



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**IMPORTANCIA DE LOS PROGRAMAS DE APOYO A LA MUJER:
EXPERIENCIA PROFESIONAL EN UNA INSTITUCIÓN DE
ASISTENCIA PRIVADA**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

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

PRESENTA

CAROLINA ROJAS JIMÉNEZ

DIRECTORA:

MTRA. GUADALUPE BEATRIZ SANTAELLA HIDALGO

REVISORAS:

MTRA. SUSANA EGUÍA MALO

MTRA. LAURA ANGELA SOMARRIBA ROCHA

México, D.F., Noviembre, 2014





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
1. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	9
1.1 Historia de la Fundación.....	9
1.2 Objetivo de la Fundación.....	10
1.3 Misión.....	10
1.4 Visión.....	10
1.5 Áreas de atención.....	10
1.6 Población.....	11
1.7 Principales problemáticas atendidas en el área de Psicología.....	11
2. PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL “APOYO A LA MUJER Y AL PÚBLICO EN GENERAL”.....	12
2.1 Objetivo General.....	12
2.2 Objetivos Específicos.....	12
3. MARCO TEÓRICO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DENTRO DEL PROGRAMA “APOYO A LA MUJER Y AL PÚBLICO EN GENERAL”.....	13
3.1 GÉNERO Y VIOLENCIA.....	13
3.1.1 Definición de género.....	13
3.1.2 Definición de violencia.....	14
3.1.3 Violencia de género.....	15
3.2 PREVENCIÓN.....	21
3.2.1 Conceptos básicos.....	21

3.2.2 Tipos de prevención.....	25
3.3 ELECCIÓN DE PAREJA.....	28
3.3.1 Fundamentos teóricos.....	29
3.4 CIERRE DE CICLOS.....	34
3.4.1 Fundamentos teóricos.....	34
3.5 PSICOTERAPIAS: MARCO TEÓRICO Y METODOLOGÍA.....	39
3.5.1 Psicoterapia Psicodinámica.....	41
3.5.1.1 Fundamentos teóricos.....	41
3.5.1.2 Metodología.....	50
3.5.1.3 División de las Psicoterapias Psicodinámicas.....	51
3.5.2 Psicoterapia Gestalt.....	52
3.5.2.1 Antecedentes.....	52
3.5.2.2 Fundamentos teóricos.....	55
3.5.2.3 Metodología.....	57
3.5.3 Conclusiones.....	59
4. ACTIVIDADES REALIZADAS DENTRO DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL “APOYO A LA MUJER Y AL PÚBLICO EN GENERAL”.....	61
4.1 Participación en el área de prevención mediante la realización de talleres.....	61
4.1.1 Taller “Eligiendo a mi pareja: el inicio de una relación sana”.....	61

4.1.2 Taller: "Cerrando ciclos, aprendiendo de mi pasado".....	68
4.1.3 Conclusiones.....	74
4.2 Participación en el área de atención psicológica como coterapeuta.....	74
4.2.1 Resultados.....	76
4.2.2 Conclusiones.....	78
5. EXPERIENCIA PROFESIONAL ADQUIRIDA EN UNA INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA.....	80
6. CONSIDERACIONES FINALES.....	85
7. REFERENCIAS.....	90
8. ANEXOS.....	93

RESUMEN

El presente trabajo tiene como finalidad dar a conocer la experiencia profesional adquirida como parte de la prestación de servicio social dentro de una Institución de Asistencia Privada (I.A.P.), así como las bases teóricas que sustentaron esta participación.

La Fundación Alianza en Favor de la Mujer del Distrito Federal, I.A.P., cuya principal labor es apoyar a mujeres en situaciones vulnerables (violencia, discriminación, pobreza, etc.), es el marco de la relación bilateral aquí descrita, en la que tanto servidora social como institución se ven beneficiados.

A lo largo de los 6 meses de servicio social, el psicólogo en formación tiene acceso a escenarios reales que exigen poner en marcha conocimientos teóricos, así como desarrollar y/o reforzar sus habilidades adquiridas en el área de Psicología Clínica. Las actividades realizadas (elaboración e impartición de talleres, participación como coterapeuta) apoyaron los fines de la Fundación, al mismo tiempo que le permitieron crecer tanto profesional como personalmente.

Palabras clave: experiencia profesional, servicio social, apoyo a la mujer.

INTRODUCCIÓN

La situación actual de las mujeres aún presenta serias dificultades en México. A pesar de ciertos avances en materia jurídica, social, educativa y laboral, existen graves desafíos en cuanto a la representación política femenina y con respecto a una inclusión social en mejores condiciones. De hecho, la problemática de la mujer va más allá de la esfera social y laboral, desafortunadamente ésta tiene que lidiar con ciertas adversidades como el abuso, la violencia, el machismo o la discriminación, los cuales están presentes incluso en el núcleo familiar (ENDIREH, 2006).

En respuesta a tal condición, la Fundación Alianza en Favor de la Mujer del Distrito Federal, I.A.P., busca proporcionar servicios de calidad que favorezcan o incrementen el desarrollo integral de este sector de la población. Entre sus beneficiarios no sólo se encuentran mujeres, sino población en general que se encuentre en condiciones de vulnerabilidad, tales como pobreza, discriminación y violencia.

La atención psicológica es uno de los servicios que mayor demanda tiene dentro de la institución. Dicha atención se brinda a nivel preventivo (impartición de talleres) o terapéutico (psicoterapias individuales o de pareja, bajo los enfoques Psicodinámico y Gestalt); siendo las relaciones de pareja, violencia, duelo y autoestima, las principales problemáticas a tratar en ambos casos.

Bajo este contexto, el prestador de Servicio Social de la carrera de Psicología tiene el escenario adecuado para poner en práctica sus conocimientos y desarrollar o reforzar sus habilidades. Las actividades realizadas consistieron en elaborar e impartir talleres (con temáticas psicológicas) y participar como coterapeuta de los psicólogos que le sean asignados.

Cada una de estas acciones implican, por parte del servidor social, responsabilidad consigo mismo, con los psicólogos que le supervisan y con la población a la que atiende; así como revisión bibliográfica (para ampliar conocimientos) y realización de trabajos escritos (carta descriptiva de los talleres, integración de informes psicológicos, reportes de sesión).

Como resultado, el prestador de servicio social logra apropiarse de su rol como psicólogo, pues si bien todas las actividades que realiza son supervisadas y retroalimentadas, uno de los mayores retos a los que se enfrenta es lograr el equilibrio entre sus bases teóricas y las decisiones o acciones a realizar al estar en contacto con la población a la que atiende; todo ello bajo una actitud ética profesional, que le permite comenzar a desarrollar su propio estilo de trabajo.

No obstante, cada experiencia profesional es única y pone en juego la historia personal de quien la realiza; de tal forma que el aprendizaje obtenido dentro de la Fundación Alianza en Favor de la Mujer del D.F., I.A.P. tuvo como resultado la conjunción de mi crecimiento personal y profesional.

Los talleres "Elijiendo a mi pareja: el inicio de una relación sana" y "Cerrando ciclos, aprendiendo de mi pasado", me permitieron trabajar temas de interés personal; desde su elaboración hasta la impartición de cada sesión, pude abordarlos de manera diferente, al mismo tiempo que vivenciaba y perfeccionaba el trabajo con grupos.

Participando como coterapeuta con psicólogos cuyos enfoques fueron Psicodinámico y Gestalt, todo ello en psicoterapia individual, en el trabajo con mujeres, mayoritariamente, y con hombres, provocó la toma de conciencia sobre aspectos que me parecían ajenos, pero que al verlos reflejados en el otro (paciente) dejaron incomodidad e incertidumbre en mí; profesionalmente, obtuve la certeza del enfoque que guiará mi labor como psicóloga.

De acuerdo con dicha experiencia, el presente trabajo pretende mostrar las actividades antes descritas y los resultados obtenidos; por tanto, los primeros capítulos dan un panorama de la institución y de las tareas que allí realicé. Se continúa con el sustento teórico, que comienza abordando cuestiones de género y violencia, temáticas que responden a la mayor demanda que tiene la Fundación y que justifica sus actividades; después se da paso al trabajo a nivel preventivo, enfocado a la realización de talleres y las bases de sus temáticas; por último se desarrolla el marco referencial correspondiente a las

psicoterapias Psicodinámica y Gestalt, bajo las cuales se amparó mi función como coterapeuta.

Los capítulos siguientes se destinan a describir los resultados obtenidos de cada una de las actividades realizadas, para finalizar con una reflexión personal de este proceso.

De esta forma se busca compartir lo adquirido tanto a nivel teórico como práctico, y reflejar la importancia de los efectos del servicio social producidos personal y profesionalmente.

1. CONTEXTO INSTITUCIONAL

1.1 Historia de la Fundación

La Fundación Alianza en Favor de la Mujer del Distrito Federal, Institución de Asistencia Privada, nace en el año de 1997 como consecuencia de la *Alianza en Favor de la Mujer* promovida por el gobierno del Distrito Federal en el año de 1996.

El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 del Ejecutivo Federal que postulaba los principios de *equidad, justicia y pleno ejercicio de derechos y garantías constitucionales*, como guías que normarán el desempeño público y social en nuestro país (Alianza en Favor de la Mujer del Distrito Federal, 1996) fue uno de los principales sustentos para la creación de la Alianza en Favor de la Mujer, que consideraba el mejoramiento de la condición de la mujer dentro de la sociedad, así como su participación activa dentro de la misma. Declaraba: "Es propósito del Plan Nacional de Desarrollo promover un conjunto de programas y acciones para garantizar a la mujer igualdad de oportunidades de educación, capacitación y empleo; plena equidad en el ejercicio de sus derechos sociales, jurídicos, civiles, políticos y reproductivos; respaldo efectivo a su papel fundamental en la integración familiar, así como en la formación y la socialización de sus hijos" (Diario Oficial de la Federación, 1995).

Bajo este marco se inscribe el Programa Nacional de la Mujer "Alianza para la Igualdad", 1995-2000, que sienta las bases para la consecución de objetivos específicos de equidad entre mujeres y hombres, reconociendo que la población femenina desempeña un papel protagónico y estratégico no sólo en el proceso de desarrollo económico y social, sino en los avances democráticos, en la transmisión de nuestra cultura y valores, en la solidez de la familia y desarrollo comunitario (Alianza en Favor de la Mujer del Distrito Federal, 1996).

La creación de la Fundación Alianza en Favor de la Mujer del Distrito Federal, I.A.P., implicó retomar todos estos principios y ponerlos en marcha, brindando, desde sus inicios, servicios que garantizaban el desarrollo pleno de la mujer; de igual forma, otorgar atención sólo a la población femenina impedía verla como

un todo, por lo que los servicios de la Fundación abarcaron a la población en general, pero siempre dando énfasis a la mujer.

Los primeros servicios que ofreció fueron alfabetización y atención médica, proseguidos de atención psicológica y capacitación para el empleo.

En el año 2002 la Fundación suspende labores por no contar con un inmueble que le permitiera ofrecer sus servicios. Las actividades se reinician en el año 2004, ubicándose en el domicilio de Bruselas Núm. 13, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, donde se encuentra actualmente.

1.2 Objetivo de la Fundación

Apoyar a la mujer, y a la población en general, que por su condición socioeconómica sufra algún tipo de marginación, por medio de servicios de salud, capacitación para el empleo, alimentación, asesoría jurídica y prevención, logrando así su desarrollo integral y el de su familia.

1.3 Misión

Proporcionar servicios de atención médica, jurídicos, de capacitación para el empleo, de prevención y alimentación a la mujer y a la población en general, principalmente de escasos recursos económicos y zonas marginadas, para ayudar en su formación integral y desarrollo personal, así como mejoras en su calidad de vida.

1.4 Visión

Consolidar una institución que ofrezca servicios profesionales, de calidad y fácil acceso a la población, sustentado en la equidad de género, que tengan como resultado un mayor alcance de integración en su entorno social y ampliar la atención de los servicios proporcionados.

1.5 Áreas de atención

La Fundación Alianza está dividida en cuatro áreas, éstas son:

-Atención, que abarca los siguientes servicios:

- Asesoría jurídica

- Psicología
- Optometría
- Odontología
- Medicina General (incluye la participación de laboratorios cuando se realizan jornadas de salud gratuitas)

-Capacitación para el empleo:

- Operador de paquetería (computación básica)

-Prevención:

- Talleres y conferencias

-Alimentación:

- Programa "Banco de Alimentos Integral"

1.6 Población

En el área de Psicología, la Fundación atiende cada mes a cerca de 400 pacientes, principalmente aquellos que viven en zonas aledañas a la institución; no obstante, también se atienden personas provenientes de otras Delegaciones e incluso del Estado de México, de los cuales:

- El 80% son mujeres y el 20% son hombres
- Las edades oscilan entre los 4 y 85 años, siendo más recurrentes los pacientes de entre 20 y 30 años.
- El nivel socioeconómico de la población es de clase media a media baja.

1.7 Principales problemáticas atendidas en el área de Psicología

- Problemas de pareja
- Violencia
- Autoestima
- Depresión
- Duelo
- Ansiedad

2. PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL “APOYO A LA MUJER Y AL PÚBLICO EN GENERAL”

La Fundación Alianza en Favor de la Mujer del D.F., I.A.P., ve en el Servicio Social la capacidad de contribuir al bienestar de toda la población que demanda sus servicios, al considerarlo como un ejercicio profesional y humano que ayuda a construir una sociedad con pleno desarrollo integral y comunitario (Fundación Alianza en Favor de la Mujer del D.F., I.A.P., 2006).

Los prestadores de Servicio Social de la carrera de Psicología se ubican en dos de las áreas de mayor demanda dentro la Fundación, las cuales son Atención y Prevención, en el campo de la Psicología; desarrollando y fortaleciendo, de este modo, las competencias necesarias para un adecuado ejercicio profesional.

2.1 Objetivo general

- Que el prestador de Servicio Social tenga acceso a escenarios reales para poner en práctica los conocimientos referentes a su carrera, específicamente la capacidad para trabajar con población en condiciones vulnerables.

2.2 Objetivos específicos

- Que el prestador de Servicio Social desarrolle o refuerce habilidades como psicólogo clínico (diagnóstico, entrevista, aplicación de pruebas, etc.), igualmente que aplique dichos conocimientos para desarrollar intervenciones psicológicas dirigidas a la prevención, específicamente a la realización de talleres; así como a la atención terapéutica de las demandas provenientes de casos vulnerables.

- Que la colaboración del prestador de Servicio Social dentro de la Fundación sea bidireccional, es decir, que las actividades a realizar le permitan un pleno ejercicio profesional y al mismo tiempo beneficien el cumplimiento de las metas de la Fundación.

3. MARCO TEÓRICO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DENTRO DEL PROGRAMA “APOYO A LA MUJER Y AL PÚBLICO EN GENERAL”

3.1 GÉNERO Y VIOLENCIA

La perspectiva de género es una de las principales bases de la Fundación para desarrollar las múltiples actividades que destina para mejorar la calidad de vida de sus usuarios. Bajo esta visión, inevitablemente, se engloban también aspectos de violencia, que en sus diversas manifestaciones afectan a diferentes sectores de la población, no sólo femenina, ya sea por ser agentes activos o pasivos de esta dinámica.

Por tales motivos, es indispensable que como servidor social de este programa se cuente con esta misma perspectiva, ya que tal recurso permite mayor sensibilidad y objetividad hacia la población con la que se trabaja; brinda un panorama más amplio, encamina acciones a disminuir la violencia, fomentar el bienestar dentro de las relaciones interpersonales y potenciar el desarrollo personal.

3.1.1 Definición de género

Bajo el sustantivo de género se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad/masculinidad, reservándose sexo para los componentes biológicos, anatómicos y para designar el intercambio sexual en sí mismo (Dio Bleichmar, 1985).

La importancia de este concepto radica en que el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que se perciben entre los sexos, y es una manera primaria de significar las relaciones de poder (Velázquez, 2003); dichas diferencias permiten establecer los denominados roles de género.

De acuerdo con Dio Bleichmar (1985), el rol de género es “el conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo determinado. Es la estructura social la que prescribe la serie de funciones para el hombre y la mujer como propias o <<naturales>> de sus respectivos géneros. En cada cultura, en sus distintos

estratos, se halla rígidamente pautado lo que se espera de la feminidad o de la masculinidad de una niña/o”.

Cabe señalar que las funciones esperadas para cada género han ido cambiando a lo largo del tiempo, mostrando cierta flexibilidad en su designación. No obstante, sigue siendo difícil apelar a interacciones sociales más simétricas (especialmente para las mujeres) que permitan potenciar el desarrollo pleno de cada individuo, dejando de lado estereotipos sociales que favorecen las relaciones de poder.

3.1.2 Definición de violencia

Para poder hablar de violencia es necesario diferenciarla de la agresividad. Lorenz (1973, cit. en Pintor, López, Villalón y Medellín., 2013) incluyó a la agresividad como uno de los cuatro instintos superiores presentes en los animales y en el hombre. Para el autor, un instinto es un constructo que alude a un mecanismo innato del comportamiento biológicamente determinado que tiene su origen en el curso de la evolución filogenética cuyo fin es la preservación de la especie y que se ha transmitido hereditariamente a lo largo de la evolución; por lo que la agresividad tiene un sentido adaptativo (Pintor, et al., 2013).

Por otra parte, la violencia se refiere a toda acción que implique el uso de la fuerza de cualquier tipo (física, sexual o emocional) con la intención de producir un daño y que se hace posible a través del desequilibrio del poder permanente o momentáneo (Corsi, 1994, cit. en Pintor, et al., 2013).

De tal forma que, ambos conceptos interactúan inseparablemente, siendo la agresividad una de las precursoras de la violencia, tal y como lo mencionan Almeida y Gómez Patiño (2005, cit. en Pintor, et al., 2013) “la violencia es el resultado de la predisposición biológica e interacción cultural y es exclusivamente humana; sin embargo, el hecho de que sea inherente a la naturaleza humana, no significa que tenga que aceptarse como inevitable”.

Este último aspecto plantea el grado de responsabilidad que tienen los individuos para controlar o quizá, en primera instancia, aceptar cualquier manifestación de violencia emitida o permitida, aspecto fundamental para

erradicar la tolerancia e indiferencia que se genera respecto a la manifestación de la misma.

3.1.3 Violencia de género

Entendiendo la violencia como un abuso de poder que tiene su origen en lo cultural y que es aprendida por modelos sociales vinculados con valores sociales de control y dominio (Cervantes, Obregón, et al., 2013); resulta inevitable, en la mayoría de los casos, que aquellos grupos considerados con mayor importancia o poder, ejerzan algún tipo de violencia sobre grupos vulnerables, denominación que se les da por percibirlos con menor valor o recursos de cualquier tipo (intelectuales, económicos, emocionales).

La violencia, entonces, es inseparable de la noción de género porque se basa en y por la diferencia social y subjetiva entre los sexos (Velázquez, 2003). Es decir, se basa en la sobrevaloración que se le ha dado al rol masculino, llegando a veces a una ideología patriarcal, en la que se favorecen las desigualdades, propiciando las condiciones para que las mujeres sean víctimas de violencia.

A partir de tales desigualdades es que surge la noción de *violencia de género*, la cual, de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (1993, cit. en Velázquez, 2003), es “todo acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual y psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”; acciones que implican una violación a los derechos humanos.

Echeburúa y Redondo (2010) puntualizan que la violencia de género “agrupa todas las formas de violencia que se ejercen por parte del hombre sobre la mujer por su específico rol de género en la sociedad actual...independientemente del tipo de relaciones interpersonales que mantengan agresor y víctima, ya sean éstas de tipo sentimental, familiar, de vecindario o, simplemente, inexistentes”; de tal modo que esta concepción está ligada a violencia familiar, de pareja, laboral, etc.

Existen tres elementos imprescindibles para que se pueda presentar la violencia, éstos son (Echeburúa y Redondo, 2010):

1.- Un agresor (o agresores), en cierto grado motivado y dispuesto para agredir. La motivación antisocial de los agresores suele concretarse en creencias y hábitos delictivos, así como en fuertes explosiones de ira descontrolada.

2.- Una víctima que suscita el interés del agresor.

