



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**ORIENTACIÓN ENTRE ESTUDIANTES DE LA FES  
ZARAGOZA EN EL PROGRAMA DE ORIENTACIÓN  
SEXUAL Y EMOCIONAL ESTUDIANTIL**

**INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
PRESENTA:  
HAZEL ALFARO ALVAREZ**

## **JURADO DE EXAMEN**

**DIRECTORA: MTRA. SILVIA MERCADO MARIN  
ASESORA: MTRA. JAZMIN ROLDAN HERNANDEZ  
ASESOR: LIC. ALAN ALEXIS MERCADO RUIZ  
SINODAL: DRA. MARIA ENRIQUETA FIGUEROA RUBIO  
SINODAL: MTRA. CECILIA AMEZQUITA LANDEROS**



**CIUDAD DE MÉXICO**

**JUNIO 2022**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

### **Dedicatoria:**

A mis padres, José Luis y Ma. Elena, por haber hecho hasta lo imposible para sacarme adelante y permitirme llegar hasta este punto, por amarme, protegerme y cuidarme.

A mi segunda madre, Eva, por haberme apoyado hasta donde la vida le permitió.

Y a todos los profesores de la carrera que me brindaron los conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes que me formaron y enseñaron a amar la psicología.

## Índice

1. Resumen.....	5
2. Introducción.....	6
3. Terapia Breve Centrada en Soluciones.....	8
a. Influencias.....	8
i. La influencia de Milton Erickson.....	8
ii. Cibernética.....	9
iii. Construccionismo social.....	10
iv. El lenguaje.....	11
b. Principios y supuestos.....	12
c. Construir un problema.....	17
i. ¿Visitante?.....	20
ii. ¿Demandante?.....	21
iii. ¿Comprador?.....	22
d. Búsqueda de excepciones.....	24
i. Preguntas que destacan cambios previos en la primera sesión.....	25
ii. Trabajo sobre excepciones.....	26
iii. Pregunta por el milagro.....	27
iv. Pregunta de escala.....	28
v. Pregunta de cómo el paciente enfrenta el problema.....	29
e. Fijar objetivos.....	31
f. Interrupción y pausa.....	32
g. Mensaje.....	33

h. Tareas.....	33
i. Tarea formalizada de la primera sesión.....	34
ii. Hacer más de lo que funciona.....	36
iii. Hacer lo más fácil que podría funcionar .....	36
i. Segunda sesión y subsecuentes.....	37
2. Programa de Orientación Sexual y Emocional Estudiantil .....	45
a. Descripción de actividades.....	47
i. Orientación psicológica.....	47
ii. Talleres .....	56
iii. Ferias .....	64
3. Resultados de las actividades realizadas.....	66
a. Alcances y limitaciones de las actividades realizadas .....	66
4. Conclusión y discusiones .....	68
5. Referencias .....	74

## Resumen

En el presente Informe Final de Servicio Social se hablará respecto al trabajo realizado dentro del Programa de Orientación Sexual y Emocional Estudiantil (POSEE) de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, el cual, tuvo diversas actividades a llevar, siendo la orientación psicológica a los estudiantes de la facultad la actividad central del mismo, además de ser a la que mayor tiempo se le dedico. Se tratará la Terapia Breve Centrada en Soluciones creada por Steve De Shazer, Insoo Kim Berg y su grupo de colaboradores, desde sus influencias y postulados centrales hasta el cómo llevar la primera sesión, la segunda y sus subsiguientes, ejemplificando diversos puntos con los casos de los pacientes atendidos dentro del POSEE, respetando la confidencialidad de los datos. También se presentarán otras de las actividades que se realizaron, tales como la presentación de talleres y las ferias de salud y de servicio social. Finalizando con los alcances logrados dentro del programa y las limitaciones que se tuvieron durante la prestación del servicio.

*Palabras Clave:* orientación psicológica, terapia breve centrada en soluciones, trabajo entre pares, orientación entre estudiantes universitarios

## 2. Introducción

La Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza, perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), es una institución universitaria multidisciplinaria comprometida con la calidad educativa, cuyo fin es la formación de profesionales de la salud que respondan a las necesidades de la sociedad contemporánea en el cual se encuentra inmerso el alumnado (Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, 2019). Como parte de esta formación profesional, la escuela ofrece una amplia gama de programas de servicio social para complementar los conocimientos y habilidades adquiridos durante la carrera de cada licenciatura que ofrece. Uno de ellos, perteneciente al área de Psicología, es el Programa de Orientación Sexual y Emocional Estudiantil (POSEE), que se llevó a cabo dentro de las instalaciones de la FES, el objetivo es “brindar apoyo entre pares, de forma profesional y supervisada, a estudiantes en riesgo, orientado a su salud sexual y psicológica tanto en forma ordinaria, como en crisis, derivadas de situaciones personales o de eventos traumáticos” (Sistema de Información Automatizada de Servicio Social, 2014).

El POSEE atiende las necesidades de salud mental de los estudiantes de la comunidad Zaragozana para todas las carreras de los dos campus: Psicología, Enfermería, Cirujano Dentista, Médico Cirujano, Químico Farmacéutico Biológico, Biología, Nutrición e Ingeniería Química. Ofrece orientación psicológica de forma gratuita a los estudiantes, de esta manera los pasantes de la carrera de psicología que se inscriben en este servicio pueden ejercer su profesión en un ambiente real con la supervisión de la responsable, y a su vez, ayudar de una manera profesional al alumnado. En el programa también se realizan otras actividades además de la orientación psicológica, como la orientación vocacional, asistencia a las ferias de salud, ferias de servicio social y la aplicación de talleres.

En el presente informe final de servicio social se hablará más al respecto de las actividades antes mencionadas, las cuáles fueron realizadas como pasante del POSEE, recayendo la mayor parte de este trabajo en la orientación psicológica por ser la actividad central del programa y a la que más tiempo se le dedicó.

Para ser parte del POSEE, y cualquier otro servicio social, se debe cumplir algunos los requisitos, como tener el 75% de créditos cumplidos dentro del plan de estudios de psicología (Romero y García, 2008). También se debe tener una entrevista con la supervisora del programa con el objetivo de brindar información detallada de las actividades dentro de este, pero sobre todo, tener conocimientos y hacer uso del Enfoque Sistémico pues es el que se utiliza para brindar la atención psicológica, pudiendo manejar algunas de sus diferentes corrientes como la Terapia Centrada en el Problema, la Terapia Estratégica, el Equipo Reflexivo o la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS), siendo esta ultima la más utilizada dentro del servicio y la cuál se ha utilizado para la prestación de este.

Como se dijo antes, al tener como actividad central la orientación psicológica, este informe abarcará, en su mayoría, prestar atención a está, por lo que se hablará en un primer punto la TBCS, esto con la finalidad de explicar y comprender, de la mejor manera posible, cómo se trabajó con los alumnos que solicitaron el servicio.



## **Terapia Breve Centrada en Soluciones**

La Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) es un modelo de terapia sistémica cuyo objetivo es que el terapeuta ayude al paciente a buscar, construir e implementar soluciones para lograr cambios significativos y duraderos, enfocándose en las habilidades y capacidades que tiene el paciente para modificar las situaciones que lo aquejan en lugar de centrarse en el problema. Fue fundada en Milwaukee por Steve de Shazer e Insoo Kim Berg en 1978 con un grupo de colaboradores conformado por Elam Nunnally, Marilyn LaCourt y Eve Lipchik. (Beyebach, s/f; Lipchik, 2004; Tarragona, 2006; de la Fuente Blanco, Alonso y Vique, 2019).

