientos no verbales, destinadas al mismo fin: mirada agresiva, fija, aumento del volumen de la voz, gestos o posturas de amenaza (op. cit.).

Asertividad en la pareja.

Una de las cosas más importantes para que una relación de pareja realmente mejore, es aprender a comunicar qué es lo que verdaderamente se quiere de

forma verbal, transmitiendo directamente los deseos sin el problema del resentimiento o de la resistencia en nuestra pareja sin dar espacio a las exigencias egoístas y a los sentimientos de incomprensión y victimización (op. cit.).

En un segundo parte de la misma sesión se analizará el concepto de:

Resiliencia

La "resiliencia", es un concepto que fue usado inicialmente en relación a los metales. Se dice que es la capacidad de un metal determinado de resistir y ser flexible a determinadas pruebas que se experimentaban con él, a los efectos de comprobar la calidad del mismo y de recobrar su estado original. La resiliencia humana es, entonces, esa fuerza impulsora interior que poseemos; la capacidad "natural" que tiene cada uno de nosotros para poder tolerar las adversidades de la vida; de poder transformarlas en desafíos, en nuevas oportunidades para fortalecernos (Biscotti, 2006).

Se refiere a la capacidad que tenemos para sobreponernos a períodos de dolor emocional e, incluso, resultar fortalecidas por los mismos (op. cit.).

Las parejas "resilientes" son relaciones donde sus integrantes son seres comprometidos consigo mismos, que se permiten el "control" de las circunstancias y, sobre todo, estar "abiertos" aceptando los cambios, ya que interpretan las experiencias como parte esencial de la propia vida (op. cit.).

SESIÓN 6

LA VIOLENCIA DENTRO DE LA PAREJA.

ORIGEN DE LA VIOLENCIA

¿Se nace o se hace violento?

Existe un largo debate sobre la naturaleza o el origen de la violencia en el ser humano. Para algunos autores, la violencia es un asunto hereditario, biológico, que tiene que ver con una personalidad antisocial y con tendencias agresivas; para otros, la violencia se relaciona con el medio ambiente y con aspectos culturales, el ser humano nace bueno y el entorno, sus relaciones, la educación, o la familia lo inducen hacia la violencia (Velazco, 2011).

Si efectivamente la violencia tiene su componente hereditario o genético y que se manifiesta como instinto de sobre vivencia, también habremos de reconocer su componente cultural. Las conductas violentas o sus distintas manifestaciones se aprenden, y muchas de ellas, en el seno de la familia (op. cit.).

Si al encuentro con la violencia desde temprana edad le agregamos la influencia de los medios masivos de comunicación y del cine y los videos que promueven constantemente modelos de personas violentas, entenderemos las razones por las cuales la violencia ha llegado a ser parte de la vida cotidiana de muchas personas (op. cit.).

Los factores económicos en la generación de la violencia no son menos importantes. Como se sabe, desde hace varias décadas que vivimos una crisis económica en nuestro país, con ella se ha incrementado de manera importante el desempleo y se ha disminuido el poder adquisitivo de muchas familias.

El estrés por la falta de recursos económicos, el abuso del alcohol y la drogadicción, asociados comúnmente con la pobreza, pudieran estar también relacionados con la violencia en la población joven y adulta de México (op. cit.).

VIOLENCIA EN LA PAREJA.

¡No me pegas no me quieras! o ¡Pégame pero no me dejes!

De alguna manera estos dichos populares están reflejando ideas o costumbres sobre la forma en que algunos hombres y mujeres se relacionan dentro de su ámbito familiar.

Para algunos autores el origen ancestral de la violencia en la pareja tiene que ver con la división sexual del trabajo y los estereotipos de género: el trabajo tradicional de la mujer, como es el cuidado de los hijos y la preparación de alimentos, es considerado de menor valor que el trabajo del hombre, quien ha sido por antonomasia el responsable de la manutención del hogar. Esta división ha originado, en muchos sentidos, que la mujer sea considerada inferior a él. Pensamiento que predomina en sociedades patriarcales y machistas con tradiciones profundamente discriminatorias hacia "lo femenino" (Salinas, 1994 citado por Velazco, 2011).

Como resultado de ese pensamiento machista el hombre busca preservar su dominio sobre la mujer en la familia o en el hogar. Este dominio lo puede ejercer de diferentes maneras y con distintos grados de violencia. Desde actos "muy sutiles" como amenazas y advertencias, para pasar después a los gritos y los insultos, y llegar finalmente a los golpes y al sometimiento físico. La costumbre de la mujer de someterse a la voluntad del hombre y de comportarse con sumisión "para preservar la paz del matrimonio" está muy arraigada, de ahí que en muchas ocasiones no se defienda ni denuncie los actos violentos porque piensa que esto es normal (op. cit.).