3.- Una cierta desprotección de la víctima, que la pone en mayor riesgo de sufrir la agresión. Dicha desprotección puede derivar en unos casos del descuido de la propia víctima, que no toma las precauciones debidas, o la falta de prevención de sus cuidadores naturales y red social de apoyo (familiares, amigos, vecinos...); en otros, puede ser la consecuencia indeseada de fallos en los controles formales, tales como la policía o los tribunales.

En el anterior modelo, centrado específicamente en la violencia de género, la mujer se ubica en la posición de víctima, e independientemente de las características que le son propias (menor talla, peso y fuerza que el hombre, por ejemplo) y los estereotipos sociales que le son atribuidos (pasividad, sumisión, obediencia, miedos...), para llegar a serlo, el agresor, en interacción con las características ya mencionadas, lleva a cabo un proceso de victimización, que la coloca en condiciones aún más vulnerables.

La victimización es un encadenamiento de momentos, palabras, gestos, silencios, miradas, conductas agresivas, expresadas en situaciones de frecuencia e intensidad variables. Pueden darse por única vez o repetirse en forma continua. Pueden tener menor o mayor intensidad, pueden no ser fácilmente perceptibles (Velázquez, 2003).

Tales acciones pertenecen a diversos tipos de violencia, siendo la siguiente clasificación la más representativa para los fines de este trabajo:

-*Violencia física*: se refiere a aquella invasión del espacio físico de la mujer por medio del contacto directo con su cuerpo mediante golpes, jalones, bofetadas y empujones, y a partir de limitar sus movimientos de diversas formas como

encerrarle, lesionarla con armas de fuego o punzo-cortantes, aventarle objetos o producirle la muerte (Ramírez, 2000, cit. en Bueno, 2013).

-*Violencia sexual*: incluye explotación sexual, violación, imposición de ideas y actos sexuales. Otras manifestaciones son avergonzar a la mujer por su cuerpo o respuesta sexual, no mantener relaciones sexuales como medio para mostrar desinterés, comparación con otras parejas sexuales.

-*Violencia psicológica*: Bueno (2013) la define como aquella que "se relaciona con una serie de actitudes y palabras encaminadas a denigrar, ignorar o humillar a una persona con el objetivo de desestabilizar o heirla; sin embargo, en ocasiones es imperceptible ya que se confunde con una interacción cotidiana".

A su vez, la autora identifica diversas manifestaciones de la misma, las cuales son (Bueno, 2013):

- **Control**: se sitúa en la posesión, vigilando con la idea de dominar y mandar.
- **Aislamiento**: para que la violencia pueda permanecer, es necesario aislar progresivamente a la víctima de su familia, amigos, impedir que trabaje, que tenga vida social. De esa manera, el que ejerce la violencia se asegura que la vida del violentado se centre únicamente en él.
- **Celos patológicos**: el control puede traducirse en un comportamiento celoso: sospecha constante de la atribución de una interacción sin fundamento... provienen de una tensión interna que se trata de aplacar de esa manera.
- **Acoso**: al repetir hasta la saciedad un mensaje a alguien se consigue saturar sus capacidades críticas y su juicio, logrando que acepte cualquier cosa.
- **Denigración**: se trata de atacar el autoestima de la persona, demostrarle que no vale nada; se expresa con actitudes desdeñosas y palabras hirientes, frases despectivas, observaciones desagradables, o bien, desvalorando lo que se hace.

- Indiferencia de las demandas afectivas: se refiere al rechazo que afecte a la otra persona, el agresor se muestra insensible y desatento ante la víctima y hace alarde del rechazo o desprecio. Se trata de ignorar sus necesidades, sus sentimientos o crear a propósito una situación de carencia y frustración para mantener al otro sumido en la inseguridad.
- Amenazas: son actos intimidatorios para mantener el control sobre el otro.

-*Violencia económica*: Hirigoyen (2005, cit. en Bueno, 2013) la considera como una forma de violencia psicológica o emocional, la cual consiste en limitar económicamente a la pareja (quitarle su dinero, administrarlo en contra de su voluntad, etc.).

Para la plena comprensión de la violencia es necesario conocer las consecuencias que ésta tiene sobre las mujeres, ya que inevitablemente supone un trauma, el cual hace referencia a una experiencia que constituye una amenaza real o percibida para la integridad física o psicológica de la persona, con frecuencia asociada a emociones extremas, vivencias de caos, confusión, fragmentación del recuerdo, horror, ambivalencia, desconcierto, humillación, desamparo, desesperanza y pérdida de control sobre la propia vida que rompe una o más de las nociones básicas que constituyen los referentes de seguridad del ser humano, especialmente las creencias de invulnerabilidad (Pérez-Sales, 2006, cit. en Pintor, et al., 2013).

Las mujeres violentadas suelen presentar, de acuerdo con Velázquez (2003), sentimientos de desamparo, vivencia de estar en peligro permanente y sentirse diferente de los demás. Aunado a ello, Echeburúa y Redondo (2010), mencionan que las alteraciones psíquicas más habituales en las mujeres víctimas de maltrato son las siguientes:

-*Trastornos de ansiedad*: son el resultado de una situación de amenaza incontrolable a la vida y a la seguridad personal...suscita en la mujer una ansiedad extrema y unas respuestas de alerta y sobresalto permanentes...

-*Depresión y sentimiento de baja autoestima*: ...la apatía mostrada no es un reflejo de conformidad con la situación vivida, sino un mecanismo de

adaptación para evitar males mayores. A su vez, los síntomas de depresión, como la apatía, la pérdida de la esperanza y los sentimientos de culpa, fomentan la resignación y contribuyen a hacer aún más difícil la decisión de marcharse.

-Sentimientos de culpa: ...cerca de la mitad de las mujeres se culpan a sí mismas por lo ocurrido pensando erróneamente, como consecuencia de un estereotipo social, que quizá "ellas se lo han buscado".

-Aislamiento social y ocultación de lo ocurrido (por la presión del agresor o por la vergüenza social percibida): esto lleva a una mayor dependencia al agresor, quien experimenta un aumento del dominio a medida que se percata del mayor aislamiento de la víctima.

Es así, que uno de los efectos más traumáticos producto de la violencia y estudiado por la psicología, el psicoanálisis y los estudios de género es el fenómeno de la desestructuración psíquica: perturba los aparatos perceptual y psicomotor, la capacidad de raciocinio y los recursos emocionales de las personas agredidas impidiéndoles, en ocasiones, reaccionar adecuadamente al ataque (Velázquez, 1996, cit. en Velázquez, 2003).

Además, cuando las personas se desarrollan en contextos donde la violencia no es reconocida como un acto que lastima y provoca sufrimiento, aumenta considerablemente el riesgo de que esta interacción se exprese a través de comportamientos violentos con otras personas; estas nuevas violencias producirán nuevas víctimas que podrían, a su vez, transformarse en nuevos agresores, creando así, el ciclo transgeneracional de la violencia (Barudy, 2001, cit. en Murueta y Orozco, 2013).

Esto se ve claramente reflejado en el interior de la familia, donde las formas de violencia que con mayor frecuencia se observan son la violencia conyugal, en la que generalmente es la mujer quien sufre las consecuencias de los actos de violencia y maltratos de su pareja; el maltrato infantil (que puede ser físico, sexual o psicológico), y el maltrato hacia las personas mayores, generalmente manifestado por abandono o maltrato psicológico y en casos extremos, por maltrato físico (Murueta y Orozco, 2013).

Otro ejemplo es el caso de la violencia cruzada, fenómeno que se suscita en las relaciones de pareja, en ésta no existe ni una víctima ni un agresor claramente identificados, ya que ambos miembros se agreden (física, emocional o sexualmente) de manera simultánea o alternada, con la misma o diferente intensidad; se ponen en juego dos personalidades que asumen la violencia como una forma de solución a los conflictos.

En consecuencia, la mujer considerada como víctima no es un agente meramente pasivo; por un lado, ella misma puede fungir el rol de agresor, por otra parte, y como ya se mencionó anteriormente, el proceso de victimización depende tanto del agresor, como de la víctima y la desprotección de la misma. Desde la perspectiva de género se suele objetar la noción de víctima por estar asociada a la pasividad y se considera más adecuada la designación de *sobreviviente* porque señala los elementos de acción y transformación a los que los individuos victimizados suelen apelar (Velázquez, 2003). Si bien la violencia cotidiana debilita a la persona y la vuelve pasiva, también existe la posibilidad de que ésta ponga en marcha los recursos con los que cuenta para enfrentar la situación o superar sus consecuencias.

Por ello, se debe tomar en consideración que más allá del sexo y género, son las características individuales las que finalmente condicionan el comportamiento violento (Echeburúa y Redondo, 2010), por lo que las mujeres no están exentas de cometer actos violentos, aunque éstos suelen ser más de tipo psicológico. Incluso, una forma en la que se manifiesta y se reproduce la violencia de género, es entre las mismas mujeres, primero de madres a hijas, enseñando y normando su comportamiento para que se sometían a las necesidades de otros y de su cuidado (Cervantes, Obregón, et al., 2013).

Como consideración final y posible solución, es inevitable apelar al empoderamiento, que hace referencia a un mayor control de las mujeres sobre ellas mismas, sobre su vida, su cuerpo y su entorno, específicamente en aspectos como la libertad de movimiento y acción (autonomía) que permite los procesos de toma de decisiones (poder de decisión), acceso y control de recursos económicos, ausencia de violencia en su contra, acceso a la información e igualdad jurídica (Cervantes, Obregón, et al., 2013).

El fenómeno de la violencia exige entonces una serie de intervenciones para poder ser erradicado o bien para disminuir sus consecuencias. En la Fundación Alianza en Favor de la Mujer del D.F., I.A.P., estas acciones se realizan a nivel preventivo (talleres) y terapéutico (terapia individual y de pareja); actividades en las que participé al realizar mi Servicio Social.

3.2 PREVENCIÓN

El concepto de prevención se refiere a un *conjunto de actividades* (programas, políticas públicas, movimientos sociales, etc.) que, a través de una serie de *procesos* (aumento de autoeficacia, habilidades sociales, estrategias de afrontamiento, estilos atribucionales, información, etc.) persiguen el logro de unos *objetivos* determinados, que pueden hacer referencia a la modificación de las variables directamente relacionadas con el problema (los factores de riesgo), incrementar aquellos factores de protección u otras más distales (la causa de las causas) (Fernández y Gómez, 2007).

3.2.1 Conceptos básicos

- Normalidad y Anormalidad

Los conceptos de normalidad y anormalidad se definen y aplican dependiendo del campo en el que serán implementados. En relación a cuestiones médicas o de salud, San Martín (1984) define lo normal como “un valor que corresponde a variaciones más o menos finas alrededor de un promedio característico para una población dada en su ambiente específico”.

Dicha definición hace alusión a aspectos dinámicos, los cuales permiten dar paso a la anormalidad, que es el resultado de que una o varias características estructurales o funcionales se desvíen significativamente de lo normal en forma que produzcan síntomas no usuales o inconvenientes para el individuo (San Martín, 1984).

El paso de un concepto a otro puede constituir un proceso lento o brusco, llevando a confusiones respecto a los límites que existen entre ellos. No obstante, tanto normalidad como anormalidad se relacionan íntimamente e

incluso se llegan a utilizar como sinónimos de las nociones de salud y enfermedad, ya que plantean formas prácticas de dividir a los individuos para fines médicos.

- Historia natural de la enfermedad

Entre los estados de salud y enfermedad existe una escala de variación, con estados intermediarios, que va de la adaptación perfecta (difícil de obtener) hasta la desadaptación que llamamos enfermedad (San Martín, 1984). Ninguno de ellos es absoluto, lo cual reafirma que no existe un límite preciso entre lo que se debe considerar salud y lo que es enfermedad, ya que ciertos eventos fisiológicos o patológicos suceden silenciosamente durante periodos de latencia más o menos prolongados durante los cuales el ser humano puede funcionar "saludablemente" dentro de su sociedad (Morales, 2013).

Huésped, agente y medio ambiente, así como factores de riesgo y protección interactúan para transitar de la salud a la enfermedad, e incluso a la muerte. Los periodos de esta transición son:

Salud: la OMS (1948) define salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Esta noción de salud sugiere un aspecto altamente subjetivo, puesto que hablar de un "estado completo de bienestar" dependerá de aquellas medidas que sean establecidas para evaluarlo. Por lo tanto, se debe considerar que el concepto de salud cambia dependiendo de la época y circunstancias sociales que lo rodean.

Por otra parte, al considerar al individuo como una entidad constituida por aspectos físicos, sociales y mentales, no se puede dejar de lado el concepto de salud mental, el cual implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otro y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social o de contribuir a él de modo constructivo. Implica la capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos,

potencialmente en conflicto; implica, además, que un individuo ha logrado desarrollar su personalidad en forma tal, que le permite hallar su expresión armoniosa para realizar sus potencialidades (San Martín, 1984).

Periodo prepatógeno: el hombre está aparentemente sano y normal, pero en realidad está variando del estado de salud al estado de enfermedad debido a una desadaptación (física, mental o social). Se ha producido ya una asociación causal entre factores del ambiente y del individuo (San Martín, 1984), es decir, entran en juego los factores de riesgo para aumentar la probabilidad de desarrollar determinada enfermedad.

Por su parte, los factores de protección pueden actuar para contrarrestar o evitar el daño, impidiendo el progreso de la enfermedad. De lo contrario ésta comenzará a manifestarse de forma directa.

- Periodo patógeno: se rompe por completo el equilibrio o adaptaciones del individuo. San Martín (1984) menciona que este periodo se divide en cuatro: a) patogénesis temprana: enfermedad no diagnosticable clínicamente, b) patogénesis subclínica: diagnosticable con ayuda de pruebas o técnicas científicas, c) patogénesis avanzada: sintomatología completamente diagnosticable, d) patogénesis grave: convalecencia, invalidez y cronicidad. El grado de la enfermedad se determina por la interferencia que tiene con el funcionamiento normal de la persona.

Periodo de solución: debido a que ningún estado es definitivo, durante este periodo se pueden tomar las medidas necesarias para el restablecimiento de la salud. Esto dependerá de: el tipo de enfermedad, las características del individuo, la calidad de los servicios médicos y preventivos, las condiciones socioculturales y el nivel de conocimientos sobre la historia natural de la enfermedad (Morales, 2013). De lo contrario, una de las consecuencias más negativas puede ser la muerte.

Si bien estos periodos se pueden generalizar y adaptar a cualquier enfermedad, en el caso de la historia natural de las enfermedades mentales los criterios para conformarlos son muy relativos, como consecuencia de la subjetividad de cada sujeto. Sin embargo, tradicionalmente se aceptan cinco condiciones para evaluar el grado de salud mental: ausencia de enfermedad mental, conducta normal, adaptación al ambiente, unidad de la personalidad, percepción correcta de la realidad, o sea, del mundo y de uno mismo (San Martín, 1984).

De acuerdo con estos conceptos y definiciones, es innegable que salud y enfermedad, se deben considerar como estados relativos que forman parte de un continuo, inherente al proceso de vivir, por lo que se encuentran en diferentes niveles dentro de cada individuo.

- Factores de Riesgo y Protección.

El proceso salud-enfermedad está compuesto de tres elementos que interactúan para pasar de un extremo a otro. De acuerdo con Morales (2013) éstos son:

-Huésped: todo organismo viviente capaz de albergar a un agente causal de enfermedad.

-Agente: es cualquier sustancia, viva o inanimada, o una fuerza muchas veces intangible, cuya presencia o ausencia es la causa inmediata o próxima de una enfermedad particular.

-Medio ambiente: es el conjunto de condiciones o influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

Tales elementos, dependiendo de su origen, modo de interacción y tiempo en el que se presentan, serán considerados factores de riesgo o protección para que el individuo desarrolle, o no, alguna enfermedad.

El factor de riesgo hace referencia a esas variables que anteceden o se producen simultáneamente con un problema/enfermedad y que están relacionadas con un incremento en la probabilidad de que éste llegue a manifestarse (Fernández y Gómez, 2007).

Los factores de riesgo pueden ser de dos tipos. Características como la edad, el sexo y la raza; por ejemplo, son *no modificables*, aunque permiten identificar a los grupos de riesgo alto. Por otra parte, características como el estilo de vida pueden ser *modificables* en potencia y proporcionar así una oportunidad de obtener e introducir nuevos programas de prevención dirigidos a reducir o cambiar exposiciones específicas o factores de riesgo (Gordis, 2005).

El factor de protección se refiere a aquellas variables que aparecen relacionadas con una reducción en la probabilidad de ocurrencia de un problema/enfermedad y que parecen disminuir la vulnerabilidad de los individuos ante los factores de riesgo (Fernández y Gómez, 2007).

3.2.2 Tipos de Prevención.

La prevención busca interferir con la historia natural de la enfermedad, sus diferentes tipos dependerán del periodo de la enfermedad en el que se aboquen. Desde los trabajos realizados por Caplan, en 1980, se distinguen tres tipos de prevención: *primaria, secundaria y terciaria*.

-*Prevención primaria*: es cualquier intervención social y psicológica que promueve o realza el funcionamiento emocional, o reduce la incidencia y prevalencia del mal ajuste emocional en la población en general (Bower, 1969, cit. en Fernández, 1994). Se enfoca al periodo prepatógeno de la enfermedad.

La prevención primaria, al mismo tiempo, es dividida en (Fernández y Gómez, 2007):

- *Prevención primaria proactiva (o universal) centrada en el sujeto*: la cual abarca aquellas intervenciones orientadas a todo un segmento de población para evitar que lleguen a verse afectados por un problema concreto. Por definición, este tipo de prevención se realiza sobre los individuos antes de que se manifieste en ellos ningún síntoma y sin que concurren en ellos características específicas que los hagan especialmente vulnerables a padecer el problema.
- *Prevención primaria proactiva (universal) centrada en el contexto*: tiene como objetivo la modificación del ambiente en el que viven y trabajan los sujetos. Con este tipo de intervención se persigue, en esencia, evitar la

exposición de los individuos a variables ambientales relacionadas con la aparición de una problemática determinada.

- *Prevención primaria reactiva (o selectiva) centrada en el sujeto*: su objetivo es intervenir sobre individuos que están sometidos a los factores de riesgo que incrementan su probabilidad de sufrir una patología concreta...el objetivo de estas intervenciones es potenciar las capacidades de los sujetos para que afronten positivamente los factores de riesgo específicos que les afectan y, evitar así, que lleguen a padecer esos problemas.
- *Prevención primaria reactiva centrada en el contexto*: agruparía aquellas estrategias que se llevan a cabo, no sobre individuos, sino sobre los sistemas o contextos en los cuales se encuentran. Es decir, en vez de intervenir específicamente sobre ciertos individuos, lo que se hace es actuar de una forma selectiva sobre las variables ambientales que se relacionan con un incremento del riesgo.

Los objetivos de la prevención primaria, no importando su tipo, para Cowen y Goldston (1980 y 1987, cit. en Fernández, 1994) son los siguientes:

a. Objetivos generales:

- reducir la incidencia de problemas de salud;
- promover la salud.

b. Objetivos específicos:

- promover el crecimiento sano de los individuos;
- incrementar la comprensión comunitaria de la salud mental y el conocimiento de recursos;
- incidir sobre las prácticas organizacionales;
- influenciar la política social;
- favorecer las coaliciones interorganizacionales;
- ampliar el papel de los técnicos de salud.

c. Otros aspectos:

- es esencialmente para personas sanas;

- está dirigida a grupos, organizaciones y comunidades;
- es internacional.

-*Prevención secundaria*: va dirigida a reducir la presencia de algún trastorno, enfermedad, en un periodo de tiempo determinado (Fernández y Gómez, 2007). Depende básicamente de la calidad y distribución de los recursos físicos y humanos en los servicios de atención médica e igualmente de su organización y administración (Morales, 2013). Abarca el periodo patógeno de la enfermedad.

-*Prevención terciaria*: hace referencia a las acciones encaminadas a minimizar o reducir las consecuencias negativas posteriores a haber padecido alguna enfermedad. Por estas características, se establece que este tipo de acciones no pertenecen al campo de la prevención, de modo que la denominación *rehabilitación* es más pertinente para englobar las acciones que anteriormente eran consideradas como prevención terciaria.