Esta terapia dedica mucho menos tiempo a la exploración del problema y busca enfocarse en las cosas que el paciente hará para resolver esa situación por la que fue a consulta, le permite confiar más en sus aptitudes y no hacerse dependiente del tratamiento y/o del terapeuta, al ser él quien vea tiene la posibilidad de cambiar esas situaciones que considera como problemáticas.

Antes de revisar los postulados o los pasos de la terapia, se abordarán algunas de las influencias que ayudaron a la creación de ésta, a sus fundamentos y a la implementación de algunas de sus técnicas, pues así se comprenderá la visión en la que se sustenta la TBCS, tales como Milton Erickson, la Cibernética, el Construccionismo Social y el Lenguaje.

### ***Influencias***

**La influencia de Milton Erickson.** Una de las influencias que han servido a Steve de Shazer (1992) para la Terapia Breve Centrada en Soluciones es la de Milton Erickson. Este hipnoterapeuta trajo consigo un concepto fundamental para nuestra terapia, la utilización, Erickson la utilizaba de maneras diferentes tales como decir que se deben utilizar los pensamientos, sentimientos y conductas problemáticas que trae el paciente y hacerlo parte de la solución. También, esta utilización la expresa como “utilizar los propios procesos mentales del paciente de

modos que están fuera del alcance habitual de su control intencional o voluntario” (Erickson, Rossi y Rossi, como se cita en De Shazer, 1992, p. 158). De Shazer utiliza el término de la utilización de Erickson para extraer cualquier cosa que el paciente haga que le permita llegar a la solución. De esta manera, se puede hacer que el paciente se dé cuenta de sus recursos, que él los implementa y que tiene el poder para aminorar su problema.

**Cibernética.** La TBCS al estar considerada dentro del enfoque sistémico, tiene influencias de algunos de sus conceptos que dieron las bases a la creación de este, los cuales fueron tomados de la cibernética. El Grupo Bateson estudiaba la comunicación en el Instituto de Palo Alto, se interesaron por los esquizofrénicos y su interacción con la familia, a esta última la comenzaron a tomar como un sistema cibernético que buscará su estabilidad a través de los procesos de retroalimentación (*feedback*) que son activados por errores dentro de ese sistema. Así, el individuo pasa a ser visto como un sistema que interactúa con otros sistemas (Vargas, 2004). Esta retroalimentación en la terapia se ve como un círculo, no como algo lineal, trayendo consigo otro concepto: la circularidad. Se puede entender como que “a” origina a “b”, “b” a “c”, pero, en lugar de tener fin con “c”, “c” puede originar a “a”. La retroalimentación en esta circularidad hace que la conducta de una persona influya en todos aquellos con los que interactúa y, a su vez, estos últimos tienen influencia en el primero (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967).

Estos conceptos trabajados en la TBCS dan una visión de cómo el paciente puede llegar a mantener los problemas de su vida cotidiana en relación con otras personas, por ejemplo, una paciente que llega a terapia para trabajar sus celos, expresa que siente celos (a) cuando a su pareja se le acerca una chica que le cae mal (b), su novio le dice que no tiene por qué sentir celos ya que no está interesado en esa chica, por lo que permite que la otra se le siga acercando (c), esa respuesta hace que los celos continúen (a). Pero también se puede observar como la retroalimentación se da a lo largo de la sesión entre el paciente y el terapeuta, las intervenciones del terapeuta estarán dadas por la información que el paciente de

respecto a su problema, y a su vez, éstas originarán respuestas del paciente que después serán retroalimentadas por el terapeuta.

**Construccionismo social.** La TBCS tiene influencias del construccionismo social, una corriente que establece que todo el conocimiento es una invención de la sociedad. Berger y Luckmann (1966) proponen que el individuo al obtener experiencias de su vida cotidiana e interactuar con otros, producen significados que construyen el conocimiento, sin importar que tenga validez o no. Shotter (1993) nos habla de una relación persona-mundo, en la cual es establecida por la interacción con otros en la cotidianeidad, a lo que él llama relación yo-otro, pero también está contenida en ellas, es decir, la sociedad en la que cada persona está inmersa no es dado por un agente externo, sino que se construye en esa relación del yo-otro que se da a través del habla para darnos a explicar y entendernos. Gergen (2007) establece que “lo real” es un producto de la construcción social, el lenguaje se vuelve portador de la verdad al ser un medio para expresar el contenido de la mente, el individuo tiene ideas interiores (mente) y puede darlas a conocer al exterior, es decir, a otros individuos, a través del lenguaje expresamos como vemos el mundo. Establece que al hablar, al tener un lenguaje, una narrativa, y poder transmitirlo, se construye la realidad. Al tener relación con los demás el conocimiento es creado.

A grandes rasgos, estos autores concuerdan que el ser humano, a través de su entorno social construye el conocimiento, crea una realidad la cuál verá como verdadera y se irá creando a través de la interacción con otros, además, el lenguaje toma una participación importante al ser el trasmisor de esa realidad. De esta manera, los terapeutas centrados en la solución podrán aceptar la visión que el paciente tiene del mundo en el que vive, como concibe su problema, los significados que tiene de las cosas y aceptar lo que para él es correcto e incorrecto, lo que le funciona y lo que no para solucionar aquello por lo que nos consulta en terapia. Lo anterior nos lleva al siguiente punto a tratar: El lenguaje.

**El Lenguaje.** Un factor muy importante que no puede ser dejado de lado en la TBCS, y se podría decir que en ninguna otra terapia ni en la vida cotidiana, es el lenguaje. A través del lenguaje se comunica la realidad, lo que le sucede, vive y experimenta cada individuo. Steve de Shazer (1999) explica que el lenguaje se desarrolla a través de la interacción social, durante la terapia un enunciado estará determinado por lo que se haya dicho con anterioridad dentro de la misma y, a su vez, esa frase determinará otras palabras futuras, algo que Ludwig Wittgenstein llamó “juego de lenguaje”. Al formar enunciados se transmite un significado, este puede ser interpretado de muchas maneras, una palabra puede tener diferentes concepciones, de manera que, para comprender a los demás se debe interactuar con otros, en la terapia, el paciente dará un montón de palabras, conductas, sentimientos, actitudes, ideas, conceptos, contextos y otras personas que se relacionan con él, lo cual será difícil comprender de manera simple, lo que obliga al terapeuta a preguntar más al respecto, de igual forma, el paciente, al tener un lenguaje y realidad en la que vive del terapeuta, le será difícil entender al principio, lo que originará en más preguntas, en seguir con este juego de lenguaje.

Hasta este punto se ha visto algunas influencias que tomó la TBCS para comprender como los seres humanos crean el conocimiento a partir de la interacción con los demás, se crea una realidad la cuál puede darse a conocer a otros a través del lenguaje, que es el vehículo para informar la visión del mundo, en este caso, los pacientes y su concepción del problema, este lenguaje que tiene significados se construye durante la conversación, en ella se determinan los significantes para darse a comprender, al hacerlo, el terapeuta puede entender al paciente y retroalimentarle durante la sesión, y viceversa, lo que puede llevar a la construcción de soluciones con todo aquello que trae el paciente que le ayude a esto. Estas influencias se verán reflejadas a continuación en siete puntos que son los pilares de la TBCS.