CONSECUENCIAS DE VIVIR EN UN AMBIENTE VIOLENTO

De cualquier forma sale uno lastimado

Todas las expresiones de violencia generan daños en las personas de una u otra manera. La severidad de estos daños dependerá de la magnitud y del tipo de violencia que se cometa (emocional, física, sexual o económica) y de las características de la persona que es violentada. En los casos de violencia familiar los niños, las mujeres, los discapacitados y las personas mayores son los más vulnerables (Velazco, 2011)

Cuando la violencia ocurre durante la infancia, los daños que se generan en la personalidad del niño o de la niña pueden ser para toda la vida. Si el niño no recibió el afecto y el cuidado que necesitaba y en su lugar recibió maltrato emocional o físico lo más probable es que desarrolle una personalidad con baja autoestima, sentimientos de minusvalía, culpabilidad, gran inseguridad y termine por no darle importancia ni valor a sus necesidades afectivas (op. cit.).

Durante su etapa escolar, en el mejor de los casos experimentará bajo rendimiento y aislamiento social y en el peor se refugiará en las drogas, el alcohol o la delincuencia. Más adelante, en su edad adulta, formará relaciones interpersonales que podrán ser insatisfactorias y conflictivas o podrán llegar a ser claramente destructivas, con altos grados de violencia, porque eso fue lo que aprendió en casa (op. cit.).

Cuando el maltrato es por parte del hombre hacia la mujer, la familia entera se verá afectada. La mujer, además de sentirse devaluada, culpable y temerosa experimentará "estrés emocional" afectando de manera importante su desempeño laboral o su trabajo en el hogar. Dificilmente logrará cuidar adecuadamente a sus hijos y brindarles el amor que ellos necesitan, en el peor de los casos se desquitará con ellos replicando la violencia ejercida por la pareja (op. cit.).

Por último, habría que señalar que en el maltrato físico y en ocasiones en el abuso sexual, además de ocasionar grandes daños psicológicos en la persona, se provocan lesiones en el cuerpo como llagas, heridas, traumatismos,

hematomas, cortaduras, quemaduras, o fracturas. Se puede llegar incluso a la invalidez o al asesinato de la víctima (op. cit.).

SESIÓN 7

SEXUALIDAD EN LA PAREJA.

amor sin sexo, es amistad.
sexo sin amor, es placer.
amor con sexo, es éxtasis.
(anónimo)

La sexualidad es un aspecto inherente al ser humano, para algunos es una fuente de placer y aceptación, para otros, la mayoría origina problemas y conflictos de diversa índole. Casi todos los seres humanos viven y actúan sin un conocimiento real de su sexualidad y la de los demás, lo que conlleva una afectación en la vida individual y social (Álvarez, 2006).

La sexualidad es influida desde el periodo prenatal. El sexo y medio social condicionan la educación, costumbres y expectativas de vida, y se reproduce en la vida social, laboral y familiar. Otros aspectos de influencia determinante son las publicaciones erótico-sexuales que refuerzan los mitos y tabúes (op. cit.).

La sexología define al sexo como la serie de características físicas determinadas genéticamente, que colocan a los individuos de una especie en algún punto que tiene como extremos a los individuos reproductivamente complementarios.

Identidad de género: es la identidad psicológica que va desarrollando el niño o la niña con uno u otro sexo. El sentir psicológico íntimo de ser hombre o ser mujer.

En México el sexo y la sexualidad aún son ocultados y reprimidos a pesar de su presencia explícita, excesiva y constante en los medios de comunicación, los niños y las niñas crecen sin una información científica y objetiva. Por otro lado en la edad adulta, las disfunciones sexuales, eyaculación precoz (prematura) y anorgasmia (incapacidad para lograr el orgasmo en la mujer y en el hombre) entre otras, son la principal causa de problemas dentro de las parejas, que por su frecuencia y consecuencias constituyen un problema de salud pública, en especial salud mental (Álvarez, 2006).

Un ejemplo: la excitación sexual se manifiesta con el fenómeno fisiológico de vasocongestión, es decir, acumulación de sangre en la zona pélvica de la mujer y el hombre, que produce en ella lubricación y en él erección. El orgasmo, a través de las contracciones musculares, permite que la congestión de sangre se libere y los tejidos vuelvan a una situación original. Si esto no se consigue, los resultados son adversos, en el caso del varón tiene una manifestación de dolor testicular, en la mujer la congestión permanece igual, pero sin aparente manifestación inmediata; sin embargo, pensemos en una mujer anorgásmica que durante años sufre la misma situación una y otra vez. Ellas constituyen un número importante de consulta a ginecólogos con molestias pélvicas o de espalda, vagas e imprecisas que por lo general se diagnostican como "neuróticas" viven frustradas e irritables y lo reflejan en la interacción con su pareja. Otras mujeres terminan con depresiones severas que requieren medicamentos psiquiátricos (op. cit.).