La prevención, como concepto general, tiene como objetivo que las personas adquieran la capacidad de autorregularse para lograr el mejor provecho posible para sí mismos y para los demás (Fernández y Gómez, 2007), por lo que sus acciones guardan estrecha relación con las condiciones sociales en las que se desenvuelven, llegándose a considerar un bien público.

Aún así, la prevención ha enfrentado severas críticas respecto a la poca delimitación de sus conceptos y el alcance de sus acciones. Ante ello, Goldberg y Huxley (1992, cit. en Fernández, 1994) proponen que las enfermedades, desórdenes mentales, padecimientos, etc. "nunca podrán ser completamente prevenidos, siempre habrá personas vulnerables, y la clase de eventos que desencadenan episodios de enfermedad forman parte del proceso de vivir".

Por tal razón, es importante recalcar que la salud es un estado muy variable que debe ser constantemente cultivado, protegido y fomentado. El factor más importante para lograr esto es el nivel de vida y la calidad del ambiente en que vivimos; por parte de los expertos en salud, brindar conocimientos en relación a

los riesgos del ambiente (nivel de educación para la salud) y su comportamiento en relación a la salud (San Martín, 1984).

En el caso particular de la Fundación Alianza en Favor de la Mujer del D.F., I.A.P., algunas de las principales problemáticas que atiende en psicoterapia son problemas de pareja, violencia y duelo; por tal motivo, desarrollé los talleres "Eligiendo a mi pareja: el inicio de una relación sana" y "Cerrando ciclos, aprendiendo de mi pasado", con los cuales abordé a nivel preventivo cuestiones de pareja, así como aceptación y elaboración del duelo por distintas causas.

Dichos talleres buscaron que la población tuviera un primer acercamiento a la identificación de sus problemáticas, conocer y fomentar factores de protección, así como comprender y disminuir factores de riesgo; alterando el curso de las problemáticas a tratar, ya sea mediante la asimilación de experiencias pasadas, acciones realizadas en el presente y, preferentemente, evitar su aparición en el futuro, y en caso necesario, pasar a la atención, la cual consiste en psicoterapia.

Se esperaría que estos talleres estuvieran cien por ciento encaminados a la prevención primaria, no obstante, esto depende del periodo de la problemática en la que se encuentren quienes acuden a ellos, así como del contexto que los rodea y que tan modificable pueda llegar a ser.

3.3 ELECCIÓN DE PAREJA

A nivel terapéutico, uno de los principales temas que logre percibir durante mi participación como coterapeuta fueron los relacionados a la pareja, con todas las implicaciones que esto tiene (desamor, infidelidad, celos, dependencia, etc.); a partir de esta visión trate de concretarlo a nivel preventivo, tomando como base que la elección de pareja es el principio, más no la garantía, de una relación más sana. Sin embargo, para llegar a dicha elección, la persona debe de conocer o re-conocer diversas motivaciones internas.

Es por ello que desarrolle el taller "Eligiendo a mi pareja: el inicio de una relación sana", cuyo sustento teórico me permitió formular actividades destinadas a que las personas comenzaran a ser conscientes de sí mismas, para posteriormente iniciar una relación; aspecto que parecería ideal como forma de prevenir o contrarrestar posteriores conflictos.

El marco teórico se presenta a continuación.

3.3.1 Fundamentos teóricos

El ser humano es el resultado de factores biológicos, familiares, sociales y culturales que lo rodean desde el momento de su nacimiento y que favorecerán o limitarán su desarrollo personal, por tanto debe de ser concebido como una totalidad, en la cual cada aspecto de su vida actual es la consecuencia de las interacciones que ha mantenido con el ambiente que lo rodea. Las relaciones de pareja proporcionan un ejemplo de esta influencia de factores.

La pareja se define como aquel grupo original en el que dos personas se unen para construir un vínculo afectivo y funcionar según su propia organización (Tordjmoïn, cit. en Jiménez, 2011), con las reglas y normas que vayan determinando, creándose así un compromiso emocional.

Se espera que esta relación sea sana, que no exista violencia, que sus integrantes logren un desarrollo personal, que tengan seguridad afectiva, pero al mismo tiempo libertad para mantener su individualidad.

El primer paso para que la relación sea sana es la elección de pareja. Este aspecto es de suma importancia pues tal elección, contrario a lo que se cree, no se hace de manera libre; en realidad intervienen todos los factores a los que ha estado expuesta la persona a lo largo de su vida, muchos de los cuales ha ido incorporando de manera inconsciente. Los principales principios que rigen esta elección son:

- Similitud: se busca aquello que ya se conoce, esto es porque parece que una de las necesidades fundamentales de los individuos es la aceptación de quienes lo rodean, el recibir la aceptación de otros constituye una gratificación y al mismo tiempo, sentir agrado hacia ellos (Aguilar y López, 2004). La

principal similitud es el grado de madurez, independientemente de los aspectos superficiales.

-Diferencias: como una forma de satisfacer necesidades, aquellos aspectos de los que carece la persona, buscan ser compensados por una pareja que no tenga tales carencias (Aguilar y López, 2004).

Se debe tomar en cuenta que el enamoramiento es la primera etapa del proceso amoroso que llevará a la conformación de la pareja, éste brota de manera incontrolable, buscando siempre la cercanía, aceptación y correspondencia de la otra persona, en la cual se han proyectado expectativas e ilusiones (Sanz, 2008). Se enaltece la figura de la persona amada, se niegan sus defectos y sólo se perciben aquellas partes que se desea que tenga, idealizándola de acuerdo a las expectativas y necesidades de cada individuo (Aguilar y López, 2004). En este momento ya se ha elegido a una potencial pareja.

Sin embargo, todos esos aspectos que se depositan en el ser amado tienen su origen en experiencias pasadas, específicamente en los primeros años de vida, en los cuales se adquiere la base de la estructura de la personalidad. Es durante el proceso de socialización que el niño aprende a desarrollar valores y roles, fantasea que gracias a ellos será más querido y tendrá el reconocimiento de la persona amada. De esta manera se empiezan a crear y estructurar vínculos afectivos en el núcleo familiar, con las figuras parentales principalmente, que son las primeras personas amadas (Sanz, 2008).

Así, cada miembro de la familia cubre alguna de las necesidades emocionales de los demás, esto influye directamente en la elección de pareja pues se buscará a aquella persona que cubra las necesidades que en un principio fueron satisfechas por los padres (Aguilar y López, 2004).

En consecuencia, si desde pequeños se aprende a ser dependientes o independientes, valientes o sumisos, a tener confianza o ser desconfiados, tales valores y comportamientos se reflejarán en la pareja que se elija. Es importante recalcar los casos en que los niños/as no creen ser amados por sus padres, pues desarrollan actitudes de autodesprecio, autocompasión y

marginación, las cuales también pueden utilizarse para atraer a la pareja a través de la lástima y la compasión (Sanz, 2008).

Los conflictos intrapsíquicos provenientes de la familia de origen también son un factor importante en la elección de pareja pues tienden a repetirse; se crean defensas contra ellos o se superan en las relaciones futuras. Estos conflictos no se van dando de forma lineal, sino que se van transformando y cambiando con el tiempo (Hare, Canada y Lim, 1998, cit. en Aguilar y López, 2004). Padre y madre son el vínculo amoroso que se toma como base, ellos mandan una serie de mensajes, implícitos y explícitos sobre cómo relacionamos afectivamente, por lo que se tiende a buscar a aquella persona que tenga semejanzas con el padre (en el caso de la mujer) o la madre (en el caso del hombre), o por el contrario, buscar a aquellas personas que sean completamente diferentes a los propios padres pues no se quiere repetir el mismo patrón que ellos. (Aguilar y López, 2004).

Aunado a ello, se efectúan intentos inconscientes para modificar las relaciones íntimas a fin de obligarlas a amoldarse a los modelos de roles internos, problema central dentro de las relaciones de pareja (Aguilar y López, 2004); esto se da de manera inconsciente y permite que las personas interactúen con los demás sin sentirse conflictuadas por estar ante alguien que necesita ser descubierto tanto en sus defectos, como en sus virtudes. Tal es el caso de personas que crean situaciones de discusión o ruptura de forma inconsciente, con la única finalidad de reafirmar que quienes están a su lado los aman, pues ésta es la forma como han aprendido a vincularse.

Por tanto, el autoconocimiento, la comprensión y conciencia de la historia de vida de cada sujeto será un factor determinante para que pueda elegir a aquella persona con la que pueda mantener una relación sana, en la que se maximicen las satisfacciones personales y compartidas, se tenga un mejor manejo de los conflictos, se evite la violencia y no se pierda la identidad de cada ser.

El primer paso es que cada individuo tenga claro cuál es su guión de vida, ya que le permitirá cuestionarse que parte de su manera de pensar, sentir o actuar

constituye un criterio personal elaborado o, por el contrario, está reproduciendo un programa familiar de creencias.

El guión de vida hace referencia a un plan basado sobre las decisiones o experiencias tomadas en cualquier estadio del desarrollo, que inhiben la espontaneidad y la flexibilidad en la resolución de problemas y de las relaciones humanas (Levin, cit. en Sanz, 2008), se da de forma inconsciente; en consecuencia, se siente atracción por determinadas personas o situaciones, porque desde el nacimiento ha existido un condicionamiento para ser responsivos ante ellas y cuando se tiene cierto tipo de interacción sólo confirma lo ya establecido.

Otro aspecto importante a considerar es el espacio personal, es decir, cómo cada persona estructura su mundo, cómo se sitúa frente al exterior y frente a sí mismo; de ello dependerá cómo se estructurará el vínculo amoroso y cuál será su dinámica. Conlleva implícitamente el concepto de libertad, individualidad y auto-responsabilidad (Sanz, 2008)

Sanz (2008) lo divide en tres espacios, estos son:

- a) Espacio interior: aquello que cada persona vive, siente, piensa y que nadie conoce a menos que sea exteriorizado.
- b) Espacio relacional: cómo cada quien se coloca frente a otras personas.
- c) Espacio social: el lugar o lugares sociales que se ocupan en diferentes momentos.

Una vez que se logra la comprensión de estos aspectos se pasará a una "segunda fase", en ella se integrará el guión de vida y espacio personal, con las características realistas, sanas y funcionales que se buscan en la otra persona, de tal forma que al conjugarlas se encuentre el tipo de vínculo amoroso que se quiere formar. Los principales modelos de relación según Sanz (2008) son:

-Inclusión: una persona siente que está incluida en el espacio de la otra, o que abarca a la otra, la engloba en lo suyo. Responde a las relaciones tradicionales de pareja, favoreciendo las relaciones de poder o dominio/sumisión. Aquí no existe el espacio personal, el guión de vida es de sometimiento y

autoanulación, la persona experimenta falta de identidad o dificultad para saber "quién soy", "qué quiero", "qué deseo hacer", "qué me gusta". Estas relaciones son cambiantes, por lo que se puede pasar del papel de oprimido a agresor. Funciona bien para aquellas personas que coinciden en la aceptación de esa estructura de roles, pues le da una sensación de "seguridad afectiva" ya que se crea una dependencia mutua, la libertad se ve mermada; cualquier variación en la estructura provocará crisis.

- Fusional utópico: es el modelo idealizado socialmente, su filosofía es "los dos somos uno". Quienes buscan este tipo de vínculo cambian frecuentemente de pareja, pues para ellos nunca es suficiente. Supone un deseo de máxima seguridad afectiva e implica que no existe posibilidad de espacio personal, lo cual no es visto como falta de libertad, sino como armonía total.

-Interdependencia: debe existir a) un espacio social no compartido y b) un espacio común compartido, la relación es más igualitaria, por tanto genera diversos miedos inconscientes por la capacidad de libertad de la que se dispone.

Tales modelos de relación no se pueden juzgar como buenos o malos, pues cuentan con su propia dinámica y conflictos, este criterio dependerá de las necesidades que la persona ha descubierto en sí misma; aún así, influye el periodo de la vida que se esté viviendo y el ser conscientes de qué es lo que se desea compartir con la pareja.

La elección de pareja es una decisión de todos los días, ya que independientemente del enamoramiento, que influyó en el primer momento de elegir a alguien, este estado tarde o temprano termina por desaparecer, dejando ver a la pareja con sus defectos y virtudes, dando paso a una "segunda elección". Aquí la relación se puede dar por terminada, por no cumplir con ciertas necesidades, o lograr una consolidación en la cual los integrantes se adaptarán el uno al otro, basándose en expectativas reales.

Se debe recalcar que cada vez que una persona elige a alguien para enamorarse puede no ser correspondido, y aún siéndolo esta decisión puede terminar por no ser la correcta, de tal forma que la relación finaliza. En ambos

casos se debe rescatar que aquello que no cubrió con expectativas deseadas, o que a pesar de cumplirlas provocó daño; es un reflejo de cada persona que merece reflexión.

En cualquier caso la solución es aceptar la pérdida y cerrar un ciclo, esto significa detenerse, evaluar, reconocer la influencia del pasado, identificar los patrones que ya no funcionan y, si es necesario, cambiar la perspectiva que cada sujeto tiene de sí mismo e incluso de los demás; dejar de repetir el mismo patrón de conducta para evitar llegar siempre al mismo resultado no deseado (Jiménez, 2011), en este caso, una pareja que no cubra o que impida la satisfacción afectiva romántica.

3.4 CIERRE DE CICLOS

Vinculado a las relaciones interpersonales, no sólo de pareja, y, de manera general, a todos los cambios que ocurren a lo largo de la vida, se encuentra el proceso de duelo, que permite una nueva adaptación al ambiente por parte del individuo que ha sufrido una pérdida o cambio; en consecuencia se permite cerrar un ciclo.

Difícilmente las personas nos encontramos preparadas para realizar tal proceso, una de las principales causas es el dolor que esto produce.

Tales razones me llevaron a elaborar el taller "Cerrando ciclos, aprendiendo de mi pasado", como una forma de acercar a los participantes a una visión diferente del cambio y el dolor; brindando herramientas, como medida preventiva, para afrontar situaciones difíciles pero inherentes al proceso de vivir.

3.4.1 Fundamentos teóricos

Todo organismo, por instinto de supervivencia, se encuentra en la búsqueda del equilibrio. Una forma de lograrlo es evitando o disminuyendo aquellas situaciones que le provoquen malestar, dolor; esto a su vez lleva implícita la noción de que la vida está llena de cambios que atentarán contra este estado ideal.

Aunque esta postura parece obvia, la realidad es que hacerla consciente e interiorizarla es uno de los mayores obstáculos que impiden el crecimiento personal. En su lugar, la mayoría de los individuos trata de aferrarse a una estabilidad inexistente, a personas, sentimientos, situaciones o etapas que *dejaron de ser*, cambiaron, para entrar en otro lugar donde hay otra cosa que "es" (Bucay, 2000).

Estos sucesos crean significativos problemas emocionales, pero gran parte de ellos son transiciones normales de un periodo de vida a otro; sin embargo, afectan profundamente por los cambios que producen. A esta condición se le da el nombre de *crisis* porque requiere de un largo periodo de introspección y revalorización de lo que, hasta ese momento, se daba por sentado (O' Connor, 2007).

Las crisis indican que algo se modificó, ya sea en el contexto físico, en las condiciones emocionales, en las expectativas o en la experiencia (Stecca, 2004), por lo que suelen ser un punto decisivo para cualquier persona ya que formulan nuevas respuestas y prioridades. La vida toma una nueva dirección, haciendo inevitable dejar atrás a alguien o algo del pasado.

Este punto es una señal que prepara para un *cierre de ciclo*, lo cual significa detenerse, evaluar, reconocer la influencia del pasado, identificar los patrones y las tendencias que no sirven, rescatar las que sirven, y cambiar la perspectiva que cada persona tiene de sí misma y los demás, de los hechos y de las situaciones. Se trata de recuperar aspectos oscuros o excluidos (características personales o familiares no deseados, experiencias vergonzosas, entre otros), reconociendo que cada uno tiene una función, a pesar de ser inadecuados e inútiles (Stecca, 2004).

El primer paso para lograr este cierre es llevar a cabo el duelo, que se refiere al proceso normal y personal de elaboración de una pérdida o cambio, tendiente a la adaptación y armonización de una situación interna y externa frente a una nueva realidad (Bucay, 2000), con todos los sentimientos, reacciones y pensamientos que esto implica.

Dicho proceso consta de una serie de etapas, las cuales fueron descritas por Kübler-Ross de la siguiente manera (O' Connor, 2007):

-Negación: es un estado protector que aísla al afligido de la angustia que se presentara en los periodos siguientes a la pérdida. Pueden existir sentimientos de culpa por no sentir nada.

-Enojo: puede ocultar una depresión, aunque en el fondo esconde temor.

-Negociación: es una ayuda para ganar tiempo antes de aceptar la verdadera situación de pérdida.

-Depresión: es enojo dirigido hacia dentro, acompañado de sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia.

-Culpa: aparecen el "debi" y el "hubiera" para auto-castigar a quien se encuentra elaborando el duelo.

-Aceptación: implica realismo, vivir en el presente, así como vivir con la ambigüedad de aquellas preguntas que nunca tendrán respuesta.

Siempre hay un duelo frente a una pérdida. Si no lo hay y no lo hubo anticipadamente, un mecanismo de defensa está bloqueando la conexión con el dolor (Bucay, 2000).

De igual forma la Dra. Nancy O' Connor (2004) aporta una serie de etapas que son paralelas a las del duelo y que brindan una alternativa para capitalizar lo experimentado en ellas, estas son:

- Ruptura de los antiguos hábitos: hay choque, incredulidad y vulnerabilidad; esto indica la necesidad de abandonar antiguos patrones de relación, convivencia, etc., reprogramar expectativas a nivel emocional, físico y psíquico. Se puede empezar por comprender la inutilidad de anticipar antiguos sucesos rutinarios y, con el tiempo, se reconocen e incluso aceptan los cambios; los rituales pueden ser una opción viable.

Lo importante es comenzar con pequeños cambios, pues estos, por muy sencillos que sean, contrarrestaran la negación y darán apertura a la aceptación de la pérdida.

-Inicio de reconstrucción de la vida: puede darse de forma automática o requerir de grandes esfuerzos. Lo importante es la búsqueda y establecimiento de una identidad personal nueva y separada de aquello que se perdió.

-Búsqueda de nuevos objetos de amor: si se logran realizar cambios internos, estos forzosamente repercutirán en la forma de relacionarse.

- Término del reajuste: orientarse hacia la vida en lugar de hacia la pérdida.

Todos los individuos ante una pérdida pasan por estas etapas, no obstante, cambia la intensidad y el tiempo en que transitan por ellas, además del estilo de autoprotección que tengan.

La infancia, e incluso la adolescencia, son periodos críticos en la vida de las personas ya que durante estas etapas aprenden gran parte del repertorio de conductas, sistemas de creencias y modos de afrontamiento que les permitirán adaptarse de cierta forma a su ambiente. Éstos son el resultado de la influencia de personas o modelos significativos en su vida (padres, hermanos, abuelos, etc.) y la mayoría de ellos se volverán patrones reproducibles durante la etapa adulta.

Tales estilos quedan evidenciados al elaborar duelos y cerrar ciclos pues reflejan las respuestas que se muestran ante el cambio, éstas pueden ser (O'Connor, 2007):

1.- Conservación: negar y suprimir la angustia del dolor presente, se idealiza el pasado como el estado ideal de equilibrio, un refugio seguro. Es una postura rígida y pasiva. No se cuestiona el futuro.

2.- Revolución: respuesta repentina de rechazo al pasado. Es una posición activa pero colérica. Busca desesperadamente algo nuevo pero sin un sentido continuo del Yo.

3.- Escape: implica evadir por medio de conductas dependientes. Es una postura agresivo-pasiva, pues quien se coloca en ella busca ser rescatado, pero no asume la responsabilidad de su conducta.

4.- Trascendencia: requiere apertura al cambio y a la pérdida. Implica que cada ser tenga confianza en sí mismo y genere un compromiso. Es una posición de participación total y absoluta en la vida.