## ***Principios y supuestos***

La TBCS plantea una serie de principios y una filosofía central que son la base de la terapia. Berg y Miller (1996) destacan lo siguiente:

1. **Énfasis en la salud mental:** Hay que centrarse en lo que está bien, lo que funciona, las herramientas, recursos y habilidades del paciente, en cómo solucionar el problema en lugar de indagar en lo que está mal.
2. **Utilización:** se entenderá esto como extraer del paciente los recursos, herramientas y capacidades saludables que necesita para resolver el problema. El terapeuta actuará con el paciente para resaltar esas características que dan solución a su queja, esas habilidades y capacidades que son únicas y personales del paciente.
3. **Una visión ateórica/no normativa/determinada por el paciente:** El terapeuta renuncia al rol de experto, sirve al paciente indagando sobre la manera de conceptualizar la queja, se acepta la visión del paciente en su significado literal, no se gasta tiempo tratando de convencer a los pacientes de aceptar determinada teoría para que sea ayudado, solo se centra en la tarea de crear un tratamiento único para el paciente.
4. **Parquedad:** Métodos simples y directos para llegar a los resultados deseados economizando en los medios terapéuticos utilizados. Llevando el tratamiento de abajo hacia arriba, de lo simple a lo complejo, lo más fácil a lo más difícil y no en sentido inverso.
5. **Orientación hacia el presente y el futuro:** Es importante también recalcar que se debe traer al paciente a su presente y su futuro, y no concentrarlo en el pasado. El pasado es importante para saber de qué manera ellos viven sus vidas en el hoy, pero el foco para el tratamiento será ajustado a la actualidad.
6. **El cambio es inevitable:** Los pacientes no pueden dejar de cambiar, por lo que hay que identificar los cambios producidos para utilizarlos en una solución.
7. **Cooperación:** Todo lo anterior debe ser llevado en una actitud de cooperación entre el paciente y el terapeuta, donde este último da los primeros pasos para

adaptarse a él, observando el problema desde el punto de vista del paciente, hablar su lenguaje, trabajar desde su marco de referencia y utilizar sus recursos para la solución.

Finalmente, la filosofía central de la terapia indica lo siguiente:

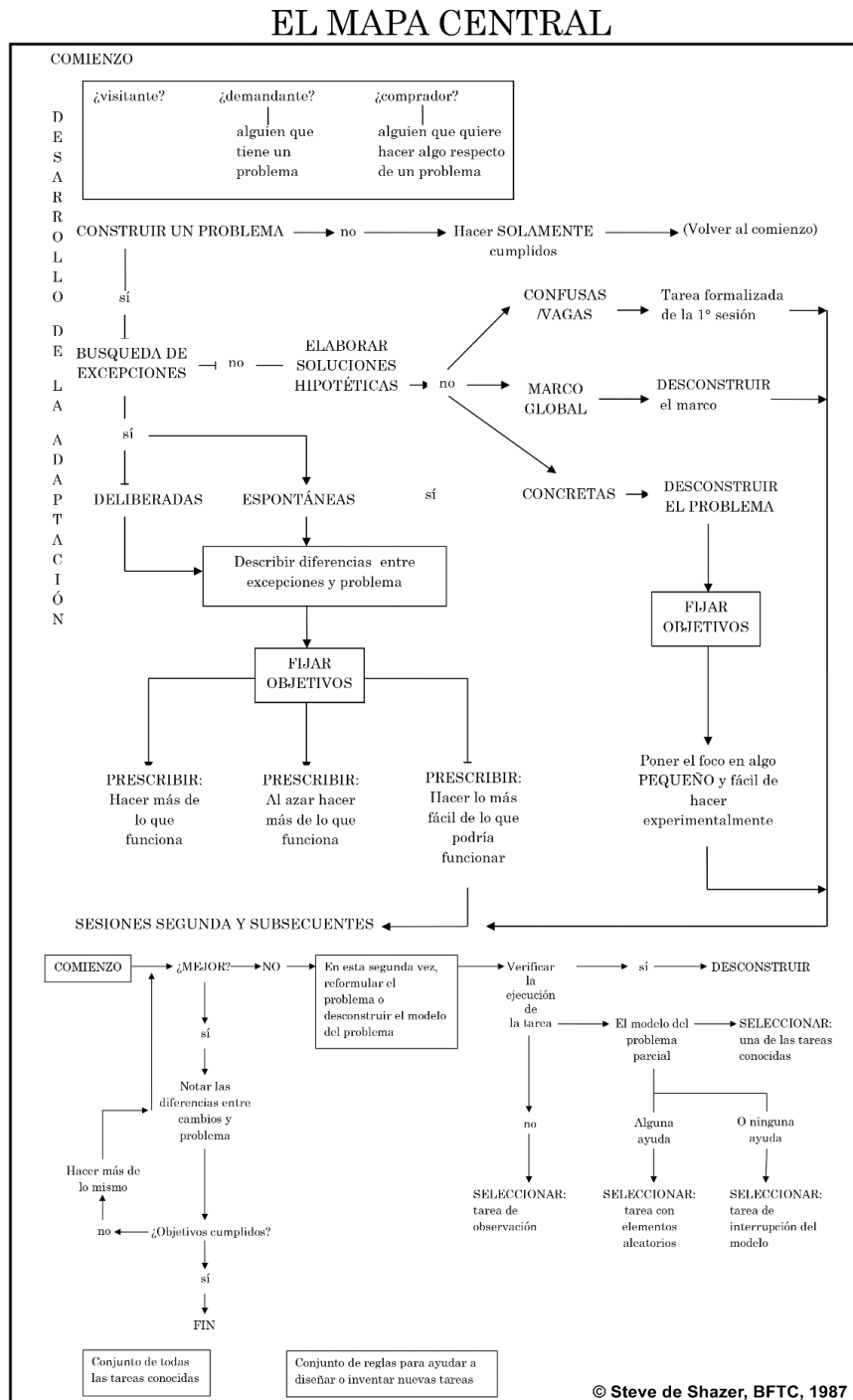
1. **Si no está roto, ¡NO LO COMPONGA!**, es decir, si el paciente no lo ve como un problema, ¿para qué arreglar algo que no está descompuesto?
2. **Una vez que sepa usted qué es lo que funciona, ¡HAGA MÁS DE LO MISMO!**, las soluciones encontradas por el paciente son importantes, y si eso ayuda a disminuir su queja, que lo siga implementando.
3. **Si eso no funciona, no vuelva a intentarlo. ¡HAGA ALGO DIFERENTE!**, muchas veces el paciente trata de seguir intentando con algo que no funciona, algo que no aminora su problema, si eso no funciona, ¿por qué seguir tratando de que funcione? ¿por qué no buscar otra cosa que si lo haga?

Estos supuestos son la base para que el terapeuta pueda trabajar con los pacientes desde su marco de referencia, desde lo que viven, lo que tienen al alcance, su forma de pensar e ideas, acoplarse a su contexto y a partir de ahí, generar soluciones que el mismo paciente pueda implementar, desde lo más simple y sencillo que pueda parecer para el logro del objetivo terapéutico.