SESIÓN 8

CELOS E INFIDELIDAD EN LA PAREJA.

Celos

Los celos son considerados como una emoción social que se presenta con intensidad moderada y sólo aparecen en ocasiones, surgen por querer poseer en exclusiva a la persona amada. El miedo a la pérdida, real o no, planea como una amenaza. Normalmente asociamos este sentimiento a las relaciones de pareja (Martínez, 2006).

Los celos manifiestan el miedo a perder la posesión, es decir, considera que el objeto o persona es suyo y no quiere que nadie se lo quite. Los celos pueden ser positivos mientras respeten las normas aceptadas por la pareja (op. cit.).

Los celos son considerados como un sentimiento normal si se presentan con intensidad limitada y de forma ocasional ya que son parte del desarrollo emocional de los seres humanos. El sentimiento de celos nos ayuda a motivarnos para conseguir lo que consideramos importante no perder (op. cit.).

Existe otro tipo de celos que no son tan positivos: la *celotipia* es el celo irracional, infundado, obsesivo. Esta se basa en los celos compulsivos, que se definen como aquellos celos que pueden llegar a causar problemas psicóticos y delirios (op. cit.).

Los celos denotan una triple desconfianza: hacia el compañero, sobre algunas personas que se vinculan con él y sobre sí mismo (op. cit.).

El potencial destructivo de los celos infundados actúa sobre ambos miembros de la pareja: la persona que es objeto de los celos, de quién se desconfía, se frustra tratando de demostrar, infructuosamente que es digno de confianza. Los celos de su pareja son irracionales y eso le causa rabia, en ocasiones termina por dejar que piense lo que quiera, mermando la comunicación y en casos extremos generando una infidelidad, como respuesta a la presión ejercida sin fundamento. Por otro lado, el que desconfía sufre, no se da cuenta de lo irracional de sus sospechas, todo lo que ocurre lo interpreta de tal manera que

parece confirmar sus temores. La angustia que le provoca lo lleva a aumentar sus intentos de control sobre el otro (op. cit.).

Técnicas para el control de la celotipia.

Conductuales.

- + Exposición: Consiste en hacer que el sujeto se enfrente reiterada y prolongadamente a las situaciones temidas, tanto en imaginación como en vivo.
- + Prevención de respuesta: Tiene como objetivo la eliminación de los rituales relacionados con los celos (las conductas comprobatorias, por ejemplo) (Echeburúa, 2010).

Cognitivas.

- ❖ Reestructuración Cognitiva: El objetivo es hacer al paciente consciente de la irracionalidad de sus pensamientos, así como de enseñarle estrategias para eliminarlos y sustituirlos por otros más adaptativos, con la finalidad de controlar sus emociones y su comportamiento (op. cit.).

El desasosiego, la inquietud, la irritación, generados cuando aparecen pensamientos relacionados con los celos pueden ser controlados a través de la relajación.

- ❖ El método de relajación muscular progresiva: Consiste en aprender a tensar y destensar todos los músculos del cuerpo (op. cit.).

Infidelidad

Existen diferentes creencias respecto a lo que es infidelidad, desde quien piensa que son necesarias, divertidas, inevitables o emocionantes, hasta quien considera que son inconfesables, imperdonables, intolerables o inmorales. Las creencias y el juicio que se incorpora sobre la infidelidad ejercen una influencia importante en el enfoque y la estrategia de abordaje de una pareja en crisis por esta causa (Baizan, 2007 citado en Eguiluz, 2007).

En términos generales la *infidelidad* hace referencia a un vínculo de alguna naturaleza que establece uno de los miembros de una pareja con otra persona ajena a la relación (Álvarez, 2006).

No se requiere la presencia de relaciones sexuales para hablar de una infidelidad. La infidelidad es cualquier unión secreta, emocional romántica o sexual, que viola el compromiso previo de exclusividad y fidelidad con la pareja, la mayoría de estas tienden a ser emotivas, afectivas y físicas. Las relaciones extramaritales más devastadoras suelen involucrar el corazón, la mente y el cuerpo (Baizan, 2007 citado en Eguiluz, 2007).

El abanico de posibilidades del origen de la infidelidad es inmenso, puede ir desde la actuación de un problema en la pareja hasta un trastorno de la personalidad del infiel. Y las consecuencias igualmente son muy extensas quizá marque el rompimiento definitivo con la pareja o, tal vez, el punto de partida hacia un mayor crecimiento, comprensión y compromiso. Hay infidelidades que son un llamado de auxilio y otras que son una puerta de salida (Baizan, 2007 citado en Eguiluz, 2007).