Igualmente, todos transitan por estas cuatro posiciones, aunque una predomina más que otra; lo importante es reconocer que los sentimientos son la parte más legítima de los individuos, que indican que se están movilizand recursos internos. Aceptarlos y experimentarlos es fundamental para que la pérdida sane, por lo que no deben ser catalogados como equívocos, malos o vergonzosos.

El tiempo es otro elemento importante, pero por sí solo no cura nada, solo brinda distancia y permite que la elaboración del duelo siga su curso natural. La prisa por cerrar algunas situaciones, así como la resistencia a hacerlo puede llevar a un desgaste importante de energías y recursos, los cuales se necesitarán para dar toda la potencia a aquello que todavía puede mantenerse, o a aquello que ha de comenzar (Stecca, 2004).

Una vez que se inicia la elaboración del duelo, a la par se irán cerrando ciclos, lo cual, de acuerdo a la perspectiva de Stecca (2004), implica:

-Reconocimiento: contactar y reconocer lo que fue y es, así como lo que no fue y no podrá ser.

-Responsabilidad: asumir las consecuencias de las elecciones propias y no culpar a los demás.

-Conciliación: estar en paz con lo que haya sucedido.

-Integración: recuperación de todas las piezas del rompecabezas de la historia de vida de cada ser.

Tal cierre traerá como consecuencia un cambio de perspectiva, pues nada tiene significado, sino el que cada quien le asigna, es decir, se debe comprender que cada quien hace lo mejor que puede en función de sus lealtades inconscientes, de su gran amor y necesidad de pertenencia, en la dinámica interpersonal y familiar a la que pertenece (Stecca, 2004).

No se debe dejar de lado, y quizás como otro punto de partida, el que cada persona se plantee a sí misma lo que será diferente, lo que hará o dejará de hacer, lo que le hará sentir mejor y con más plenitud una vez cerrado el ciclo, pues le permitirá centrarse en lo que sigue, servirá de fuerza de atracción para moverse hacia nuevos y mejores escenarios (Stecca, 2004).

Bajo la postura aquí presentada, los asuntos inconclusos se acumulan en el interior de cada quien, y de la fantasía que se tenga en la mente y en el corazón, de ahí si se vive el conflicto de manera abierta o encubierta (Stecca, 2004); sanar debe ser una elección propia, aunque al principio no parezca consiente, ya que pocas personas mueren de pena, excepto las que adoptan esa elección (O' Connor, 2007).

Finalmente se debe valorar que el pasado no se olvida, ni se borra, no se deja atrás, sino que es el tesoro siempre abierto a ser descubierto y transformado para servir en el avance hacia un mejor futuro; sirve de refugio, alimento, fortaleza, descanso, enriquece y apuntala en el destino que cada quien tiene (Stecca, 2004).

La comprensión de estos aspectos evitará que las personas repitan resultados no deseados, y les permitirá alcanzar un nivel más alto de crecimiento y madurez; en donde el uso de recursos externos e internos y rituales puede ser de gran ayuda; finalidad central del taller.

No obstante, los esfuerzos preventivos de educación y promoción para la salud de las mujeres a través de los talleres diseñados, con frecuencia y como resultado de éstos, se logra hacer la detección oportuna de casos con demandas explícitas que requieren psicoterapia.

3.5 PSICOTERAPIAS: MARCO TEÓRICO Y METODOLOGÍA

La psicoterapia es uno de los servicios con mayor demanda dentro de la Fundación Alianza y otra de las actividades realizadas como parte del Servicio Social; la cual, concreta muchos de los conocimientos y habilidades como psicólogo clínico por parte del servidor social.

La psicoterapia individual, que históricamente había tenido una evolución de muchos años de existencia, tuvo un salto fundamental al pasar de un periodo empírico a uno científico con el advenimiento del psicoanálisis. Este notable cambio, con el énfasis en los fenómenos inconscientes, y el estudio del pasado que explicaba un nuevo funcionamiento de la conducta y planteaba una alternativa de tratamiento para una serie de padecimientos mentales hasta el momento considerados como de causa desconocida, y en cierta medida incurables, activó paralelamente el nacimiento, el desarrollo y la expansión de muchas corrientes que se dedicaron al tratamiento de los problemas de salud mental tanto del individuo como de la familia y la comunidad (Velasco, 2011).

Se define como psicoterapia al conjunto de fases sucesivas implicadas en el tratamiento psicológico, que abarca desde la primera consulta por parte del paciente frente a un terapeuta, hasta la finalización del tratamiento (Oblitas, 2008); esto último, en el mejor de los casos.

La primera entrevista, que marca el comienzo de dicho proceso, tiene como finalidad que el terapeuta obtenga la mayor información posible por parte de su paciente, referente a la problemática que lo hizo acudir a él; a su vez, se debe crear y mantener una buena relación de trabajo que favorezca la apertura del paciente.

A la par de la obtención de datos y el desarrollo de la relación terapéutica, el terapeuta realiza un análisis de la información, que lo lleva a estipular hipótesis explicativas y, posteriormente, seleccionar las áreas de intervención. Fijado el plan de intervención se seleccionan las técnicas más adecuadas; si el paciente no responde al tratamiento propuesto se deben replantear las técnicas. Ya recuperado el paciente, solucionado el trastorno, o simplemente conseguido el objetivo terapéutico, se valoran los resultados y se establece el seguimiento del paciente para asegurar que los resultados logrados se mantengan con el paso del tiempo (Oblitas, 2008).

En psicoterapia entran en juego las variables y cualidades tanto del paciente como del terapeuta. Referente al paciente, se puede mencionar su edad, sexo, nivel intelectual, estado civil, grado de sinceridad, problemática por la que acude, etc. Por su parte, el terapeuta también contribuye con su edad y sexo,

además de su formación, empatía, flexibilidad, honestidad, credibilidad y el conocimiento que de sí mismo tenga (Oblitas, 2008).

Otros elementos importantes son el lugar y tiempo en que se realizará el proceso. El establecimiento de roles, objetivos compartidos y normas, harán posible el cumplimiento de las metas establecidas.

Lo anterior hace referencia a la psicoterapia de forma general, pero el marco teórico y la metodología a seguir dependerán del enfoque que maneje el terapeuta.

Para los fines de este trabajo se abordaran únicamente la Psicoterapia Psicodinámica y Gestalt, por ser los enfoques ejercidos por los tratamientos adscritos que guiaron mi labor como coterapeuta.

3.5.1 Psicoterapia Psicodinámica

3.5.1.1 Fundamentos teóricos

El Psicoanálisis es el referente para desarrollar el punto de vista psicodinámico, el cual considera a los fenómenos psíquicos como la resultante de un conflicto entre fuerzas psíquicas opuestas. Este enfoque implica la existencia de una estructura psíquica de la que emanan y en la que se controlan, canalizan y dirigen aquellas fuerzas (Díaz, 2011).

Dicha estructura es conocida como "*aparato psíquico*". El primer sistema que Freud concibió se refirió a una topografía hipotética del aparato psíquico dividida en tres instancias. Estas son (Portuondo y Tamames, 1979):

- Inconsciente: aquí se encuentra todo lo reprimido y lo ancestral (herencia filogenética). Es, además de dinámico, totalmente ilógico, caótico y el gran reservorio de los impulsos instintivos (Eros y Tanatos). En el no existen contradicciones ni tiempo, es concreto, primitivo y mágico. Su modo de actuar corresponde al proceso primario de pensamiento, referente a la realización de deseos.

- Preconsciente: allí radican los recuerdos de los que no nos percatamos, excepto si hacemos un esfuerzo para evocarlos. El preconsciente es también inconsciente, pero sólo en sentido descriptivo y no en sentido dinámico.
- Consciente: contiene todo aquello de lo que nos percatamos en un momento dado. También nos da el sentido de continuidad de nuestra vida.

El segundo esquema de la mente que desarrolló años después Freud se divide en Ello, Yo y Superyo, siendo complementario con el anterior. Las características de estas instancias son las siguientes (Portuondo y Tamames, 1979):

- Ello: contenedor de las pulsiones, completamente inconsciente, se rige por el principio del placer. Es arcaico y primitivo, fuente de toda energía instintiva. Es amoral e ilógico.

Yo: clásicamente, se acepta que nace del Ello, al ir éste rozando, a través de toda la historia del hombre, con las dificultades y exigencias de la realidad externa (medio ambiente). Cobra consciencia, comprueba la realidad, controla los deseos e impulsos del Ello, da lugar al nacimiento del Superyo, tiene una parte que se dirige a lo externo y otra a lo interno. Superyo: la cultura representada por la educación en general y por los padres en particular, va a ser introyectada en nuestra mente, naciendo así la consciencia moral, que es lo que más básicamente representa el citado Superyo. Es el heredero del Complejo de Edipo, se rige por el principio del bien, en su aspecto inconsciente es ilógico pero moral, ayuda al Yo en la represión y censura, produce autocríticas y sentimientos de culpa. Contiene al Ideal del Yo.

Otro concepto fundamental dentro de la teoría de Freud es la libido, fuerza impulsiva que representa al instinto sexual. Por sexual no se refiere sólo al aspecto genital, sino que abarca todas las actividades instintivas, manifestadas en las más diversas formas y que, en definitiva, tienen por objeto la consecución de placer (Portuondo y Tamames, 1979).

Para que dicha fuerza sea controlada, se ponen en marcha los llamados mecanismos de defensa. Estos son procesos inconscientes, por medio de los cuales el Yo intenta eliminar aquellos deseos que le son desagradables, atenuando así el sufrimiento. En el apartado de Psicología del Yo se abordarán a detalle.

Integrando los conceptos anteriores, el síntoma es el resultado transaccional entre los representantes de los derivados pulsionales reprimidos, y los mecanismos de defensa que pone en juego el Yo para evitar su emergencia en la consciencia (Díaz, 2011).

El pasado es el tiempo en el que se ubica, preferentemente, el Psicoanálisis. La hipótesis consistía en que sólo comprendiendo el pasado podía el paciente ser liberado de él en el presente (Fogan y Shepherd, 2008). Actualmente la postura se centra más en que infancia no es destino, como se manejaba en aquel entonces. Aún así el énfasis puesto en el pasado sigue siendo uno de los ejes para llegar al inconsciente.

Sin embargo, para acceder al inconsciente también se necesitan superar las resistencias desarrolladas por el paciente. El concepto de resistencia comprende el deseo del paciente de oponerse al cambio, de alguna manera su síntoma o síntomas le permiten obtener ganancias primarias (satisfacción encubierta de las pulsiones) y secundarias (el síntoma sirve para obtener satisfacciones adicionales), a las cuales es difícil renunciar.

A pesar de la connotación de resistencia como un obstáculo que debe ser removido para conducir el tratamiento, en sentido amplio, entender la resistencia es el tratamiento (Gabbard, 2002).

Una forma de comprender la resistencia y dar paso al cambio se logra apelando a la transferencia. Para Gabbard (2002) "es la persistencia de patrones infantiles de organización mental en la vida adulta que implica que el pasado se está repitiendo a sí mismo en el presente", fenómeno que ocurre en la vida diría pero que se ve ampliamente en la relación terapéutica. Por otro lado la contratransferencia se refiere al mismo proceso pero vivenciado por el terapeuta, la diferencia radica en el manejo de tales sentimientos por parte del

analista; transferencia y contratransferencia son por una parte contribuciones del pasado, a su vez que sentimientos que pueden ser inducidos por algunos de los integrantes de dicha relación.

Gran parte de estos postulados fueron el referente para que se desarrollaran diversos planteamientos teóricos tales como la Psicología del Yo, Teoría de las Relaciones Objetales y Psicología del Self, que en conjunto fundamentan la Psicoterapia Psicodinámica. Todas ellas buscan complementar e incluso refutar algunos de los planteamientos básicos del Psicoanálisis, para así poder explicar el desarrollo integral del individuo.

o *Psicología del Yo*

Una de sus principales premisas se basa en que el Yo, parte del modelo estructural planteado por Sigmund Freud que permite el contacto con la realidad, es distinto a las pulsiones instintivas, pero, a su vez, contiene componentes tanto inconscientes como conscientes. El aspecto consciente del Yo era el órgano ejecutor de la psiquis, responsable de la toma de decisiones y de la integración de los datos perceptuales. El aspecto inconsciente del Yo contenía mecanismos de defensa (Gabbard, 2002).

El Ello, del todo inconsciente, y el Superyó, con aspectos conscientes e inconscientes, no quedaron de lado dentro de este planteamiento, permitiendo así la conceptualización del mundo psíquico como el lugar donde estas tres instancias entran en conflicto; la angustia es el resultado de tal conflicto. Como menciona Gabbard (2002) "el mecanismo de la formación del síntoma neurótico puede ser comprendido de esta manera. El conflicto produce angustia, que resulta en defensa y lleva a un compromiso entre el Ello y el Yo. Un síntoma, entonces, es una formación de compromiso que defiende contra el deseo proveniente del ello y también gratifica al deseo de una manera encubierta".

Al compromiso contra los deseos del Ello se le conoce como mecanismos de defensa, los cuales son procesos energéticos puestos en marcha por el Yo, y juegan un papel fundamental para controlar y dirigir hacia metas, objetos y modalidades de satisfacción más viables, y menos ansiógenos, aunque

impliquen, en ocasiones, la distorsión de algún aspecto de la realidad o de la eficiencia adaptativa (Díaz, 2011).

El énfasis puesto en los mecanismos de defensa, reforzado con el trabajo de Ana Freud "*El yo y los mecanismos de defensa*", marcó la pauta para que el psicoanalista ya no se ocupara en descubrir deseos inaceptables provenientes del ello. Ahora debía prestar atención a las vicisitudes de los esfuerzos defensivos demostrados por el Yo, que se manifestarían como resistencias en el tratamiento (Gabbard, 2002).

Entre los principales mecanismos de defensa neuróticos se encuentran:

-Represión: mantiene el derivado pulsional fuera del campo de la conciencia (Díaz, 2011).

- Desplazamiento: los sentimientos adheridos a una fuente son redirigidos hacia otra. La transferencia es un ejemplo de ello. (Gabbard, 2002)

-Formación reactiva: el deseo original hacia cierto objeto, que es motivo de conflicto, se vuelve en sentido contrario, además de generalizarse a todos los objetos. Este mecanismo es divergente de la transformación en lo contrario en la que la relación con el objeto original se mantiene, no se generaliza

-Aislamiento: consiste en la separación entre el deseo y su afecto acompañante, de manera que el primero resulta ajeno, extraño al sujeto, porque el sentimiento que debería acompañarlo no existe (Díaz, 2011).

-Anulación: se involucra el pensamiento mágico con una acción simbólica, la cual es llevada a cabo para revertir o anular un pensamiento o acción inaceptables, ya consumados (Gabbard, 2002).

- Condensación: reunión de componentes de varias representaciones psíquicas en un solo elemento (Díaz, 2011).

-Simbolización: se caracteriza por la representación simbólica de un conflicto intrapsíquico en términos físicos. (Gabbard, 2002).

-Introyección: constituye parte del proceso de internalización a través del cual se reemplazan las interacciones entre el individuo y su medio ambiente por

representaciones internas. Su secuela es la identificación, en la que se adopta, total o parcialmente, elementos de los objetos significativos en la vida del sujeto (Díaz, 2011).

-Sublimación: cambio en la finalidad o meta y en el objeto de la pulsión, hacia fines y objetos socialmente valorados (Díaz, 2011).

Por otra parte, Heinz Hartmann se ocupó de los aspectos no defensivos del Yo, su visión *adaptativa* es una consecuencia de su concepto de la existencia de un área del Yo autónoma y libre de conflicto (Gabbard, 2002). Posteriormente, como consecuencia del trabajo de Hartmann, Bellak conceptualizó las funciones del Yo; éstas son (Bellak y Goldsmith, 1985):

-Área de contacto con la realidad:

- Prueba de realidad: sus componentes son a) distinción entre los estímulos internos y externos; b) exactitud de la percepción (incluyendo la orientación en tiempo, lugar y la interpretación de los acontecimientos externos), y c) precisión de la prueba de realidad interna (disposición psicológica y conciencia de los estados internos).
- Sentido de la realidad de sí mismo y del mundo: a) la medida en que los acontecimientos externos se experimentan como reales y como parte de un contexto familiar (grado de desrealización, "deja vu", estados parecidos al trance); b) grado en que el cuerpo (o sus partes) y funcionamiento, y la conducta de uno mismo se experimentan como familiares y pertenecientes al individuo (o procedentes de él); c) grado en que la persona ha desarrollado su individualidad, la unicidad y el sentido de sí mismo y de la autoestima, y d) grado en que las autorrepresentaciones de la persona están separadas de sus representaciones objetales.
- Juicio de realidad: a) conciencia de lo adecuado y de las posibles consecuencias de la conducta futura (anticipar probables peligros, responsabilidades legales, censura o desaprobación social) y b) grado en el que la conducta manifiesta es un reflejo de la conciencia de esas probables consecuencias.

- Relaciones de objeto: a) el grado y el tipo de las relaciones y del compromiso con los demás (aislamiento, preocupación narcisista, mutualidad, etc.); b) la medida en que las relaciones presentes se adapten o sean influidas o modeladas por antiguas y sirven a propósitos presentes maduros más que a otros pasados e inmaduros; c) grado en que la persona percibe a los demás como entidades separadas más que como una extensión de sí misma, y d) la medida en que la persona puede mantener la constancia de objeto (relaciones por periodos prolongados y tolerar tanto la ausencia física del objeto como la frustración, ansiedad y la hostilidad relacionadas con el objeto)

-Área de control de los impulsos:

- Regulación de los impulsos: a) qué tan directa es la expresión de los impulsos (en un rango que va desde el *acting out* primitivo, pasando por el *acting out* neurótico, hasta las formas relativamente indirectas de expresión conductual) y b) la eficacia de la dilación y el control, el grado de tolerancia a la frustración, y la medida en que los derivados de los impulsos se canalizan a través de la ideación, la expresión afectiva y la conducta manifiesta.
- Funcionamiento defensivo: a) grado en que los componentes defensivos afectan adaptativa o inadaptativamente a la ideación y la conducta, y b) la medida en que tales defensas han tenido éxito o han fracasado (grado de surgimiento de ansiedad, depresión, u otros afectos disfóricos que indiquen debilidad de las operaciones defensivas).
- Regresión Adaptativa al Servicio del Yo (RASY): a) relajamiento de la agudeza perceptiva y conceptual y de otros controles del Yo con un aumento concomitante en la conciencia de contenidos antes preconscientes e inconscientes (primera fase de un proceso oscilatorio) y b) la inducción de nuevas configuraciones que incrementan las potenciales adaptativas como resultado de integraciones creativas (segunda fase del proceso oscilatorio).

-Área de mantenimiento de la estructura:

- **Función sintética integrativa:** a) grado de reconciliación o integración de actitudes, valores, afectos, conducta y autorrepresentaciones discrepantes o potencialmente contradictorios y b) grado de agrupamiento e integración de acontecimientos psíquicos y conductuales, sean o no contradictorios.
- **Funcionamiento autónomo:** a) grado de inmunidad al deterioro de los aparatos de la autonomía primaria (trastornos funcionales de la vista, audición, intención, lenguaje, memoria, aprendizaje o movimiento) y b) grado de deterioro de la autonomía secundaria (alteraciones en los hábitos, habilidades complejas aprendidas, rutinas de trabajo, pasatiempos e intereses).
- **Barrera a los estímulos:** a) umbral, sensibilidad o conciencia relacionados con los estímulos que inciden en varias modalidades sensoriales (principalmente externas pero que incluyen el dolor) y b) la naturaleza de la respuesta a diversos niveles de estimulación sensorial en términos del grado de desorganización, evitación, y aislamiento, o de los mecanismos empleados para enfrentarse activamente a ellos.
- **Dominio y competencia:** a) grado de competencia, es decir, desempeño de la persona en relación con su capacidad para interactuar con medio y dominarlo, y b) el nivel del sentido de competencia; esto es, la expectativa de éxito de la persona o el lado subjetivo de su desempeño real(que tan bien cree la persona que puede hacerlo).
- **Pensamiento:** a) adecuación de los procesos que adaptativamente guían y sostienen el pensamiento (atención, concentración, anticipación, formación de conceptos, memoria y lenguaje) y b) la medida en que el proceso primario-secundario relativo influye en el pensamiento (grado en que el pensamiento es irreal, ilógico, difuso o todo a la vez).

o ***Teoría de las relaciones objetales***

Comprende la transformación de las relaciones interpersonales en representaciones internalizadas de las relaciones, en ellas existe una representación de sí mismo, una representación de objeto y un afecto ligado a

estas dos (Ogden, 1983, cit. en Gabbard, 2002). Dichos componentes son experimentados e introyectados, por lo que la relación que mantienen no es correlacional, ya que entra en juego el aspecto subjetivo.