Una vez conociendo los supuestos básicos y la filosofía central, se dará paso a ver cómo llevar la TBCS. Steve de Shazer (1992, p. 105), presenta un mapa, como se muestra en la Figura 1, para saber de dónde empezar, que hacer y como intervenir con el paciente, tanto de la primera sesión como en la segunda y subsecuentes.

Figura 1

El Mapa Central.

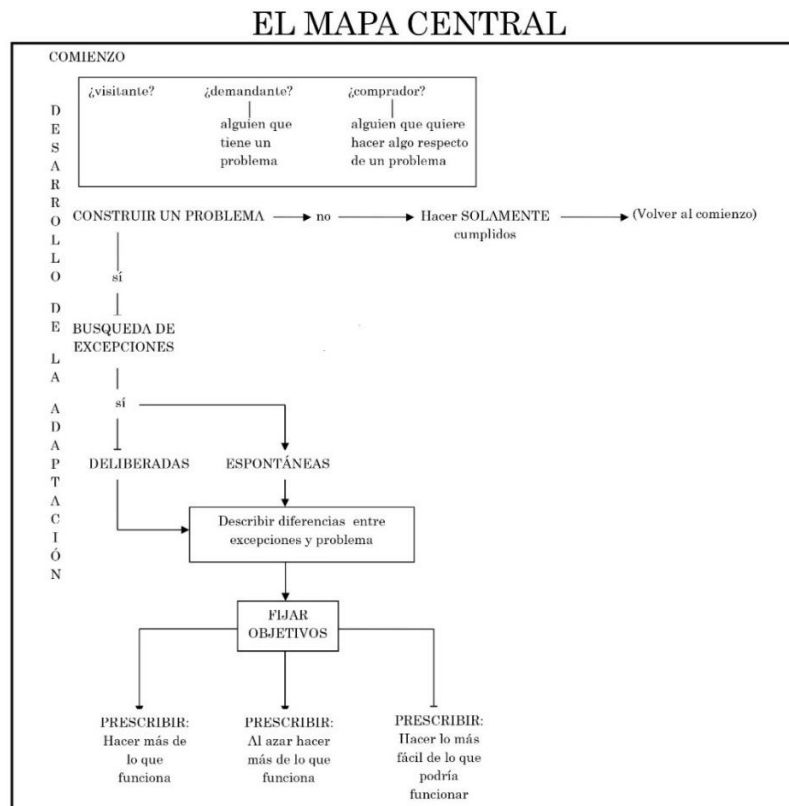


Nota. Por De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.

Este mapa servirá de apoyo para llevar a cabo la sesión con el paciente. La orientación psicológica realizada en el POSEE recae más en la parte del lado izquierdo del mapa por lo que solo se centrará en está, como se muestra a continuación. Además, se ejemplificarán algunos apartados con los casos de los alumnos que se atendieron en el POSEE como parte del servicio social aquí presentado, esto respetando la confidencialidad del paciente sin revelar datos personales y con el mero propósito de que se pueda apreciar tanto la parte teórica de la TBCS y la parte práctica.

**Figura 2**

*El Mapa Central.*



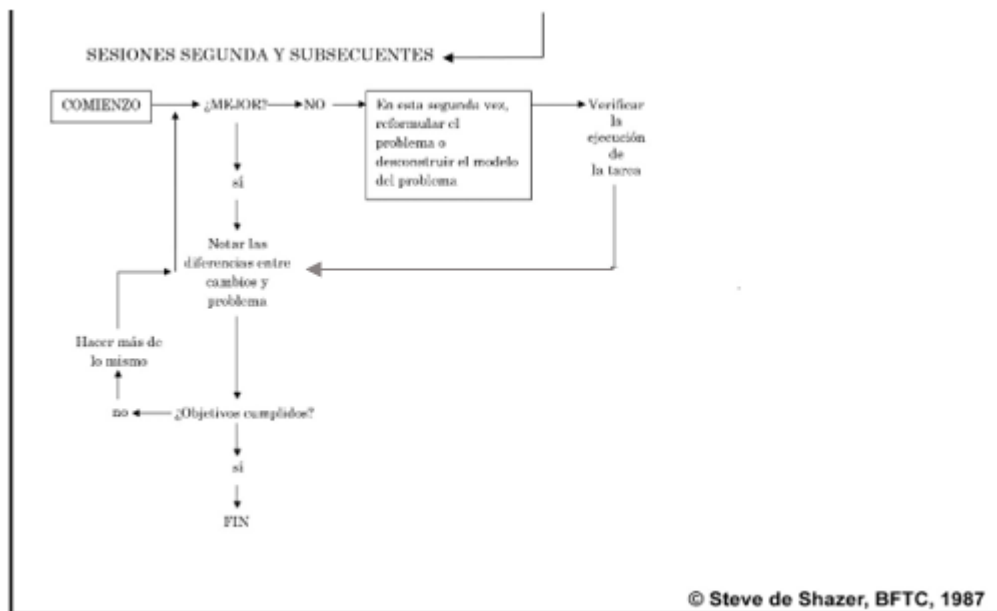
*Nota.* Por De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución.* Barcelona: Gedisa.



Se centrará en esta parte del mapa como se muestra en la Figura 2, para explicar la primera sesión. Mientras que en la Figura 3, se muestra donde recayó la mayor parte del trabajo realizado durante la terapia en el POSEE para la segunda sesión y subsecuentes.

**Figura 3**

*El Mapa Central. Sesiones segunda y Subsecuentes*



*Nota.* Por De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución.* Barcelona: Gedisa.

En la Figura 3 que muestra el mapa, como se puede ver, se realizó una técnica que en el mapa original de la Figura 1 desemboca en otros apartados, pero, al momento de hacerla nos llevó de regreso a la parte que se trabajó, por lo que se podría poner una flecha que así lo indique, más adelante se hablará al respecto sobre la técnica y como se pudo regresar hacia esta parte de “notar la diferencias entre cambios y problema”.

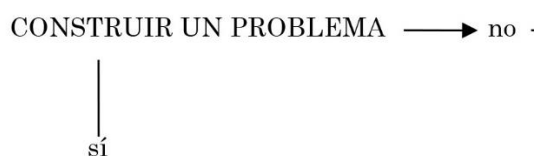
Para empezar con el mapa se irá a la siguiente parte.

### ***Construir un Problema***

Para entender mejor el mapa se debe comenzar con esta parte que muestra la Figura 4, más adelante se fijará el por qué de hacerlo aquí.

#### **Figura 4**

##### *Construir un problema*



*Nota.* Por De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución.* Barcelona: Gedisa.