Un elemento importante al momento de internalizar objetos es escindir al Yo en suborganizaciones inconscientes (Ogden, 1983, cit. en Gabbard, 2002), por lo que el conflicto inconsciente no es meramente una lucha entre un impulso reprimido y una defensa; es también un choque entre pares opuestos de unidades de relaciones de objeto interno (Kernberg 1983, cit. en Gabbard, 2002).

Una de las principales exponentes de esta teoría, considerada también como su fundadora, es Melanie Klein, quien a partir de su trabajo brindó a los analistas la posibilidad de percibirse como un objeto más a ser internalizado por el paciente, a partir del cual pueden explorar aspectos inconscientes.

o *Psicología del Self*

Su énfasis está puesto en cómo las relaciones externas ayudan a mantener la autoestima y la cohesión del Self. Derivado de los escritos seminales de Heinz Kohut, principal fundador, este abordaje teórico ve al paciente como necesitando desesperadamente ciertas respuestas de otras personas para mantener su sentido de bienestar (Gabbard, 2002).

Kohut hace referencia a las necesidades de los pacientes y cómo, a partir de ellas, los otros son concebidos como objetos capaces de satisfacerlas. Esto ocupa un papel central dentro del tratamiento, ya que su identificación y comprensión permitirá ubicar el nivel de maduración del Self, orientándolo hacia la búsqueda de objetos más maduros y a no perder su cohesión en caso contrario.

Las anteriores teorías comparten como base una misma línea de pensamiento, las ideas de Freud, y aunque su desarrollo muestra grandes diferencias entre sí, su valor conjunto permite una mayor comprensión del paciente; la aplicación de una, otra o varias dependerán de aquello que es apropiado y único en cada paciente.

3.5.1.2 Metodología

El establecimiento del rapport es el primer paso para la comprensión del paciente, éste es un instrumento para provocar en el paciente el estado de ánimo adecuado para que se sujete a las indicaciones del terapeuta, no un medio para el establecimiento de una relación que permita la exploración de los motivos inconscientes de la conducta normal y patología del entrevistado (Díaz, 2011).

La perspectiva psicodinámica sostiene la estrecha relación entre el diagnóstico y el tratamiento del paciente, debido a que ambos tienen un componente "curativo", puesto que implican la consideración de que el paciente es un componente activo de la relación terapéutica. El recabar información para el diagnóstico, por medio de entrevistas o tests psicológicos, permite al paciente centrarse en su síntoma.

La asociación libre suele ser el principal modo de comunicación del paciente con el terapeuta (Gabbard, 2002), se prefieren las entrevistas no directivas, en las que las preguntas del terapeuta permiten al paciente divagar, en alguna medida, y con ello tener elementos para acceder a sus conexiones inconscientes.

La neutralidad, referente a no juzgar las conductas, pensamientos o deseos del paciente, sigue siendo de suma importancia para este enfoque; la evolución de este concepto ha permitido aceptar que los sentimientos que se generan dentro del terapeuta también son material del proceso terapéutico.

Referente a las intervenciones del terapeuta, Gabbard (2002) las ubica, basándose en el proyecto de Intervenciones Terapéuticas de la Clínica de Menninger, en las siguientes categorías:

-Interpretación: es una afirmación explicativa que une un sentimiento, un pensamiento, una conducta o un síntoma a su sentido u origen inconsciente... Como principio general, el terapeuta no aborda el contenido inconsciente a través de la interpretación hasta que el material es casi consciente y entonces relativamente accesible al conocimiento consciente del paciente.

-Confrontación: está destinada a clarificar cómo la conducta del paciente afecta a otros o a reflexionar sobre un sentimiento suprimido o negado por el paciente. Por lo general se da de forma amable.

-Clarificación: comprende una reformulación o el establecimiento de una relación de todas las verbalizaciones que el paciente dice para que resulte más coherente lo que está siendo comunicado.

-Estímulo a la elaboración: es el pedido de información acerca de un tema traído por el paciente.

-Validación empática: es una demostración de la sintonización empática del terapeuta con el estado interno del paciente, esto genera que el paciente sienta que el terapeuta entiende sus experiencias subjetivas y se vuelve más propenso a aceptar las interpretaciones.

-Consejo y elogio: el consejo comprende sugerencias directas al paciente con respecto a cómo comportarse, mientras que el elogio refuerza ciertas conductas del paciente por expresar aprobación abierta de ellas.

-Afirmación: comentarios sucintos en apoyo de las conductas o comentarios del paciente.

Finalmente, la alianza terapéutica es la base de todo el trabajo terapéutico, puesto que implica un vínculo de confianza y seguridad del paciente hacia el terapeuta; dicha alianza es uno de los principales componentes de cambio en el paciente.

3.5.1.3 División de las Psicoterapias Psicodinámicas

De acuerdo con las técnicas empleadas por este tipo de Psicoterapia, se plantea su división en (Velasco, 2011):

- *Psicoterapia expresiva*: como su nombre lo indica, tiene como finalidad la expresión de conflictos, sentimientos y pensamientos, usando la interpretación en forma predominante, aunque también se recurre a menudo a otras intervenciones como terapéuticas como la confrontación y clarificación, que en el tratamiento psicoanalítico clásico sólo se

emplean como elementos preliminares en apoyo del procedimiento básico que es la interpretación...en términos de Luborsky (1984) se divide en cuatro fases: escuchar-entender-responder-escuchar.

- *Psicoterapia de apoyo*: existe una actividad directiva que toma partido por diferentes aspectos de la realidad externa. Por lo tanto, se trabaja mucho con base en el papel de la autoridad y dirección del terapeuta.

Tanto las bases teóricas, como las técnicas empleadas por el enfoque Psicodinámico, tienen la finalidad de aumentar el insight por parte del paciente.

Por insight se entiende la experiencia vivencial (interna y profunda) que logra el paciente mediante el análisis interpretativo, en el <<aquí y ahora>> de la situación psicoterapéutica. (No obstante, debe aclararse que muchos insights se logran fuera de la sesión de psicoterapia, pero esto no invalida lo antes dicho, ya que es su consecuencia). De esta forma el paciente logra conocer mejor su propia vida interior y sus motivaciones, pero a nivel fundamentalmente vivencial (no racional; esto es secundario) El aumento del insight en el paciente es la aspiración básica de toda psicoterapia dinámica, lo cual trae aparejado un aumento del bienestar personal y un fortalecimiento del Yo (Portuondo y Tamames, 1979).

3.5.2 Psicoterapia Gestalt

3.5.2.1 Antecedentes

La Psicología de la Gestalt nace en 1912 a partir de los desarrollos teóricos y la fundación de la Escuela de Berlín de psicología Gestalt por parte de Max Wertheimer, Wolfgang Köhler y Kurt Koffka, para quienes la percepción desempeñaba un papel central pues abarcaba las interrelaciones entre la forma del objeto y los procesos del perceptor (Fogan y Shepherd, 2008).

Entre las aportaciones de Wertheimer se encuentra la ley de la proximidad, la cual indica que los elementos que se encuentran más cercanos entre sí tienden a percibirse juntos. El trabajo de Köhler resultó en el desarrollo de la teoría del

aprendizaje por discernimiento o "insight", la cual, aplicada específicamente a la psicoterapia, consiste en que la persona aprenda reviviendo, volviendo a sentir lo vivido (Castanedo, et al., 2000). En relación a Koffka, la ley de pregnancia es una de sus mayores aportaciones, ésta indica que "la organización psicológica será siempre tan excelente como las condiciones dominantes lo permitan" (Katz, 1945, cit. en Castanedo, et al., 2000).

En conjunto, la Escuela de Berlín realizó un trabajo revolucionario al identificar la percepción como un proceso holístico (Woldt y Toman, 2007), concepto que ha sido otra de sus principales contribuciones a la Terapia Gestalt. El holismo considera a la experiencia como una organización de procesos activos, el cual está orientado hacia el funcionamiento mutuo (mutualidad) entre los individuos en un contexto inmediato (Castanedo, et al., 2000).

Lo anterior demuestra que las percepciones son mucho más que simples sensaciones aisladas, de tal forma que la teoría de la Gestalt se basa en el "todo". Por consiguiente, los estímulos que el organismo percibe los procesa y responde ante ellos de manera integrada, considerándose esta respuesta como una Gestalt. Todos los procesos integradores del sistema nervioso se producen en patrones o gestalten (Esquivel, et al., 2007).

No obstante, el desarrollo de la Psicoterapia Gestalt necesitaba más que una teoría de la percepción para lograr su consolidación, por lo que también se nutrió de todas las líneas principales de desarrollo teórico en las que se dividió el movimiento psicoanalítico original (Fogan y Shepherd, 2008). De esta forma, Frederick Perls, principal fundador de la terapia Gestalt, partió de sus fundamentos para desarrollar sus propias teorías.

Perls estudió Psicoanálisis pero al mismo tiempo difirió de muchos de sus planteamientos fundamentales, entre ellos el papel de la etapa anal como origen de las resistencias del individuo, por lo que en su primera obra, publicada en 1947, llamada *Ego, hambre y agresión* planteó su interés en las resistencias orales y su propia teoría sobre la agresión dental en el niño (Woldt y Toman, 2007), hecho que marcó su separación definitiva del Psicoanálisis.

La Filosofía también dejó una huella importante en el pensamiento de Frederick Perls, y por tanto en la Terapia Gestalt, pues como lo menciona Laura Perls, otra de las principales fundadoras de esta terapia, "los componentes básicos de la Terapia Gestalt son ante todo filosóficos y estéticos. La Terapia Gestalt es un enfoque fenomenológico/existencial y como tal es experiencia y experimental" (Perls, L., 1992, cit. en Woldt y Toman, 2007).

Siguiendo esta línea Martín Buber aportó los conceptos de presencia, autenticidad, diálogo e inclusión mencionados en su libro *Yo y Tú*, a partir de los cuales se afirma, que no podemos conocer la "realidad" por sí misma sino sólo la parte que podemos experimentar en el aquí y el ahora. En otras palabras, la experiencia de contacto y retiro en la interacción con el ambiente...La relación es el lugar en donde el "yo" y el "tú" se encuentran frente a una nueva "verdad", una configuración momentánea de la armonía que permite que surjan otras figuras (Woldt y Toman, 2007).

Así mismo, el existencialismo, que nació como una necesidad del ser humano para sentir su existencia presente, dio la base filosófica a la psicoterapia Gestalt, siendo uno de sus principios el determinar cómo el hombre experimenta su existencia inmediata. Igualmente retoma el concepto de que el individuo tiene que hacerse responsable de su propia existencia (Castanedo, et al., 2000).

Por consiguiente, durante la década de los cuarenta era requisito indispensable entre los intelectuales tener un amplio conocimiento del pensamiento oriental, el cual tuvo una evidente influencia en la Terapia Gestalt (Woldt y Toman, 2007). La disciplina Zen contribuyó con su énfasis hacia el tiempo presente, ya que la disposición a vivir en el momento actual es inseparable de la apertura a la experiencia; de la confianza en los procesos de realidad, de la discriminación entre la realidad y la fantasía; de la renuncia al control y la aceptación de la frustración potencial; de una concepción hedonista y la conciencia de la muerte futura (Fogan y Shepherd, 2008).

3.5.2.2 Fundamentos teóricos

La Psicoterapia Gestalt se define como un enfoque psicoterapéutico centrado en el momento existencial que vive la persona, en el aquí y el ahora, su presente. Uno de los requisitos en su aplicación terapéutica reside en que el individuo tome conciencia o se dé cuenta de lo que está pasando momento a momento dentro de sí mismo y a su alrededor (Castanedo, et al., 2000).

Para la terapia Gestalt el individuo entra constantemente en contacto con el ambiente que lo rodea, pero a su vez también se retira de él, lo cual es sinónimo de la vida misma. Por tales motivos, en este trabajo retomaremos los cinco planteamientos teóricos básicos planteados por Spagnuolo (en Woldt y Toman, 2007). Estos son:

-El campo organismo/ambiente: es el campo en el que las personas y el ambiente interactúan mutuamente (Castanedo, et al., 2000). En palabras de Perls (1973, cit. en Castanedo et al. 2000): "El individuo es inevitablemente, en cada momento, una parte de algún campo. Su conducta es función del campo total que incluye ambos; él y su ambiente. La naturaleza de la interrelación entre él y su ambiente determina su conducta... El ambiente no crea al individuo, tampoco el individuo crea el ambiente... El ambiente y el organismo mantienen una relación de mutualidad uno con otro". En pocas palabras el campo es un proceso, por lo que está en constante cambio.

-El Self: es el medio por el cual el individuo hace contacto con el ambiente. Tiene tres funciones, las cuales se entienden como capacidades de la persona para relacionarse con el mundo: el Ello es el fondo de la experiencia, lo que está "dentro de la piel"; la Personalidad es la asimilación de contactos anteriores; el Yo es el motor que mueve las otras dos funciones y elige lo que le pertenece y aquello de lo que se enajena (Woldt y Toman, 2007)

-La experiencia de contacto y el retroceso del contacto: el contacto es, por ejemplo, una actividad constante del Self (el Self está continuamente en contacto con el ambiente), pero también es una experiencia significativa capaz de cambiar el anterior ajuste del Self (Woldt y Toman, 2007).

El Self responde a necesidades, excitaciones internas o externas, y es una función del Ello distinguir si se tiene suficiente confianza en el ambiente, así como plenitud interna para satisfacer dichas necesidades. Las dos experiencias están inter-conectadas: cuanto más se experimenta la capacidad de confiar en el ambiente, tanto más se advierte la plenitud interna, como resultado de relajación de las angustias o de los deseos fisiológicos. Y viceversa: cuanto más se advierte la seguridad interna es más posible y funcional entregarse al mundo (Woldt y Toman, 2007).

En este punto entra la función de la Personalidad, ya que responde a lo que el Self ha asimilado, se relaciona con el papel social que decidimos jugar, con la asimilación de los contactos anteriores y con los ajustes creativos que vamos haciendo para adaptarnos al crecimiento y al desarrollo (Woldt y Toman, 2007). En seguida hace su aparición el Yo para identificarse o diferenciarse con partes del campo de experiencia.

-Los trastornos del funcionamiento del Self: el término resistencia dentro de la terapia Gestalt se refiere a los ajustes creativos que realiza el individuo como una forma de contrarrestar situaciones o eventos difíciles; éstos tienen como consecuencia interrumpir el contacto espontáneo con el ambiente. Spagnuolo (en Woldt y Toman, 2007) define espontáneo como "estar presente en la frontera de contacto, tener plena conciencia de uno mismo y usar plenamente todos los sentidos". Las formas de resistencia son:

- Introyección: el individuo antepone una regla o una definición prematura (Woldt y Toman, 2007), lo que le permite contar con una identidad, aunque ésta no sea la que le corresponde. Evita por consecuencia el contacto consigo mismo (Castanedo, et al., 2000).
- Proyección: el desarrollo de la excitación se interrumpe al no reconocerla como propia o atribuyéndosela al ambiente (Woldt y Toman, 2007).
- Retroflexión: se hace a sí mismo lo que desearía hacer a los demás (Castanedo, et al., 2000). En otras palabras, el desarrollo de la excitación se interrumpe al volver la energía hacia dentro y no hacia el ambiente (Woldt y Toman, 2007).

- **Deflexión:** predomina la evitación del contacto con los otros, por temor a perder un día ese afecto que le dejará entonces sin apoyo (Castanedo, et al., 2000)
- **Confluencia:** no se genera el proceso de diferenciación entre el organismo y el ambiente (Woldt y Toman, 2007); la persona tiende a depender excesivamente de otros (Castanedo, et al., 2000).

-*La finalidad de la psicoterapia:* su tarea es restablecer la espontaneidad del darse cuenta (que es distinto de la conciencia) (Woldt y Toman, 2007). En psicoterapia el darse cuenta interno está dirigido a las resistencias, bloqueos, conflictos, temores o sufrimientos. El darse cuenta externo se enfoca en lo que siente el cuerpo, su movimiento y el medio en sí mismo, las acciones externas y los conflictos (Castanedo, et al., 2000). Krishnamurti (1984, cit. en Castanedo, et al., 2000) dice que su más alta función es lograr un individuo integrado, que sea capaz de enfrentar la vida como una **totalidad**.

3.5.2.3 Metodología

La metodología terapéutica es un conjunto de principios y procedimientos que guían nuestros pasos. Se trata del puente entre la teoría abstracta y la psicoterapia real. Proporciona los fundamentos teóricos y operativos del trabajo terapéutico (Melnick, cit. en Woldt y Toman, 2007). En Terapia Gestalt, la base de su metodología es que el terapeuta debe favorecer un encuentro auténtico con el paciente, al mismo tiempo que verifica las reacciones y organización de este último en dicho campo.

Para Melnick (en Woldt y Toman, 2007), los seis componentes metodológicos básicos de la terapia Gestalt son:

-*El ciclo de la experiencia:* el ciclo comienza con la sensación (ver, escuchar, sentir) y con la forma en que está organizada dentro del campo creciente de lo que hay y de lo que se necesita, esto provoca un aumento de energía. La necesidad que emerge de la información sensorial se vuelve más clara: alcanzar algo o retirarse, hablar o callar, etc. La energía en su punto más alto nos lleva al contacto con el ambiente. El contacto nos proporciona la

satisfacción de la necesidad. La asimilación de la acción y el posterior retiro completan el ciclo (Woldt y Toman, 2007).

La anterior descripción corresponde a un encuentro ideal entre el individuo y su ambiente, a un campo determinado. Dicho proceso rara vez se desarrolla de tal forma, pues se ve alterado por desviaciones o resistencias, las cuales, de acuerdo con el principio de pregnancia, permiten al individuo hacer lo mejor que puede con los recursos que tiene disponibles en ese momento.

Tanto el ciclo de la experiencia como las desviaciones o resistencias se hacen presentes dentro de la Terapia Gestalt y son el principal objetivo del terapeuta, ya que le permiten identificar los elementos a trabajar con el paciente.

-El aquí y el ahora: una idea básica de la Terapia Gestalt es que el presente abarca el pasado y tiene una gran influencia sobre el futuro. Todo lo que hemos aprendido, todo lo que hemos experimentado está contenido en el momento presente. La tarea del terapeuta Gestalt es conducir la sesión con la información que se manifiesta en el aquí y el ahora (Woldt y Toman, 2007).

Tal y como lo mencionan Fogan y Shepherd (2008) "el pasado y el futuro no constituyen <<objetos puros>> por ser de la índole de lo imaginario; también debe evitárselos porque permanecer en ellos implica una pérdida de la libertad: la ilusión nos tiende una trampa con su recurrencia". Más adelante, continúan mencionando que "en el fondo, lo que más ansiamos es vivir el momento, y por ende las desviaciones con respecto al presente tienen el carácter de una evitación o de un sacrificio compulsivo, más que el de alternativas aleatorias"

-La teoría paradójica del cambio: Woldt y Toman (2007) manifiestan que "el trasfondo de la vida lo constituyen sus procesos, y si necesitamos cambiar algo que no funciona bien tenemos que convertirlos en objetos del darse cuenta y conocerlos a detalle; solamente de esta forma se puede producir un cambio". Al darse cuenta como antecedente del cambio se le denomina principio paradójico del cambio.

-El experimento: es un método de enseñanza que crea una experiencia para que el paciente pueda aprender algo y avanzar un paso más hacia su

crecimiento. El experimento nos ayuda a transformar el pensamiento en acción (Zinker, 1977, cit. en Woldt y Toman, 2007). En este caso, la función del terapeuta es crear las condiciones para que el paciente se experimente a sí mismo y llegue a sus propios resultados, tomando como base la incertidumbre que se produce por las desviaciones o resistencias.

-El encuentro auténtico: es en este punto donde la relación Yo-Tú de Buber cobra gran significado, ya que para él la comunicación no está en una de las dos personas, ni tampoco en las dos juntas, sino que se da en el diálogo en sí mismo, en ese "entre" tú y yo que vivimos juntos (Buber, 1967, cit. en Castanedo, et al., 2000).

A su vez, la actitud auténtica implica la responsabilidad del terapeuta de estar atento de los asuntos potenciales y reales de la contratransferencia. La contratransferencia tiene que ver con los sentimientos que se generan en el terapeuta como fruto del trabajo terapéutico, y no siempre son útiles para el crecimiento del paciente (Melnick, 2003, cit. en Woldt y Toman, 2007).

-El diagnóstico orientado al proceso: el diagnóstico es considerado como un proceso continuo de exploración entre el paciente y el terapeuta (Woldt y Toman, 2007). Ambos tienen la tarea de evaluar la información que surge dentro del ciclo de la experiencia, ya sean fortalezas o resistencias, para poder identificar los objetivos del proceso

A modo de integración, cabe recalcar que el terapeuta gestalt asigna mayor valor a la acción que a las palabras, a la experiencia que a los pensamientos, al viviente proceso de la interacción terapéutica y al cambio interno generado por él, más que a la posibilidad de influir en las creencias (Fogan y Shepherd, 2008).

3.5.3 Conclusiones

El bienestar del individuo es la meta principal tanto para la psicoterapia Psicodinámica como para la psicoterapia Gestalt. Si bien, cada una de ellas tiene sus propios alcances y limitaciones, referentes a su teoría y metodología,

Velasco (2011) refiere que “cada interacción es única y diferente debido a las características particulares de cada uno de los pacientes y el terapeuta”.

Por un lado, y de manera general, el enfoque Psicodinámico se distingue de otras terapias por la búsqueda de un cambio más profundo que el sintomático o conductual, y que pretende la resolución de conflictos y la modificación de estructuras intrapsíquicas más allá de la simple desaparición de los síntomas (Velasco, 2011).

En el caso de la psicoterapia Gestalt, lo que se busca es el “darse cuenta”, que resulta de un estado de consciencia que se desarrolla espontáneamente cuando la atención orgánica se enfoca sobre alguna zona particular de los límites de contacto entre el organismo y su medio ambiente (Portuondo y Tamames, 1979).

Mientras que en el enfoque Psicodinámico se realizan interpretaciones y se apela, mayoritariamente, al pasado; en la Gestalt se intenta estimular al paciente para que tome consciencia de los fenómenos que en él ocurren y se atiende al pasado con la finalidad de traerlo al presente como “un asunto sin terminar, que debe ser vivido y terminado en el aquí y ahora” (Portuondo y Tamames, 1979).

Otro aspecto distinto es la introspección. Para lo Psicodinámico representa uno de los principales recursos que posee el paciente para lograr su autoconocimiento; en cambio la Gestalt lo considera un acto forzado que no permite descubrir nada nuevo, más que reordenar y recomponer el pasado recordado verbalmente (Fogan y Shepherd, 2008).

Con estas diferencias básicas, pretendo concluir que cada psicoterapia presenta sus propios alcances y limitaciones generales; pero, al mismo tiempo, cada aspecto muestra sus verdaderas proporciones, tanto negativas como positivas a medida que es puesto en práctica con un paciente determinado y la problemática que le es propia, lo cual sobrepasa lo estipulado teóricamente.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS DENTRO DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL “APOYO A LA MUJER Y AL PÚBLICO EN GENERAL”

4.1 Participación en el área de prevención mediante la realización de talleres

Durante mi Servicio Social realicé dos talleres, los temas que elegí se basaron en las problemáticas más frecuentes que percibí como coterapeuta. En cada uno de ellos:

1. Desarrolle un marco teórico.
2. Diseñe la carta descriptiva de las actividades a realizar en el taller.
3. Elaboré y repartí la publicidad (carteles, volantes) necesaria para la difusión del taller.
4. Preparé el material a utilizar en el taller.

En cada actividad fui asesorada y retroalimentada por dos psicólogas de la Fundación, con enfoques Psicodinámico y Gestalt, respectivamente.

Cada taller era de una sola sesión, la cual se impartía en dos ocasiones, con duración de 3 horas y para poder ser aprobado como una actividad cumplida dentro de los requerimientos del programa Servicio Social, debía contar con al menos 7 participantes.

4.1.1 Taller: “Elegiendo a mi pareja: el inicio de una relación sana”

- Justificación:

Las relaciones de pareja son uno de los principales vínculos amorosos que establece el ser humano. El ideal es que dentro de ellas cada persona logre satisfacer sus necesidades afectivas, que impere el respeto y la libertad a favor de un desarrollo personal positivo, que se mantenga la individualidad pero que exista reciprocidad en el dar y recibir de sus integrantes; sin embargo lograr tales objetivos resulta complicado.

En contraste, es más frecuente que las personas mencionen la poca suerte que han tenido en el amor, las malas parejas que han encontrado o él como éstas siempre resultan tener el mismo defecto. En teoría esta situación resulta muy común, lo que cambia es la gravedad de los patrones que se tienden a

repetir a la hora de elegir pareja; estos pueden ir desde estar siempre con personas que resultan infieles, con falta de capacidad para comprometerse y, en los casos más graves, estar con parejas que ejercen violencia de cualquier tipo dentro de la relación.

El motivo de tal repetición de patrones es el desconocimiento que los individuos tienen acerca de su propia identidad, de los factores que han influido a lo largo de su historia de vida para su formación; en consecuencia actúan de forma automática, colocándose en relaciones donde sólo confirman creencias que ya tenían arraigadas.

Es por ello que es importante estudiar este vínculo afectivo, pues sólo a través de su análisis se podrán explorar aquellos mecanismos que utilizan las personas para ser amadas, reconocidas, valoradas, y en qué medida sus comportamientos y actitudes favorecen su desarrollo humano o lo obstaculizan, permiten la comunicación o la entorpecen, las hace sentirse felices o, por el contrario, desgraciadas (Sanz, 2008).

El dar pauta para que las personas inicien un cuestionamiento de estos aspectos les permitirá ser conscientes de qué es lo que verdaderamente buscan en una pareja, y en base a ello hacer una elección más racional, cuya finalidad sea la consolidación de una relación sana y satisfactoria, así como una reducción de la violencia en cualquiera de sus modalidades, insatisfacción, dependencia emocional, pérdida de identidad y libertad, autoanulación, dominio o sumisión. El marco teórico que sustenta este trabajo ya fue presentado en el apartado 3.3.

- Objetivos

Los objetivos del taller fueron los siguientes:

Objetivos Generales:

- Que los participantes identifiquen aquellos factores de su historia de vida que han intervenido para formar su propio concepto de pareja y, que al mismo tiempo, han guiado su elección de la misma.

Objetivos Específicos:

-Señalar la influencia que tiene la familia en la conceptualización que se forma acerca de las relaciones de pareja.

-Analizar aquellos factores negativos que intervienen en la elección de pareja.

-Fomentar el autoconocimiento, a favor de crear expectativas y satisfacción de necesidades realistas y funcionales en la elección de pareja.

- Incitar a la aplicación de lo aprendido, a su integración en la vida diaria a favor de un mejor desarrollo personal.

"Elijiendo a mi pareja: el inicio de una relación sana"					
Duración: 2:45 min					
*Se cuentan con 15 min. de margen de tiempo					
TEMA	OBJETIVO	DINÁMICA	CONTENIDO	MATERIAL	TIEMPO
Bienvenida y presentación	Que los participantes comiencen a conocerse entre sí para favorecer un ambiente de confianza y cordialidad.	"Quiero conocerte"	La facilitadora se presentará y dará la bienvenida al taller, después señalará a alguien y le preguntará su nombre y algo más que desee saber sobre esa persona, ésta última realizará lo mismo con otro participante y así sucesivamente hasta que todo el grupo se haya presentado.		10 min.
Introducción	Conocer las expectativas de los participantes, de igual forma dar una descripción y perspectiva general del taller	Exposición Teórica	La facilitadora incitará a los participantes para que expongan cuáles son sus expectativas respecto al taller; en base a ello dará una descripción del mismo e iniciará abordando que es la elección de pareja y los factores que intervienen en ella.	Computadora, pantalla, proyector y presentación en Power Point	15 min.
Primeros vínculos	Señalar la influencia que tiene la familia en la formación del concepto de pareja y la manera de vivir las relaciones amorosas de cada persona.	"Mis padres, mi pareja y yo"	Se proporcionará a cada participante una hoja con preguntas (Anexo 1) que se relacionan con ellos mismos, sus padres y su pareja; se les pedirá que por cada casilla visualicen y reflexionen acerca de la persona a la que hace referencia y contesten el apartado en cuestión, una vez que hayan terminado doblarán la hoja y continuarán con el siguiente apartado, así sucesivamente hasta terminar todas las casillas. Una vez terminado, la facilitadora pedirá que desdoble la hoja y analicen sus respuestas, si alguien desee compartir su experiencia se le permitirá. Posteriormente dará retroalimentación.	Hojas con preguntas para cada participante (Anexo 1), lápices/plumas, proyector, pantalla, computadora y presentación en Power point	25 min.

Guión de Vida	Tomar conciencia del guión de vida, explorando aquellas fantasías que se han elaborado en torno a la elección de pareja.	"Mi historia de amor favorita"	<p>Se les pedirá a los participantes que formen parejas y recuerden cuál era la historia de amor sobre la que fantaseaban durante su infancia y adolescencia, cómo eran los personajes con cuáles se identificaban, por turnos cada uno se lo contará a su pareja, la cual tendrá libertad para preguntar datos sobre la historia. Una vez que terminen la facilitadora les pedirá que reflexionen si estas historias tienen similitudes o diferencias con la realidad que han vivido en sus relaciones amorosas, lo cual también será comentado en parejas.</p> <p>Concluido esto, los participantes pueden compartir su experiencia al resto del grupo.</p> <p>La facilitadora dará retroalimentación.</p>	Proyector, pantalla, computadora y presentación en Power point	40 min.
RECESO 10 MIN					
Espacio Personal	Comprender las dinámicas de las relaciones que sostienen o han sostenido los participantes.	"Formando mi espacio personal"	<p>La facilitadora explicara brevemente que es el espacio personal y cual su función. A continuación a cada participante se le proporcionarán 2 círculos diferentes (Anexo 2). Primero se ocupará uno, explicándoles que es una representación simbólica de sí mismos, se les pedirá que dentro de él escriban todo lo que consideren que es importante para ellos y que al mismo tiempo los define como personas, pueden decorarlo si así lo desean. Una vez que terminen la facilitadora les cuestionará acerca de qué elementos que escribieron están dispuestos a compartir o modificar dentro de una relación de pareja, estos deberán ser encerrados en un círculo con pluma o lápiz. Posteriormente se les pedirá que tomen el otro, este representará a la pareja con quien desean estar, se les pedirá que unan ambos círculos como prefieran.</p> <p>Se dará retroalimentación y, si así lo desean, los participantes compartirán experiencias.</p>	Círculos elaborados con hojas de papel por cada participante (Anexo 2), plumas, lápices, crayolas, colores, cinta adhesiva. Proyector, pantalla, computadora y presentación en Power point	30 min.

Elección de pareja	Que los participantes reflexionen acerca de la importancia de mantener una relación satisfactoria consigo mismos.	"Buscando a la persona indicada"	<p>Se le brindará a cada participante una etiqueta en la que anotarán 2 cosas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Qué rol desempeña como persona. 2.- Qué rol desempeña como pareja. <p>Una vez terminado se lo colocarán en el pecho y se pondrán de pie, caminarán por el salón observando las etiquetas de los demás y escogerán la que más les guste, cada uno tiene la libertad de decidir si se queda con la persona que lo eligió o no, en el primer caso una vez establecida la pareja dialogarán de los motivos que los llevaron a unirse, en caso contrario solo seguirán buscando a alguien más.</p> <p>Una vez concluido el ejercicio, si alguien desea compartir su experiencia se le permitirá.</p> <p>Posteriormente la facilitadora dará retroalimentación.</p>	Etiquetas para cada participante, lápices/plumas, proyector, pantalla, computadora y presentación en Power point.	20 min.
Cierre de sesión y evaluación.	Llegar a conclusiones personales sobre lo visto en el taller.	Participativa	<p>La facilitadora pedirá a los participantes que expresen lo aprendido en el taller y al final ella también compartirá su experiencia.</p> <p>Posteriormente se repartirán separadores (Anexo 3)</p>	Separador (Anexo 3) por participante.	15 min.

"Elijiendo a mi pareja: el inicio de una relación sana"					
RESULTADOS					
Núm. de sesiones	Asistentes	Temas principales	Objetivos alcanzados	Retroalimentación	Sugerencias
2 sesiones (misma sesión repetida en dos fechas distintas)	<p>-PRIMER SESIÓN: *12 mujeres de entre 14 y 50 años. *2 hombres de 25 y 52 años respectivamente.</p> <p>-SEGUNDA SESIÓN: *16 mujeres de entre 21 y 54 años. *1 hombre de 25 años.</p>	<p>-Primeros vínculos</p> <p>-Guión de vida</p> <p>-Espacio Personal</p> <p>-Modelos de vinculación</p>	<p>-Se identificó la importancia que tiene la familia en la formación del concepto de pareja y la forma de vincularse de cada individuo.</p> <p>-Se exploraron fantasías y expectativas referentes al ideal de pareja que tiene cada persona, así como la función de las mismas.</p> <p>-Se incluyó a los participantes al auto-conocimiento como forma de mantener una relación sana consigo mismos y posteriormente con una pareja.</p> <p>-Se enfatizó que elección de pareja, la mayoría de las veces, se da de forma inconsciente, hacerlo consciente lleva a un crecimiento personal.</p>	<p>-Al final de las sesiones los participantes expresaron haber comprendido mejor el porqué de la forma en que se han relacionado en pareja.</p> <p>-Comentaron la importancia y el agrado de los temas vistos en el taller, pues les permitieron adquirir una visión diferente de la elección de pareja.</p>	<p>-Alargar el tiempo del taller.</p> <p>-Ampliar más los temas</p> <p>-Atención más personalizada para cada participante</p> <p>-Una segunda parte del taller o continuar impartiendo lo.</p>

4.1.2 Taller: "Cerrando ciclos, aprendiendo de mi pasado"

- Justificación:

La vida, en sí misma, lleva como compañeros irremplazables al cambio, el sufrimiento, las pérdidas e incluso la muerte, los cuales se equiparan a aspectos negativos y, por tanto, se buscan evitar, disminuir o desaparecer con la sola finalidad de "vivir plenamente"; rara vez son percibidos como otra de las partes que integran la vida y que al igual que los éxitos, las alegrías o el cumplimiento de metas, favorecen el desarrollo de cada individuo.

Como consecuencia de ello, se le resta importancia a la necesidad de hacer cierres de ciclos ante cambios importantes en la vida, sean positivos y sobre todo negativos, lo cual lleva implícito un proceso de duelo, que en conjunto, permite a la persona beneficiarse de sus experiencias de vida.

De interrumpir o no elaborar dichos procesos, de acuerdo a los recursos internos y necesidades de cada persona, se estarán minimizando o negando aquellos sentimientos que los acompañan y que la mayoría de las veces son dolor, culpa, ansiedad, depresión, enojo y soledad, y que en sí mismos son negativos y perjudiciales para los individuos si no saben manejar.

Sin embargo, los efectos pueden ir más allá, ya que la tensión que se acumula en un duelo fallido, incompleto, puede conducir a enfermedades físicas serías, horas pérdidas en el empleo, angustia mental e incluso la muerte (O' Connor, 2007), volviéndose un duelo patológico que en lugar de ser un periodo normal de reajuste a nuevas condiciones de vida, se vuelve perjudicial para el bienestar de la persona.

Por lo anterior, es importante brindar las bases necesarias para que las personas enfrenten exitosamente los cambios, pues esto les permite alcanzar un nivel más alto de crecimiento, sensibilidad y comprensión de sí mismos y de otros; todo ello basándose en una concepción diferente del dolor y las pérdidas a las que se enfrentan cotidianamente, movilizandolos sus recursos internos, hasta llegar a la aceptación y reestructuración de su persona y sus nuevas circunstancias de vida (el marco teórico que sustenta este trabajo ya fue presentado en el apartado 3.4).

- **Objetivos**

Los objetivos del taller fueron:

Objetivos Generales:

- Que los participantes comiencen a elaborar aquellos duelos que han dejado pendientes en su vida y que les impiden situarse plenamente en su presente.

Objetivos Específicos:

-Reconocer y comprender aquellos sentimientos y pensamientos, positivos o negativos, consecuencia de pérdidas o cambios, como primer paso para sanar heridas emocionales.

-Aprender a decir adiós, a dejar ir, para poder vivir de forma más plena.

- Orientar a los participantes hacia su vida y situación actual, en lugar de su pérdida.

- Incitar a la aplicación de lo aprendido, a su integración en la vida diaria a favor de un mejor desarrollo personal.

"Cerrando ciclos, aprendiendo de mi pasado"					
Duración: 2:50 min					
*Se cuentan con 10 min. de margen de tiempo					
TEMA	OBJETIVO	DINÁMICA	CONTENIDO	MATERIAL	TIEMPO
Bienvenida y presentación	Que los participantes comiencen a conocerse entre sí para favorecer un ambiente de confianza y cordialidad.	"Te invito un dulce"	Al entrar al salón se les ofrecerá a los participantes una charola con dulces, podrán tomar los que gusten. Una vez que el grupo esté integrado se les pedirá que se presenten, dependiendo del número de dulces que hayan tomado será la cantidad de aspectos que compartirán de sí mismos con el grupo.	Charola y dulces	10 min.
Introducción	Brindar a los participantes una visión general de lo que significa el duelo y el cierre de ciclos, abordándolos como aspectos positivos y normales de la vida.	Exposición teórica y debate	La facilitadora comenzará a abordar el tema, para ello abrirá el debate respecto a: -¿Qué es el cambio? -¿Qué lugar ocupa en nuestras vidas? En base a ello se incitará a los participantes a ver la vida como un proceso que lleva implícito el cambio, crisis, pérdidas e incluso la muerte. Igualmente, se explicará que es el duelo, así como el significado y beneficios de cerrar ciclos.	Computadora, pantalla, proyector y presentación en Power Point.	10 min.
Reconocimiento y ubicación de la pérdida	Favorecer el reconocimiento y la toma de contacto de los participantes con aquello que desean cerrar.	"Aceptando la realidad de la pérdida"	La facilitadora explicará la importancia de empezar a ubicar aquello que se desea cerrar como un aspecto del pasado, así como las consecuencias de negarlo. Complementariamente proporcionará a cada participante un cuestionario (Anexo 6), el cual permitirá la reflexión individual respecto a aquello que se desea cerrar. Una vez que se haya contestado se invitará a los participantes a compartir su experiencia y se dará retroalimentación, para ello se hará uso de la presentación de Power Point en la cual estarán los puntos centrales del tema.	Computadora, pantalla, proyector, presentación de Power Point, cuestionario para cada participante (Anexo 6), lápices.	30 min.