Al momento de comenzar la sesión lo primero que se pregunta al paciente es la razón por la que ha venido a consulta y por ende, se tendrá una respuesta de él, la cuál será “SI”, hay un problema, o “NO”, no hay un problema. En el caso de “SI”, Steve De Shazer, Insoo Kim Berg Eve Lipchik, Elam Nunnally, Alex Molnar, Wallace Gingerich y Michelle Weiner-Davis (1986) mencionan que se le debe preguntar al paciente aquello que ocurre, que sensación tienen respecto a su problema o, como ellos prefieren llamarle, la queja. Se hará un breve paréntesis para explicar la distinción, ellos indican que en esta terapia se debe diferir dos conceptos en cuanto al problema, esto con el propósito de diferenciarla de otros modelos. El primero es el término de dificultad, este lo explican cómo aquello a lo que llamamos “problemas”, cosas de la vida cotidiana: una discusión o que el auto se haya descompuesto; mientras que las quejas, son aquellas dificultades que por más intentos que se hagan, no hay un cambio y no puede superarse, incluso el paciente tiene una idea de que esta dificultad se llega a hacer eterna, por lo que se incluye la visión del paciente ante el problema. Así, podríamos hablar más de una queja que de un

problema, para fines prácticos en este trabajo, se utilizarán ambos términos para evitar la repetición de los conceptos en un mismo párrafo.

Siguiendo con la construcción de la queja, en la parte de “SI” (hay un problema), existen tres posibilidades de respuesta al momento de preguntar respecto a ella, la primera es que a algunos pacientes se les hará imposible decir que sucede con precisión y únicamente se limitarán a decir que esto pasa de manera esporádica e involuntaria:

Al momento de construir la queja en terapia, un joven describe que el no estar con su pareja le genera desconfianza en sí mismo, sabe que existe un problema, quiere trabajar en él y conoce el origen de este, pero no identifica como llega a generarse ese problema de desconfianza en sí mismo, simplemente sabe que existe y que está ahí en el momento en que no puede estar con su novia.

Otros pacientes describirán paso a paso, con lujo de detalle, lo que sucede, con qué frecuencia, quiénes están involucrados:

Un joven que llega a consulta con el propósito de aminorar su preocupación con las cosas que no puede controlar y se siente mal cuando lo que planea no sale como quiere. Al momento de construir la queja, describe que primero planea todo lo que debe hacer, una lista con los trabajos, tareas y actividades a llevar a cabo durante el día, con la hora en las que deberá hacerlas y el tiempo que le tomará, pero no solo eso, sino también piensa que podría pasar que llegase a interferir con sus planes y ver la forma de eliminarlo. Cuando está haciendo esas actividades planeadas, puede suscitarse algo que no contempló, algo externo que no estaba bajo su control y no podía eliminar, en ese momento comenzaba a sentirse mal, la preocupación llega a sí, trae a su cabeza los pensamientos de que hará las cosas mal, que no va a poder

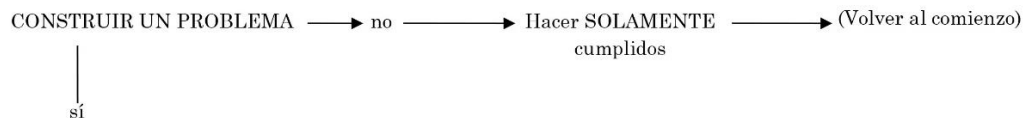
continuar con sus actividades y que nada iba a salir como quería. Comienza a describir la sudoración que se hace presente, palpitación rápida de su corazón y todos los aspectos físicos en el momento en que empieza a sentirse mal.

Aquí se ve que el paciente, tiene en claro las cosas que suceden cuando la queja se presenta, esa serie de pasos que lo llevan a la preocupación, a sentirse mal, a tener pensamientos a los que él clasifica como “catastróficos”. A diferencia del anterior, que solo experimentaba la desconfianza en sí mismo pero no tenía idea de cómo llega.

Todo esto gira en torno cuándo hay una queja pero ¿qué pasa del otro lado? Cuando “NO” la hay.

### Figura 5

#### *Construir un problema*

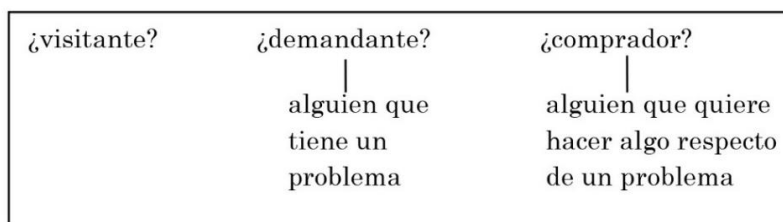


*Nota.* Por De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución.* Barcelona: Gedisa.

En esta parte del mapa como se puede observar en la Figura 5, se muestra que si no se construye un problema o queja a tratar, se deben hacer solamente cumplidos, ¿pero cumplidos de qué? Para ello se regresará a esta parte del mapa que nos muestra la Figura 6.

## Figura 6

### *El Mapa Central.*



*Nota.* Por De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución.* Barcelona: Gedisa.

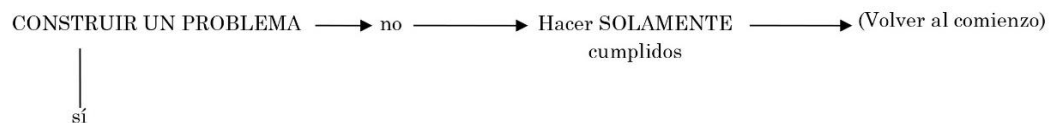
Se puede observar un cuadro que enmarca las etiquetas de “¿visitante?”, “¿demandante?” y “¿comprador?”. De Shazer (1992) y Berg y Miller (1996) plantean esto como una relación que se crea entre el paciente y el terapeuta, más no un tipo de paciente al cual debemos de clasificar, debido a que es una interacción entre el paciente y el terapeuta de la cual depende el resultado del tratamiento, además, podrá ser cambiante si una de sus partes cambia; esta interacción se da en la construcción de la queja pues determinará qué tipo de relación se planteará y de ahí el cómo proceder en la terapia, he aquí el por ello que se comenzó con la construcción de la queja, pues al momento de construirla, podemos clasificar nuestra relación. Existen tres tipos de relación paciente-terapeuta.

**¿Visitante?** Existen pacientes que no tienen un motivo de consulta y la razón por la que asisten a terapia es simplemente porque alguien más les dijo que debían de ir a terapia o porque fueron llevados a ella. Al no tener un motivo de consulta, el paciente y el terapeuta no identifican algo que tratar, el paciente incluso puede pensar que no necesita estar en terapia. Al enfrentarse a una relación de este tipo se pueden seguir algunas pautas a llevar, tales como buscar lo que el paciente hace para decir que no hay una queja, lo que funciona y hace bien, esto para hacerle una serie de cumplidos y mostrarle que esta de su parte, así el terapeuta acepta que no hay un problema que trabajar, pero le expresará al paciente que está dispuesto a

ayudarle si hay alguna otra cosa en la que podrían concentrarse, este último punto, Berg y Miller (1996), lo describen como otro tipo de relación, cuando el paciente no tiene un motivo de consulta inicial pero el terapeuta está dispuesto a ayudarlo a trabajar con alguna otra cosa que el paciente si desee tratar, lo denominan como “comprador oculto”.

## Figura 7

### *Construir un problema*



*Nota.* Por De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución.* Barcelona: Gedisa.

De esta forma podemos ver en la Figura 7 que, al hacer solo cumplidos al no haber un problema que construir, podemos volver al comienzo, es decir, a construir algo en lo que podamos trabajar.