Autosustentación	Que los participantes comiencen a asumirse a sí mismos como la principal fuente para satisfacer sus necesidades, al mismo tiempo que reconozcan los recursos con los que cuentan.	"El árbol de mi vida"	<p>La facilitadora pedirá a los participantes que dibujen un árbol (raíces, tronco, fronda), explicará que este será una representación personal. Una vez terminado, pedirá que en cada parte del árbol escriban lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Raíces: aquello que consideran que es la base de lo que son ahora (personas, valores, lugares, situaciones). -Tronco: se describirán brevemente. -Fronda: aquellos logros que han conseguido. <p>Por último, describirán a ese árbol con una sola palabra. A continuación, la facilitadora favorecerá la reflexión de la actividad, haciendo énfasis en que el árbol simboliza los diferentes ciclos por los que pasa cada persona y el valor que tiene para cada participante el comenzar a reconocerlos para aprovecharlos en el presente. Los participantes podrán compartir sus experiencias. Se dará retroalimentación.</p>	Hojas blancas, lápices, colores, computadora, pantalla, proyector y presentación en Power Point.	40 min.
RECESO 10 MIN					
Visualizar el futuro	Centrar a los participantes en sus metas a futuro, orientarlos hacia su vida en lugar que hacia sus pérdidas.	¿Qué será diferente?	<p>La facilitadora pedirá a los participantes que formen parejas. Una vez conformadas comentarán cuales son las metas o planes que tienen a futuro, pero centrándose en aquello que será diferente una vez que hayan cerrado un ciclo, para ellos tomarán en cuenta las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -¿Hacia dónde quiero ir, qué deseo realizar, que implica el comienzo de un nuevo ciclo? -¿Qué será diferente en mi vida cuando haya cerrado el ciclo? <p>Los participantes compartirán sus experiencias con el resto del grupo y la facilitadora dará retroalimentación, basándose en la presentación de Power Point puntualizará sobre algunos aspectos a debatir.</p>	Computadora, pantalla, proyector y presentación en Power Point	20 min.

Cerrando ciclos	Que los participantes contacten con aquellos sentimientos y pensamientos que surgen al cerrar ciclos, así mismo que se cuestionen si están listos para dejar ir aquello que desean cerrar.	"Dejar ir"	La facilitadora proporcionará a cada participante una moneda que simbolizará aquello que desean cerrar, mediante imaginación guiada los llevará a un estado óptimo de relajación, los invitará a reflexionar sobre aquello con lo que desean quedarse y lo que desean dejar ir y si están preparados para ello, así como las emociones y pensamientos que ello implica. Si están preparados dejarán caer la moneda, en caso contrario la seguirán manteniendo en sus manos. Los participantes compartirán sus experiencias y se dará retroalimentación	Monedas de chocolate por participante, computadora, proyector, pantalla, presentación en Power Point	40 min.
Cierre de sesión y evaluación	Llegar a conclusiones personales sobre lo visto en el taller.	Participativa	La facilitadora pedirá a los participantes que expresen lo aprendido en el taller y al final ella también compartirá su experiencia. Posteriormente se repartirá un separador por participante (Anexo 7)	Separador por participante (Anexo 7)	10 min

"Cerrando ciclos, aprendiendo de mi pasado"

RESULTADOS

Núm. de sesiones	Asistentes	Temas principales	Objetivos alcanzados	Retroalimentación	Sugerencias
2 sesiones (misma sesión repetida en dos fechas distintas)	<p>PRIMER SESIÓN: *13 mujeres de entre 25 y 60 años</p> <p>SEGUNDA SESIÓN: *13 mujeres de entre 22 y 55 años *1 hombre de 54 años</p>	<p>-El duelo</p> <p>-Reconocimiento y ubicación de la pérdida</p> <p>-Autosustentación</p> <p>-Visualización del futuro</p> <p>-Cierre de Ciclos</p>	<p>-Los participantes identificaron aquellos duelos pendientes que tenían en su vida.</p> <p>-Comenzaron a contactar con aquellos sentimientos que les producen sus diversos ciclos inconclusos.</p> <p>-Identificaron aquellos recursos personales que tienen para poder cerrar ciclos.</p> <p>-Reflexionaron sobre aquello que será diferente en sus vidas una vez que cierren ciclos; se enfocaron al futuro y no a la pérdida.</p> <p>-Se favoreció el debate para que los participantes se enriquecieran con las experiencias de todos los integrantes del taller.</p>	<p>-Los participantes comentaron haber descubierto duelos que tenían pendientes, de los cuales no se habían percatado.</p> <p>-Reflexionaron sobre la importancia de tener una perspectiva más amplia en cuanto a las pérdidas a las que se enfrentan en su vida, al cambio y la relevancia de dejar ir.</p>	<p>-Aumentar las sesiones del taller para poder profundizar más en el tema.</p> <p>-Atención más personalizada para responder sus dudas.</p>

• Resultados

4.1.3 Conclusiones.

De acuerdo con lo experimentado en las sesiones de ambos talleres, la realización de los mismos cumplió con los fines preventivos a los que estaban destinados. No obstante, el nivel de prevención manejado no dependió en absoluto de mi papel como facilitadora del taller; éste fue mediado por las circunstancias personales de cada participante, puesto que algunos ya estaban inmersos en los temas tratados, mientras que otros sólo acudían para tener información al respecto.

Personalmente, los talleres me brindaron la oportunidad de ampliar mis conocimientos alrededor de estos temas, así como poner en juego mi creatividad para poder transmitirlos.

4.2 Participación en el área de atención psicológica como coterapeuta

El área de atención psicológica dentro de la Fundación Alianza en Favor de la Mujer del D.F., I.A.P., está cubierta por 12 psicólogos, los cuales llevan a cabo su ejercicio profesional desde diferentes enfoques psicoterapéuticos.

Para poder ser coterapeuta de alguno de ellos, es necesario que su paciente sea de primera vez, en caso de ser así el psicólogo titular pide autorización al paciente para que permita la participación de un coterapeuta; de su decisión depende el realizar o no esta función.

Una vez que el paciente autoriza al coterapeuta, las intervenciones que éste tenga serán supervisadas y dependerán del criterio del psicólogo titular; aunque, de manera general, el coterapeuta está comprometido a acudir a todas las sesiones que se acuerden con el paciente. Al término del Servicio Social, el coterapeuta deberá realizar un cierre, tanto con el paciente como con el psicólogo titular, en el cual recapitularán los aspectos trabajados en las sesiones, las emociones que esto trajo como consecuencia y, finalmente, se explicará al paciente el término de la participación del coterapeuta, quien se despedirá del paciente, concluyendo así la relación terapéutica.

Mi experiencia como coterapeuta sólo se dió con dos de las psicólogas de la Fundación, las cuales manejaban el enfoque Psicodinámico y Gestalt respectivamente.

En ambos casos realice lo siguiente:

-Entrevistas de primera vez: ambas psicólogas me permitieron realizar esta entrevista por completo, en ella me enfocaba en realizar la historia clínica del paciente, en indagar sobre el motivo de consulta y expectativas acerca del proceso que estaba por iniciar; igualmente explicaba en qué consistía el mismo.

-Diagnóstico: en ambos enfoques realicé un diagnóstico con los datos obtenidos del paciente, éste sólo era descriptivo y permitía guiar los aspectos a trabajar dentro del proceso terapéutico.

-Seguimiento del paciente: en sesiones posteriores a la entrevista de primera vez, continúe siendo observadora del proceso terapéutico, al mismo tiempo que, en ocasiones, realizaba intervenciones con la finalidad de ayudar al paciente a esclarecer su problemática.

Al final de cada sesión o actividad referente a la misma, las psicólogas con las que colaboré retroalimentaban mi participación, a través del análisis de cada caso e intercambio de ideas, corrección de errores y elaboración de los procesos internos desencadenados por las temáticas abordadas.

4.2.1 Resultados

- Colaboración como coterapeuta bajo el enfoque Psicodinámico

Características sociodemográficas de los pacientes				
Paciente	Edad	Sexo	Escolaridad	Estado civil
G.S.	40 años	Femenino	Carrera técnica	Casada
L.A	23 años	Femenino	Preparatoria	Soltera

Proceso Psicoterapéutico				
Paciente	Motivo de consulta	Objetivos planteados	Objetivos alcanzados	Núm. de sesiones
G.S.	Querer superar las infidelidades de su esposo, las cuales le causan mucha angustia. Aún así querer continuar con la relación, no obstante, que su esposo ha decidido lo contrario	<ul style="list-style-type: none"> -Trabajar la negación que utiliza para mitigar su sufrimiento. -Concientizar el grado de responsabilidad que tiene en la situación, con respecto a culpabilizar a su esposo por todo lo malo que le ocurre - Elaborar su proceso de duelo. -Fortalecer su Yo, para que, en consecuencia, le permita tomar decisiones y realizar acciones a favor de su bienestar. 	<ul style="list-style-type: none"> -Hacerla consciente de la negación que utiliza como una forma pasiva de enfrentar su situación -Comenzar a asumir la responsabilidad que tiene en cada una de las decisiones de su vida. 	10 sesiones
L.A	Sufrir "malos tratos" dentro de su relación de pareja.	<ul style="list-style-type: none"> -Aceptar que es víctima de violencia física y psicológica en su relación de pareja. - Crear o reconocer recursos internos que le permitan romper con el ciclo de violencia del que es víctima. - Trabajar la desestructuración psíquica de la que ha sido objeto. 	Ninguno	2 sesiones

Características sociodemográficas de los pacientes				
Paciente	Edad	Sexo	Escolaridad	Estado civil
Y.V.	25 años	Femenino	Licenciatura	Casada
J.M.	55 años	Femenino	Preparatoria	Casada
E.L.	23 años	Femenino	Licenciatura	Casada
G.R.	41 años	Masculino	Licenciatura	Casado

Proceso Psicoterapéutico				
Paciente	Motivo de consulta	Objetivos planteados	Objetivos alcanzados	Num. de sesiones
Y.V.	Múltiples problemas matrimoniales que la han llevado a deprimirse.	-Darse cuenta de la posición que juega en sus problemas matrimoniales. - Contactar y confrontar sus percepciones -Recobrar su espontaneidad al relacionarse consigo misma y con su contexto.	-Tener mayor contacto con sus percepciones. -Comenzar a recobrar la espontaneidad.	12 sesiones
J.M.	Descubrir infidelidades por parte de su esposo, las cuales la llevan a decidir divorciarse y elegir entre su bienestar emocional o estabilidad económica.	-Reconocer y trabajar los tipos de violencia que tanto su esposo, como ella, ejercen en su relación; los cuales intenta negar con el tema de las infidelidades. - Lograr establecer verdaderas relaciones Interpersonales basadas en el "Yo-Tu" -Eclarecer las percepciones y miedos que tiene respecto a su futuro.	-Trabajar la violencia ejercida en la pareja, reconociendo las características personales que la llevaban a ocupar el rol de víctima y también agresor. -Trabajar miedos irracionales con respecto a su futuro.	17 sesiones
E.L.	Aceptar ser víctima de violencia psicológica por parte de su esposo, pero tener miedo y no saber qué hacer al respecto; principalmente por no querer afectar a sus dos hijos de 7 y 3 años, respectivamente.	- Contención emocional. -Minimizar sentimientos de desamparo y culpa. -Favorecer el empoderamiento de sí misma -Integrar y resignificar la experiencia de violencia.	Contención emocional	3 sesiones
G.R.	Querer esclarecer dudas respecto a su matrimonio, el cual ha pasado por diversas separaciones; no sabe si continuar con la relación o comenzar nuevos proyectos de vida.	-Ubicarlo en el "aquí y ahora" de su relación, a la cual solo hace referencia en tiempo pasado. -Reconocer y trabajar aquellos miedos inconscientes respecto al futuro. -Orientarlo a ser un agente activo de su propia vida (tomar decisiones, responsabilizarse de sus actos, etc.)	-Ubicarse en el "aquí y ahora" -Tomar decisiones relacionadas con proyectos de trabajo a los cuales también.	8 sesiones

4.2.2 Conclusiones

Los 6 pacientes, antes descritos, abandonaron prematuramente su proceso terapéutico, tomando como referencia el tiempo establecido por las psicólogas titulares para un posible término, éste se estipulaba a partir de las características de la problemática a tratar y en promedio oscilaba entre el año o año y medio. Con ninguno de ellos se supo con certeza los motivos de su deserción; tal circunstancia, por momentos, me hizo dudar de la eficacia de la psicoterapia en la que se encontraban.

La supervisión que tuve por parte de las psicólogas fue la mejor herramienta para poder encontrar el equilibrio entre mis conocimientos teóricos y las decisiones a tomar en un escenario real (que intervenciones hacer, en que momento, etc.)

Respecto a la Psicoterapia Psicodinámica, desde mi experiencia y a modo general, reafirme que sus logros son más profundos, que el grado de insight que el paciente alcanza, una vez que se han superado algunas de sus resistencias, le permite comprender mejor su mundo interno. Para ello, utilizamos esta terapia de modo expresivo, lo cual le brindó a cada paciente la oportunidad de tener un espacio para elaborar su propio discurso, para ir más allá de aquellos imaginarios que se asumieron como verdad sin el menor cuestionamiento y que se han ido repitiendo, provocando, la mayoría de las veces, bastante sufrimiento.

Sin embargo, los anteriores aspectos pueden llegar a ser un impedimento para algunos pacientes, como en el caso de la paciente L.A.; ya que acuden con la necesidad de encontrar respuestas rápidas y dirección por parte del terapeuta. Este aspecto se debe desalentar, en su lugar se debe promover una adecuada alianza terapéutica para lograr la apertura y cambio del paciente.

En cuanto a la Psicoterapia Gestalt, en ocasiones puede parecer más directiva, ya que a través de los llamados "experimentos" se estimula al paciente para que llegue a una mayor comprensión de sí mismo. Por un lado, esto los sitúa en el "aquí y ahora", permitiéndoles encontrar respuestas de una

forma más concreta; pero, a mi parecer, los aleja de un aprendizaje más profundo.

De nuevo, los pros y contras se hacen presentes, puesto que la mitad de los pacientes que atendí bajo este enfoque se mostraron complacidos con los resultados que encontraban en cada sesión. La otra mitad manifestó, en algunas ocasiones, cierta desconfianza por las técnicas utilizadas; un ejemplo de ello es el paciente G.R., a quién se le pidió realizar un experimento. Éste consistía en elaborar con arcilla un muñeco de sí mismo, de acuerdo con las características que le gustaría tener; la finalidad de ello era demostrarle lo moldeable que es al momento de tomar sus decisiones por verse influenciado por “el qué dirán”. Al inicio del experimento y al final del mismo, comento que era algo inusual y obsoleto para sus capacidades; dos sesiones después, abandonó la psicoterapia.

Finalmente, con el pasó de las sesiones, y el estar en contacto con cada uno de los pacientes, pude clarificar mis dudas respecto a cada enfoque. La respuesta: ambas corrientes tienen sus alcances y limitaciones, incluso estipuladas teóricamente; sin embargo, el verdadero resultado de cada una de ellas depende de las características del terapeuta que la ejerza, en combinación con las características personales del paciente.



5. EXPERIENCIA PROFESIONAL ADQUIRIDA EN UNA INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA

Colaborar dentro del área de Psicología de la Fundación Alianza en Favor de la Mujer del D.F., I.A.P., me permitió fortalecer los conocimientos que había adquirido dentro de la carrera, referentes al área clínica, al mismo tiempo que esclareció mis dudas respecto al enfoque terapéutico que guiará mi ejercicio profesional.

La elaboración e impartición de talleres me brindó la oportunidad de realizar mis primeras intervenciones sociales y psicológicas con fines preventivos; si bien su finalidad era la prevención primaria, este objetivo no dependió absolutamente de mí, sino de las circunstancias personales de quienes acudieron a los talleres. En consecuencia, tuve que equilibrar mis bases teóricas y mi creatividad, para de este modo poder transmitir la información, pero sobre todo lograr que los participantes se apropiaran de ella de manera vivencial; lo cual les brinda mayores beneficios.

Debido a que cada participante del taller se encontraba en circunstancias diferentes, uno de mis mayores retos fue lograr que la mayoría de ellos pudieran contactar con los temas tratados; manteniendo de este modo su atención y participación. Poco a poco experimente como las actividades planteadas en la carta descriptiva que había elaborado parecían desvanecerse, pues rebasaban o disminuían sus finalidades; esto me produjo incertidumbre e impotencia, ya que me daba la impresión de no poder cumplir con lo que había estipulado.

Al final de la primera sesión que impartí, y en las subsecuentes, aprendí a mediar mis intervenciones siguiendo la espontaneidad del momento, aprovechando cada pregunta inesperada, cada conducta que parecía salirse de control (enojo, llanto, actitud retadora), para enriquecer el taller.

Cobró sentido aquella consigna de “atender al lenguaje corporal”, al igual que al manejo de actitudes resistenciales; aunado a utilizar mi discurso como una de las principales herramientas para acercarme a los otros de una forma genuina.

Concluidos los dos talleres deduje que, si bien su finalidad primordial es la prevención, tanto a nivel primario como secundario, ésta difícilmente se obtiene de la forma en que uno espera o idealiza. En la mayoría de los casos, la gente acude ya estando inmersa en las temáticas a tratar, y lo que busca no es prevenir, sino una intervención; los talleres cumplen, en ese momento, la función de ser un primer acercamiento a una psicoterapia, e incluso su sustituto.

Dicho aspecto, me hizo comprometerme aún más con mi rol como psicóloga, ya que la impartición de un taller abría la brecha para que alguno de sus asistentes comenzara o continuara un proceso de conocimiento interno. Al mismo tiempo me permitía a mí misma lidiar con las frustraciones que me provocaban aquellos asistentes que no empatizaban con lo expuesto.

El rol de psicóloga que comencé a construir ante estas condiciones consiste en una actitud profesional y flexible con la metodología a seguir; sensible y objetiva ante las necesidades planteadas; manteniendo una atención flotante ante cada una de las condiciones externas, sin dejar de lado mi propio proceso interno; no asumiendo una postura omnipotente, en su lugar, estar dispuesta a aprender de lo vivido en cada sesión, asumiendo errores e incluso cuestionando algunos planteamientos. A su vez, fui incorporando mi edad (que para algunos participantes no representaba experiencia ni conocimientos) como una característica más de mi persona, y no una limitante para ejercer mi labor; siempre y cuando trabaje los sentimientos e ideas que en mí depositan los otros.

Estas cualidades, sin duda, también acompañaron mi función como coterapeuta, viéndose reforzadas por el contacto aún más personal con el paciente; él que además me exigió retomar mi propio proceso terapéutico.

Como coterapeuta, mis mayores aprendizajes fueron el resultado de lidiar con el abandono prematuro de la psicoterapia por parte de los pacientes. En respuesta a tal acción, comencé a cuestionar la efectividad de los dos enfoques con los que me encontraba trabajando, al igual que autocriticar mi desempeño dentro de las sesiones y estar alerta de la contratransferencia que en mí ocurría.

De esta forma, la Psicoterapia Gestalt me enseñó que el terapeuta debe ser una persona auténtica frente a su paciente, ya que como lo mencionan Portuondo y Tamames (1979) "es precisamente su personalidad el más fino y básico instrumento de trabajo en la situación de <<encuentro humano>> que siempre es una psicoterapia". Bajo este enfoque, y de acuerdo a mi experiencia, el terapeuta tiene mayor libertad de mostrarse como persona, y no investirse solamente de su rol como psicólogo.

Percibí los resultados de ubicar a los pacientes en el aquí y el ahora, para lo cual tuve que cambiar mi visión respecto al pasado. Al emplear este enfoque, aprendí a concebir el pasado como un asunto inconcluso, que a la larga se vuelve un modo de resistencia, la cual impide el crecimiento personal.

Por otro lado, reafirme que mi actitud debía ser flexible con la metodología a seguir, ya que en este caso las sesiones invitaban a recurrir constantemente a la creatividad, con la finalidad de crear las distintas técnicas que permitieran al paciente experimentar aquello a lo que se mostraba renuente.

De manera general, me acerque por primera vez a este enfoque y concluí que no era el adecuado para mi ejercicio profesional, ya que en ocasiones sentía que limitaba el grado de conciencia que sobre sí mismo pudiera lograr el paciente; lo cual llega a ser resultado del desinterés mostrado a la totalidad del pasado.

Además, las técnicas utilizadas, si bien ponían en juego mi creatividad y atención flotante, a veces me parecían superfluas en la búsqueda del autoconocimiento.

Haciendo referencia a la autenticidad del terapeuta, anteriormente mencionada, es que considero que mi personalidad no logra adaptarse a los principios teóricos y metodología de este enfoque. Aprendí a ser sensible con mi historia personal (la cual me encuentro trabajando) para que fuera una de las guías en la formulación de mi estilo profesional; el resultado fue adoptar el enfoque Psicodinámico como la base de mi trabajo como psicóloga.