**¿Demandante?** En la relación demandante, el terapeuta y el paciente son capaces de determinar un motivo de consulta, algo que tratar en terapia, aquí el paciente sabe del problema, lo puede describir junto a sus características y razones, pero no está dispuestos a trabajar en ello, el paciente no se ve como parte de la solución y tiene la creencia de que la solución está en que otra persona cambie en lugar de él. El terapeuta acepta trabajar en el motivo de consulta junto con el paciente para buscar una nueva perspectiva que conduzca a una solución.

Una joven que acude a sesión para tratar un problema con su pareja, ella se muestra celosa debido a que vigila a su novio constantemente en las redes sociales, mira quien le comenta en sus fotos de *Facebook*, quien le da me gusta a sus fotos, incluso si él le da me gusta a la foto de alguna

otra chica, lo que la lleva a tener celos, identifica que hay un problema a tratar, que está en terapia para ello, pero en el momento en que expresa que le gustaría que su novio dejará de hacer esas cosas para no causarle celos, la relación se establece como demandante, puesto que quiere que su pareja cambie para que ella pueda dejar de sentir celos.

**¿Comprador?** En esta relación el paciente y terapeuta concuerdan que hay motivo de consulta, algo en lo que se debe trabajar, pero a diferencia de la relación demandante, en la relación de tipo comprador el paciente se ve como parte de la solución, está dispuesto a hacer algo, el terapeuta acepta trabajar con él y está dispuesto a dirigirlo para llegar a la solución.

Se volverá al ejemplo del joven que, durante la terapia, expresa que desea trabajar en su problema sobre ser controlador con las cosas, planifica todo su día desde que se levanta hasta que se duerme, todo debe ser hecho a la hora exacta y de cierta forma, en caso de que algo no salga como él lo planeo, por ejemplo, que una tarea le lleve más tiempo de lo planeado, comienza a preocuparse y a tener ideas catastróficas al respecto, esto le genera un nivel alto de estrés que no lo deja buscar otras alternativas para solucionar el conflicto. Su meta es dejar de preocuparse demasiado cuando esas situaciones que no puede controlar lleguen a suscitarse.

El paciente establece un motivo para estar en terapia, conoce el problema a tratar, sus características, como se genera y también establece una meta a la cual quiere llegar para resolverlo, está dispuesto a trabajar en ello y uno, como terapeuta, acepta y está dispuesto a ayudarlo a encontrar la solución. Al momento de construir la queja, la relación paciente-terapeuta también se construye, es un proceso que va de la mano puesto que no se puede determinar qué tipo de relación se tendrá si no se construyó algo en que trabajar.

Antes de continuar con el siguiente paso después de construir la queja, hay otra parte del mapa que se debe tratar, como se muestra en la Figura 8.

## Figura 8

### *Desarrollo de la Adaptación*

D  
E  
S  
A  
R  
R  
O  
L  
L  
O  
  
D  
E  
L  
A  
A  
D  
A  
P  
T  
A  
C  
I  
Ó  
N

*Nota.* Por De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución.* Barcelona: Gedisa.

En la parte izquierda se puede ver que a lo largo dice “Desarrollo de la Adaptación”. De Shazer (1992) plantea esto como un proceso recíproco que se lleva a cabo desde el principio hasta el final de la terapia, donde el terapeuta y el paciente interactúan para tener confianza mutua, atención recíproca y aceptan la concepción del mundo del otro como válida, valiosa y significativa, al desarrollar la adaptación, el terapeuta podrá usar esa visión del mundo del paciente de manera útil para ayudarle a resolver el problema de manera sencilla y lo más fácil posible.



Se puede decir que cualquier ejemplo que se presente en este trabajo es también un ejemplo de desarrollo de la adaptación, pues el terapeuta acepta la visión del paciente, acepta que hay un problema con el cual trabajar o puede aceptar que no lo hay, valida la visión que tiene el paciente frente a su queja y lo que llega a hacer para que esta disminuya.

Hasta ahora se ha visto que hay que construir una queja para tratar en la consulta, de ello dependerá también la relación paciente-terapeuta y que en todo momento, de principio a fin, se establecerá la adaptación. Continuando con el mapa, lo siguiente que se presenta es “Búsqueda de Excepciones” que se muestra en la Figura 9.

### ***Búsqueda de Excepciones***

**Figura 9**

#### *Búsqueda de Excepciones*



*Nota.* Por De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución.* Barcelona: Gedisa.

Cuando se les pregunta al respecto de su queja, los pacientes llegan a mencionar que hay días donde la queja está ausente, a esto se le conoce como una excepción a la regla. El paciente describe el comportamiento que hizo para que el problema no se presente o puede llegar a controlarlo, entonces el terapeuta se concentrará en diferenciar de esos días donde la queja no está presente, pidiéndole al paciente que describa que es lo que hace (conductas, percepciones, ideas) (De Shazer, et. al., 1986; Berg & Miller, 1996).

Un muchacho decide acudir a la terapia para tratar la tristeza que siente debido a la reciente ruptura de pareja que acaba de tener, busca una manera para lidiar con la situación debido a que su expareja se encuentra en el mismo grupo que él y deberá seguir viéndola durante el resto del año. El paciente construyó un problema, pero al momento de explicarlo, menciona algunas cosas que ha estado haciendo para lidiar con esa ruptura. Por ejemplo, alejarse de ella en el salón, al saber que ella se sienta hasta la parte de atrás él decide sentarse hasta el frente de tal forma que no la tenga a la vista, también decide sentarse junto a uno de sus amigos puesto que le ayuda a distraerse y platicar con él de vez en cuando durante la clase. En sus ratos libres dentro de la facultad decide leer una novela que había estado trayendo consigo, y no solo eso, también entrena boxeo en el gimnasio del plantel, cosa que le ayuda a dejar de lado esa situación y todo lo que conllevaba, como la tristeza. Aquí existen tres excepciones a la regla. El paciente está haciendo algo para que ese problema no se presente de manera continua.

Para trabajar sobre las excepciones Berg y Miller (1996) distinguen cinco maneras en las cuales, el terapeuta puede explorar aquellas soluciones que el mismo paciente ha implementado para aminorar su queja.

**Preguntas que destacan cambios previos en la primera sesión.** Se observó que los pacientes introducen cambios en las pautas del problema desde

antes de su primera sesión, por lo que posteriormente, los terapeutas de Milwaukee pedían a sus pacientes que observaran que cambios se han producido desde el momento de la entrevista hasta la primera sesión.

Algo común dentro del POSEE, es que haya pasado cierto tiempo considerable entre la entrevista inicial con los alumnos hasta su primera sesión terapéutica, esto debido a la alta demanda que se tiene, los horarios disponibles y el limitado espacio de consultorios, al ponerlos en una lista de espera el tiempo llega a ser de semanas o incluso un mes. Lo que favorece que, al tener un intervalo de tiempo, el paciente probablemente haya intentado solucionar su problema de alguna forma, al preguntar si hubo cambios respecto a su queja en ese periodo se puede llegar a identificar algunas excepciones a la regla.