El aprendizaje que obtuve con este enfoque se refiere a la comprensión y manejo de la transferencia, uno de los principales recursos para lograr la cura

del paciente. En un principio me era difícil identificar aquellos sentimientos o patrones de conducta que el paciente proyectaba en el terapeuta, e incluso en mi misma, en mi función como coterapeuta; poco a poco logré ser atenta y paciente tanto a sus actitudes como a su discurso, para que en base a ello pudiera reaccionar adecuadamente a su afectividad, favoreciendo la alianza terapéutica.

Mediar mis intervenciones, específicamente las interpretaciones a realizar, fue otra de las aportaciones que obtuve. Trabajar previamente la interpretación, definir el grado adecuado de profundidad, el tiempo y tipo de verbalización a utilizar (todo ello dependiendo del nivel de madurez emocional del paciente), me permitieron estimular el insight, al mismo tiempo que trabajar las resistencias de paciente.

A la par, fui comprendiendo que justo en el manejo de las resistencias se encuentra el verdadero trabajo terapéutico, y no un impedimento del mismo. Sin embargo, hacer conscientes temores o angustias reprimidos, por muy adecuada que sea la labor del terapeuta, siempre producirá cierto grado de desconcierto, movilizando en el sujeto nuevos mecanismos para defenderse.

Tal situación me permitió manejar la angustia que manifestaba por la culminación prematura de los procesos terapéuticos en los que me desempeñe como coterapeuta; la mayoría de ellos fueron debido a las resistencias.

Comencé a asimilar e interiorizar que todo trabajo futuro que realice como terapeuta no será perfecto, como lo son el resto de las relaciones interpersonales; que implica un cuestionamiento y supervisión continua para lograr mayor objetividad; incluye la responsabilidad compartida entre terapeuta y paciente. En consecuencia, los resultados obtenidos, tanto positivos como negativos, merecen ser analizados para un mayor crecimiento profesional.

Así mismo, y a pesar de mi adopción del enfoque Psicodinámico como referente de mi ejercicio profesional, tengo claro que tanto lo Gestalt como lo Psicodinámico tienen sus alcances y limitaciones, incluso estipuladas teóricamente; sin embargo, el verdadero resultado de cada una de ellas

depende de las características del terapeuta que la ejerza, en combinación con las características personales del paciente.

La experiencia profesional a la que he hecho referencia se concretó, en gran medida, como consecuencia de la supervisión que tuve por parte de las psicólogas con las que colaboré.

La supervisión me brindó la oportunidad de ver cada caso desde una perspectiva diferente y enriquecedora, en la que complementaba, rectificaba o cuestionaba mis hipótesis de trabajo.

Aunado a ello, me permitió obtener seguridad en mis conocimientos, capacidad y bases para defenderlos frente a otros colegas, debatir desde diferentes posturas teóricas y estar en constante actualización de los mismos.

Ir de la mano de un experto en un escenario real, con la libertad de actuar con responsabilidad y respaldo, fue la guía adecuada para comenzar a desenvolverme en esta profesión.

Sin dejar de lado cada uno de los aprendizajes que obtuve a nivel profesional, sus mejores frutos sin duda los veo integrados a nivel personal. Cada actividad que realice motivó mis ganas de superarme, me permitió tener un encuentro genuino con las necesidades de la gente (no sólo a nivel psicológico), me enseñó la importancia de problematizar sobre el contexto en el que nos encontramos inmersos y, principalmente, favoreció mi autoconocimiento.

6. CONSIDERACIONES FINALES

La Fundación Alianza en Favor de la Mujer del D.F., I.A.P., considera al Servicio Social como un ejercicio profesional y humano que ayuda a construir una sociedad con pleno desarrollo integral y comunitario (Fundación Alianza en Favor de la mujer del D.F., I.A.P., 2006).

Bajo esta consigna las actividades derivadas del programa de Servicio Social "Apoyo a la Mujer y al Público en General" tienen como objetivo introducir al estudiante de la carrera de Psicología a escenarios reales que le permitan poner en práctica sus conocimientos y habilidades.

Dichos escenarios se concretan en elaboración e impartición de talleres, así como acceso a procesos psicoterapéuticos, a través de la colaboración del servidor social como coterapeuta.

En referencia a la impartición de talleres, uno de los mayores alcances de esta actividad es enfrentar al psicólogo con un grupo de personas, que a pesar de estar reunidos por un tema en común, poseen diversas motivaciones y circunstancias personales; se espera que el psicólogo logre el equilibrio entre cada una de ellas y favorezca la apertura y comunicación de los participantes.

A lo largo de esta tarea el servidor social cuenta con la supervisión del psicólogo que le sea designado, pero al finalizar la misma, difícilmente puede valorar de forma objetiva los resultados de su trabajo; no existe una evaluación adecuada de lo adquirido por los participantes del taller. Aunque su desempeño es retroalimentado por su supervisor, éste no se limita a la actitud, explicaciones e intervenciones hechas; los alcances de la estructura metodológica del taller podrían valorarse mejor desarrollando un instrumento adecuado para ser contestado por los participantes; lo que desde mi punto de vista complementarían el enriquecimiento profesional del servidor social.

Aunado a ello, la duración de las sesiones y el número de las mismas imposibilita profundizar en los temas tratados, desde mi experiencia éstos se abordan de manera superficial; la información y vivencias obtenidas por las participantes llegan a ser insuficientes por no lograr ampliarse, reforzarse o

tener un seguimiento. Establecer sesiones más amplias o aumentar su número beneficiaría al servidor social y a los asistentes al taller.

Otra de las limitantes que acompaña esta actividad son las condiciones del inmueble. El salón en el que se llevan a cabo los talleres no está diseñado para tal función, es muy pequeño e imposibilita la realización de algunas técnicas empleadas y la comodidad de los participantes si la asistencia rebasa las 12 personas.

En cuanto a la colaboración del servidor social como coterapeuta, esta labor le permite adquirir conocimientos y habilidades de la mano de un experto; constituye una de las mejores formas de introducirlo al mundo de la psicoterapia.

No obstante, el abandono prematuro de la psicoterapia por parte de los pacientes imposibilita apreciar los alcances del tratamiento y al proceso en su totalidad; a su vez, y en caso de que el servidor social no esté trabajando con otros pacientes, lo deja sin actividades por realizar en su horario de Servicio Social.

Si bien esto resulta contraproducente, también brinda la oportunidad de valorar desde otra perspectiva la labor ejercida como coterapeuta, permite confrontar hipótesis y reformular las técnicas empleadas para futuras ocasiones.

Como alternativa para reducir el número de deserciones de psicoterapia dentro de la Fundación, al mismo tiempo que aumenten los beneficios para los pacientes, los cuales se ven obstaculizados pues los resultados de la psicoterapia se estiman alrededor de un año o año y medio; propongo utilizar modelos de intervención breve.

La terapia breve se define como una estructura terapéutica, orientada a incrementar la conciencia de los pacientes acerca de sus comportamientos problema, así como de su capacidad y motivación para comenzar a hacer algo al respecto. Se considera como la intervención primaria para aquellas problemáticas psicológicas caracterizadas por ser específicas, tales como excesos o déficits conductuales concretos y dificultades emocionales causados

por la incapacidad para la toma de decisiones (Dulmus y Wodarski, 2002, cit. en Hewitt y Gantiva, 2009).

Sus principales características son (Hewitt y Gantiva, 2009):

- Terapia de tiempo limitado y corta duración: el seguimiento realizado al número de sesiones a las que asisten los pacientes en los distintos servicios de Psicología, evidencia que la mayoría de las personas abandonan los procesos terapéuticos relativamente en poco tiempo. Tomando esto en consideración, en el momento de planificar un tipo de terapia es más realista partir del número de sesiones a las que la mayoría de las personas asiste, con el fin de evitar una interrupción prematura. Por otra parte, fijar una meta en un marco temporal como parte del proceso terapéutico aumenta la motivación del paciente y evita su pasividad y dependencia. Adicionalmente, por su corta duración y menor costo, muchos usuarios de los servicios de salud y Psicología pueden ser sus beneficiarios, pues está disponible para un mayor número de personas y puede adaptarse a las necesidades de los clientes.
- La terapia breve se centra particularmente en el presente más que en la historia lejana de la persona. Si bien tiene en cuenta el pasado como dato referencial, enfatiza en el presente y se orienta hacia el futuro, donde realmente se va a desempeñar el individuo. El pasado es importante, pero es algo que ya pasó; es en el presente y en el futuro donde se pueden aplicar los cambios logrados.
- La terapia breve pretende incrementar la motivación y disposición hacia el cambio. Los pacientes deben motivarse hacia el logro de diferentes metas, esto incrementa su sentido de autoeficacia.
- La terapia breve tiene como objetivo la toma de decisiones y el inicio del cambio comportamental. Se lleva al paciente a analizar los pros y los contras de su comportamiento, también las posibles formas de actuar para lograr las metas propuestas y los resultados planeados.

Sin embargo, este tipo de intervención no es apta para todo tipo de pacientes o para todas las problemáticas, los principales criterios de selección para su aplicación son (Gabbard, 2002):

- La capacidad de insight o conciencia psicológica por parte del paciente.
- Altos niveles de funcionamiento del Yo.
- Fuerte motivación para comprender acerca de uno mismo más allá del mero alivio sintomático.
- Capacidad para establecer relaciones profundas (en particular, una alianza inicial con el terapeuta).
- Capacidad de tolerar la ansiedad.

Dulmus y Wodarski (2002, cit. en Hewitt y Gantiva, 2009) agregan:

- Evaluar en primera instancia la severidad del problema del paciente (este tipo de terapias no son aconsejables para trastornos clínicamente significativos ni para personas que tienen varias patologías).
- Tomar decisiones acerca del objetivo de la terapia, el cual debe ser definido de manera específica.
- Establecer los límites de tiempo de la terapia.

Por regla general, la psicoterapia breve dura tan poco como 2-3 meses o tanto como 5-6 meses, y puede oscilar entre 10-20 sesiones (Gabbard, 2002), a partir de lo cual se valoran los resultados y en caso necesario se considera aumentar el número de sesiones.

Bajo este modelo, la Fundación consideraría el número promedio de sesiones a las que acuden los pacientes para transformarlas en su beneficio, siempre y cuando se cumpla con los criterios antes mencionados; aunado a ello, el servidor social tendría un mayor acceso al seguimiento del paciente, desde el inicio hasta el término de la psicoterapia, así como un panorama y crecimiento profesional más amplio.

Como una propuesta más, el programa podría aumentar las actividades realizadas por sus servidores sociales, ya que la Fundación cuenta con 3 grupos de madres solteras, a las cuales proporciona una despensa semanal a cambio de que asistan a sesiones de orientación psicológica y clases de computación. Los servidores sociales podrían involucrarse en esta labor, brindando talleres a estas mujeres o apoyando a los psicólogos encargados de las sesiones; esto permitiría un mayor conocimiento acerca del trabajo con grupos.

Considero que el programa "Apoyo a la Mujer y al Público en General" tiene grandes beneficios, al mismo tiempo que presenta limitantes, las cuales pueden reducirse si se toma en consideración la experiencia obtenida por quienes ya concluimos nuestro Servicio Social (la opinión de los servidores sociales siempre fue valorada en la Fundación como una forma de crecimiento institucional), ya que su principal fortaleza es proporcionar el tipo de población adecuada para ejercer y perfeccionar lo adquirido académicamente.

7. REFERENCIAS

- Aguilar, M. y López, T. (2004) *Análisis de los principales factores que intervienen en el proceso de elección de pareja en la población de la ciudad de México*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- *Alianza en Favor de la Mujer del Distrito Federal* (1996).
- Bellak, L., Goldsmith, L. (1985) *Manual para la evaluación de las funciones del Yo (EFY)*. México: Manual Moderno
- Bucay, J. (2000). *El camino de las lágrimas*. México: OCEANO.
- Bueno, C. (2013). Noviazgo: amor o violencia. En Murueta, M., y Orozco, M. (Ed.), *Psicología de la Violencia. Causas, prevención y afrontamiento*. México: AMAPSI.
- Castanedo, C., et al., (2000). *Seis Enfoques Psicoterapéuticos*. México: Manual Moderno
- Cervantes, E., Obregón, N., Rivera, M., Martínez, D. (2013). Manifestaciones de la violencia de género en mujeres de comunidades michoacanas con tradición migratoria. En Murueta, M., y Orozco, M. (Ed.), *Psicología de la Violencia. Causas, prevención y afrontamiento*. México: AMAPSI.
- Díaz, I. (2011). *Técnica de la Entrevista Psicodinámica*. México: Pax
- Dio Bleichmar, E. (1985). *El feminismo espontáneo de la histeria. Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad*. Madrid: Adotraf
- Echeburúa, E., Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino?; la violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)*, (2006). Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/ndireh/ndireh2011/default.aspx>

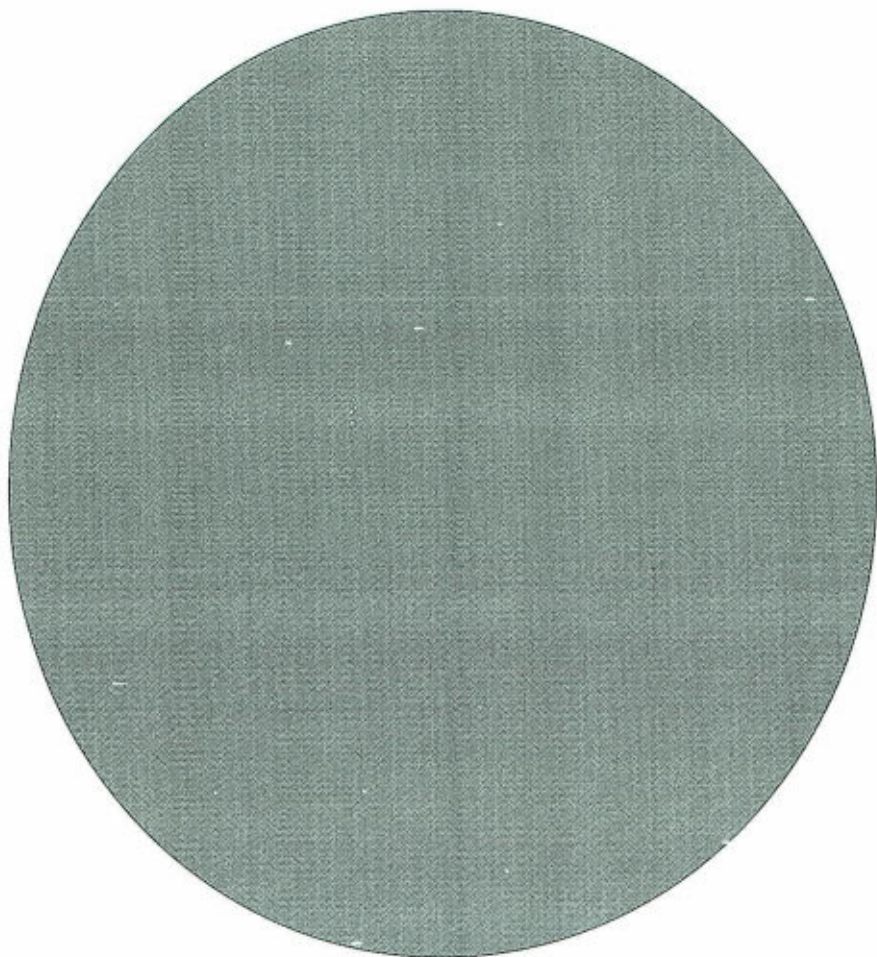
- Esquivel, F., Heredia, M.C. y Lucio, E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno
- Fernández, L. (1994). *Manual de psicología preventiva: teoría y práctica*. México: Siglo XXI.
- Fernández, L., Gómez, J. (2007). *La psicología preventiva en la intervención social*. Madrid: Síntesis.
- Fogan, J., Shepherd, I. (2008). *Teoría y técnica de la psicoterapia guesáltica*. Buenos Aires: Amorrortu
- Fundación Alianza en Favor de la Mujer del D.F., I.A.P.(2006) *Servicio Social*. Recuperado de <http://www.paginasprodigy.com/fundacionalianza/servicio.htm>
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Gordis, L. (2005) *Epidemiología*. España: Elsevier.
- Hewitt, N., Gantiva, C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*. Bogotá, Colombia, 27, 165-176. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/799/79911627012.pdf>
- Jiménez, M. (2011). *Propuesta de un taller de sensibilización dirigido a jóvenes para disminuir la violencia y dirigirlos a una mejor elección de pareja*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Morales, A. (2013). *Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención (Definición de Conceptos)*. Recuperado de http://valladolid.edu.mx/wp-content/uploads/2013/03/Morales_Historia_natural_Prevenccion.pdf
- Murueta, M., Orozco, M. (2013). *Psicología de la violencia. Causas, prevención y afrontamiento*. México: Amapsi.
- O' Connor, D. (2007). *Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo*. México: Trillas

- Organización Mundial de la Salud (1946). *Preguntas más frecuentes*. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Pintor, B., López, J., Villalón, S., Medellín, M. (2013). Violencia en la familia: trauma y victimización. Una mirada sistémica. En Murueta, M., y Orczco, M. (Ed.), *Psicología de la Violencia. Causas, prevención y afrontamiento*. México: AMAPSI.
- *Plan Nacional de Desarrollo* (1995) Diario Oficial de la Federación.
- Portuondo, J., Tamames, F., (1979). *Psicoterapia existencial, gestáltica y psicoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- San Martín, H. (1984). *Salud y Enfermedad*. México: La Prensa Médica Mexicana, S.A.
- Sanz, F. (2008) *Los vínculos amorosos, amar desde la identidad en la Terapia de Reencuentro*. España: Kairos.
- Stecca, C. (2004) *Cerrando ciclos vitales. Una perspectiva sistémica y gestáltica del pasado*. México: Pax.
- Velasco, F. (2011). *Psicoterapias psicodinámicas*. México: Editores de Textos Mexicanos
- Velázquez, S. (2003). *Violencias cotidianas, violencia de género: escuchar, comprender, ayudar*. México: Paidós.
- Woldt, A., Toman, S., (2007) *Terapia Gestalt, teoría y práctica*. México: Manual Moderno.

Anexo 1 "Mis padres, mi pareja y yo"

	Lo que más me Gusta	Lo que menos me gusta
Padre		
Madre		
Mi Pareja		
Yo		

Anexo 2 "Espacio Personal"






Fundación Alianza en Favor de la
Mujer del D.F., I.A.P.

*"Atraemos siempre a los
seres correctos de acuerdo
a nuestro estado de amor o
de carencia". Ari Shemot*



Bruselas núm. 13 Col. Juárez, Deleg. Cuauhtémoc
Tel. 55911043



Fundación Alianza
en Favor de la Mujer
del D.F., I. A. P.

Invita al público en general al
taller:

**Eligiendo a
mi pareja:**

***El inicio de una
relación sana***

Imparte:
Psic. Carolina Rojas Jiménez

Sesiones: Sábado 6 ó 20 de abril de
4 -7 pm
Cuota de recuperación: \$50.00

Informes e inscripciones 55911043
Bruselas Núm. 13 Col. Juárez Deleg.
Cauhtémoc

ANEXO 5 Fotografías de las sesiones



Anexo 6 "Aceptando la realidad de la pérdida"

¿Cómo fue?	¿Cómo es?
¿Cómo no fue?	¿Cómo no podrá ser?



Fundación Alianza en Favor de la
Mujer del D.F., I.A.P.

"...a un hombre se le puede quitar
todo excepto una cosa: la última de
sus libertades, la de escoger su
actitud frente a cualquier
circunstancia dada, la de elegir su
camino." V. Frankl



Remedios Vaio "Ruptura" (1955)

Bruselas Núm. 13 Col. Juárez Deleg. Cuauhtémoc
Tel. 559 11043

Fundación Alianza en Favor de la Mujer del
D.F., I.A.P.

Invita al público en general al taller:

Cerrando ciclos, aprendiendo de mi pasado

Sesiones:
Sábado
7 ó 21
de
Septiembre
de
4-7 pm

Cuota de
recuperación
\$50.00

Informes e
inscripciones:
55911043

Bruselas
núm. 13 Col.
Juárez Delg.
Cuauhtémoc

Imparte:
Psic. Carolina Rojas Jiménez

Reproducción de la obra "Paisaje" 1955

Anexo 9 Fotografías de las sesiones