**Trabajo sobre Excepciones.** Lo que busca la Terapia Breve Centrada en Soluciones es generar excepciones, marcarlas y ampliarlas hasta que el problema no esté presente, incluso, se considera que las excepciones han ocurrido desde antes del proceso terapéutico, por lo que el terapeuta debe descubrir los cambios que se han puesto ya en práctica por los pacientes. Trabajar sobre las excepciones se lleva a cabo en cualquier momento de la terapia donde sea factible identificar que están haciendo los pacientes que sea beneficioso para ellos, ya sea para conseguir su objetivo o para que el problema no se presente. El paciente informa aquello que ha mejorado, menciona aquella excepción que le ha ayudado a aminorar su queja, a esto se le conoce como elicitación de la excepción.

El terapeuta marca la excepción, no la deja pasar de largo y muestra curiosidad por lo expresado, incluso puede llegar hasta no creer en la excepción con el objetivo de incentivar que el paciente de más detalles al respecto. A esos detalles mencionados por el paciente: cómo, cuándo, dónde, con quién, de qué manera sucedió, qué pasó antes de que ocurriera y que resultados positivos tuvo de ello, se le conoce como ampliar la excepción o pauta de la excepción. El terapeuta tiene una importante tarea, la cual es destacar que fue el mismo paciente,

y hacerle ver a este, que fue el responsable de lo que ocurrió, atribuirle el control para crear soluciones y llevarlas a la práctica. Finalmente, el terapeuta seguirá con otras excepciones, preguntará sobre otras cosas que ocurrieron para solucionar la queja, repitiendo el proceso anterior (Beyebach, 1995).

**Pregunta por el Milagro.** La pregunta por el milagro es la más importante de la terapia, su objetivo es orientar al paciente hacia el futuro, un futuro donde el problema está resuelto y la terapia finalizó. El paciente sueña con una realidad alternativa, describiendo detalladamente el futuro, lo que será diferente en este, imagina esa vida dolorosa y triste como una más alegre y coherente. La descripción que den del milagro debe ser realista y accesible para ellos, que encaje en su estilo de vida y pueda alcanzarlo. El terapeuta da esperanza y posibilidad al paciente, y este responde creando esperanza para su vida. A pesar de que se le conciba como un "milagro", los pacientes suelen ser muy realistas, pero cuando uno llega a crear sueños imposibles, el terapeuta deberá devolverlo amablemente a la realidad, tomarlo con humor o tomarlo en serio con su deseo, aunque en ocasiones también llegan a saber que es algo imposible, por lo que describen su milagro un poco más real, de esta manera será más probable que lo lleven a cabo (Berg & Miller, 1996).

La pregunta por el milagro no busca generar objetivos vagos o bien planteados, lo que sugiere, es situar al paciente en una nueva perspectiva donde la situación no se repite una y otra vez, un futuro diferente donde han salido de ese ciclo, y no es una pregunta como tal, son una serie de preguntas donde se inicia de la siguiente manera:

"Supongan que esta noche, mientras están durmiendo, sucede una especie de milagro y los problemas que les han traído aquí se terminan de resolver del todo, no como en la vida real, poco a poco y con el esfuerzo de todos, sino de repente, de forma milagrosa. Como están durmiendo no se dan cuenta de que este milagro se produce. ¿Qué cosas van a notar

diferente mañana que les hagan darse cuenta de que esta especie de Milagro se ha producido?" (Beyebach, 1995, p. 161).

Es poco probable que los pacientes respondan según las características de los objetivos bien formulados, lo normal es que respondan en términos de la queja, negativamente, vaga o intrapersonal. En este punto se inicia el trabajo sobre la pregunta del milagro, estableciendo preguntas para ayudar a los pacientes a transformar sus respuestas en objetivos bien planteados y que los formulen ellos, el resultado de la pregunta por el milagro será una "película" sobre como suceden las cosas una vez que el problema está resuelto. La orientación debe ser en futuro y no se deberá regresar al presente hasta que se dé por concluida la sesión, y si surgen excepciones actuales el terapeuta deberá dejarlas de lado unos momentos para continuar en una perspectiva hacia el futuro y posteriormente, retomarlas (Beyebach, 1995).

**Pregunta de escala.** Se le pide al paciente se coloque en una escala numérica, en esta enunciará sus problemas, prioridades, éxitos, etc. El terapeuta obtendrá una retroalimentación del proceso terapéutico y podrá evaluarlo, así como para motivar al paciente y destacar lo que falta por hacer para continuar con el cambio. El paciente se hará cargo del tratamiento ya que el progreso está determinado por él y los cambios que implemente. Se le puede pedir que, en una escala del 1 al 10, donde el 1 es su queja, y el 10 es su objetivo o meta, se coloque en un número, el cual el paciente mencionará, por ejemplo, el 6 (Beyebach, 1995; Berg & Miller, 1996; Matter, 2006).

Cuando un paciente se sitúa en un número mayor al de la sesión anterior o diferente a 1, Beyebach (1995), indica que se está ante una excepción, siguiendo el ejemplo anterior, el terapeuta deberá preguntar ¿Qué cosas está haciendo para estar en ese 6? ¿Cómo se da cuenta que está en ese número?, por lo que el paciente responde lo que hace para situarse en ese 6, por ejemplo, ya no responder agresivamente a su pareja, en ese momento se debe ampliar la excepción como se

describió en el trabajo sobre excepciones: qué hizo, cómo, cuándo, dónde, con qué frecuencia, etc., esto seguido de una atribución del control e identificar el paso siguiente, es decir ¿qué será diferente cuando se situé en un 7?

Las escalas se pueden usar en ese sentido, de atrás hacia adelante para evaluar las mejoras, los avances obtenidos, lo que falta por hacer para llegar al objetivo, y de adelante hacia atrás, para evaluar lo que ha mejorado respecto a la queja, por ejemplo, en una escala del 1 al 10, donde el 10 es mucha tristeza y el 1 es poca tristeza, ¿en qué número estaría? (Villanueva, 2015).

**Pregunta de cómo el paciente enfrenta el problema.** Los pacientes más complicados son aquellos que tienen una visión pesimista de su futuro, tienen ideas respecto a que no hay esperanza para que su queja se solucioné, y hagan lo que hagan su vida no mejorará, no hay forma de convencerlos que hay una esperanza para ellos, pero en lugar de darse por vencidos con estos pacientes, se sugiere otra forma de intervención, al preguntar cómo enfrenta el problema, cómo se limita a afrontar el asunto, describirá pequeños pasos que le permiten sobrellevar su queja día a día, y esto se convierte en aquello que necesita seguir haciendo, por muy insignificante que llegue a parecer, orientar al paciente a que tiene cierto éxito sobre el problema y que puede responder a ellos, de esta forma, construirá soluciones más exitosas (Berg & Miller, 1996).

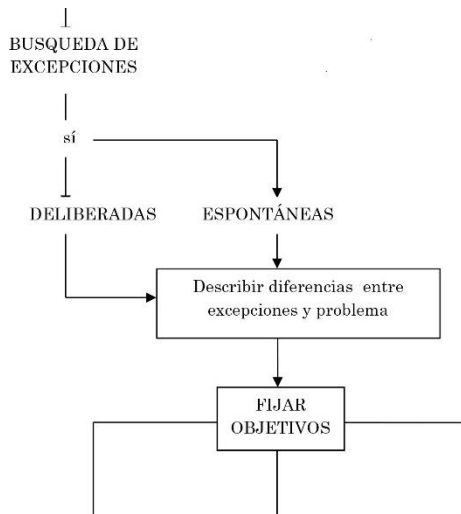
Una chica cuyo objetivo era modificar el tener pensamientos de querer morir todos los días. Durante la quinta sesión se le preguntó que había mejorado con respecto a su pensamiento, ella dijo que nada había ido mejor, todo seguía igual, incluso tuvo pensamientos como “¿para qué hacer las cosas? si al final voy a morir”, eso le hacía no querer hacer las cosas y no querer levantarse de la cama. Para trabajar con ella se le preguntó cómo le hace para levantarse, incluso, como le hizo para venir a la sesión el día de hoy, si a final de cuentas, va a morir. En ese momento empezó a elicitar tres excepciones: la primera era pensar que su padre no

le pagará el dinero que le pidió prestado a su abuela, por lo que ella tenía que levantarse para ir a trabajar y poder pagar esa deuda; en segunda, se levantaba para asistir a la facultad solo para que su familia no le preguntará si algo le pasaba y evitar hablar de su problema con ellos; y en tercera, saber era un orgullo para sus sobrinos pues se les hacía increíble que ella trabajará y estudiara a la vez, y no solo estudiará algo básico, sino que había llegado hasta la carrera. De esta manera, se pudo rescatar recursos que hacen que la paciente enfrente su problema.

De estas cinco maneras se llega a trabajar la búsqueda de excepciones, de tal manera que se identifiquen cambios que han implementado los pacientes para aminorar su queja, por muy pequeño que sea.

**Figura 10**

*Fijar Objetivos*



*Nota.* Por De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución.* Barcelona: Gedisa.

Siguiendo el mapa, ya se estableció algo con lo que trabajar, se ha construido una queja junto con el paciente, se estableció la relación de cooperación y se han

buscado excepciones, en la Figura 10, se enmarca el siguiente paso que es “Fijar objetivos”.

### ***Fijar Objetivos***

De Shazer (1992), establece que se debe fijar una meta y un modo de saber que ese objetivo se está cumpliendo, lo cual determinará el éxito de la terapia. Para ello, los objetivos, según Berg y Miller (1996), deben tener ciertas cualidades:

1. Tener importancia para el paciente: debe visualizar el logro del objetivo como beneficioso para él, que invierta algo de esfuerzo para alcanzarlo.
2. Ser limitados: el objetivo debe fijarse lo suficientemente limitado para poder cumplirse.
3. Debe ser concreto, específico y estar formulado en términos de conducta, de esta forma, al ser observable y más fácil de evaluar, el progreso se verá reflejado, determinando solo lo que falta por hacer.
4. Plantear la presencia y no la ausencia de algo: si algún paciente no quiere enojarse, ¿entonces qué estará haciendo en lugar de eso? No es posible eliminar o no hacer algo.
5. Que sea un comienzo y no un fin: se deben describir los primeros pasos para lograrlo, los pequeños pasos que el paciente necesita dar y no el fin del recorrido.
6. Ser realistas dentro de la vida y contexto del paciente: no esper alcanzar objetivos imposibles, por ejemplo, alguien que quiere comenzar a hacer ejercicio, su objetivo lo plantea como hacer ejercicio todos los días durante dos horas, es realista, hasta cierto punto, pero ¿cómo logrará alcanzarlo si nunca en su vida ha hecho ejercicio o corrido más de 100 metros?
7. Que representen un trabajo duro para los pacientes: el trabajo para crear soluciones no solo recae en el terapeuta, sino que el paciente, deberá estar trabajando constantemente para poder resolver su queja.



Establecer objetivos es indispensable para saber a dónde quiere llegar el paciente, que desea ver en su vida en lugar del problema que enfrenta. Tener un objetivo bien definido nos permite medir el progreso que lleva el paciente para aproximarse a este, debe ser establecido por el paciente y el terapeuta deberá ayudarlo a plantearlas con claridad (Tarragona, 2006).

Uno de los pacientes expresó que su objetivo durante el proceso terapéutico sería “controlar sus emociones de querer regresar con su expareja”. Hizo mención de que esta relación no le estaba dejando nada bueno, puesto que no podía concentrarse en sus clases, estaba sacando bajas calificaciones, además de que su relación fue perjudicial debido a que sus comportamientos aumentaban sus inseguridades, quería mejorar para sí puesto que ya no quería ser la persona de antes que le rogaba a sus exparejas o terminaba embriagándose ante la ruptura. Su objetivo tiene importancia y conllevará a un trabajo duro para el paciente, puesto que desea mejorar su vida respecto a la situación que enfrenta. Es limitado y formulado en términos de conducta, podrá ver el avance del proceso al ver que podía controlarse para regresar con su ex, además de tener presencia en lugar de ausencia de algo, es realista y representa un principio. Uno de los avances que se pudo ver durante la orientación fue que el paciente podía hablar con su antigua pareja, incluso salir a comer con esta, y esto no significaba que tendrían una relación, incluso comenzaba a controlar esa emoción de tristeza al verle.

Hasta este punto la sesión terapéutica se ha mantenido constante desde el inicio de la terapia hasta la creación del objetivo, algo que no se señala en el mapa pero que es prudente rescatar, es la interrupción y pausa de la sesión.

### ***Interrupción y Pausa***

En cada sesión el terapeuta debe dar una retroalimentación al paciente, de esta forma, si cuenta con un equipo de colegas que observa la sesión, el terapeuta

pide al paciente tomar unos minutos, 10 o menos, para hablar con su equipo y posteriormente regresar, y aun si trabaja solo, es común que se pida esos minutos para pensar y traer consigo esa retroalimentación, esto después de unos 30 o 40 minutos de sesión, su finalidad es decidir al paciente qué va a hacer y cómo. La conversación con el equipo o con uno mismo, se centra en lo que el paciente está haciendo y resulta bueno para él, la excepción a la pauta, como se imagina el equipo que aparecerá el paciente cuando la queja este en el pasado (De Shazer, et. al, 1986; Tarragona, 2006).

### ***Mensaje***

El mensaje que se desarrolla durante la pausa y se entrega al paciente después de haber regresado de la pausa, son breves y no se tardan más de 5 minutos dando por terminada la sesión. Por lo general, se divide en dos partes: cumplidos e indicaciones. Los cumplidos, son afirmaciones respecto a algo que el paciente dijo y que puede considerarse útil, eficaz y bueno, se debe alentar al paciente que hace cambios por sí mismo, ya que una vez realizados, le resultará más fácil hacerse cargo de la solución, el terapeuta admira el ingenio del paciente para hacer avances que lo acercan a su objetivo. El terapeuta debe ayudarlo a sentir que es dueño de esas soluciones, de esa forma será más probable cumpla con sus objetivos, puesto que él las encontró, es más probable que las mantenga. También incluyen las excepciones y los progresos realizados para lograr el objetivo. De esta forma, su objetivo es orientar hacia la solución y continuar con ese desarrollo de la adaptación al hacerle saber al paciente que se acepta su concepción del mundo, que ve las cosas como él y que está de acuerdo con esa postura. Por otro lado, las indicaciones son tareas o acciones que el paciente puede hacer para llevarlo hacia la solución (De Shazer, et. al, 1986; De Shazer, 1992; Berg & Miller, 1996).

### ***Tareas***

En la Terapia Breve Centrada en Soluciones se distinguen diversas tareas propuestas por el equipo del Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, cabe destacar, que estas tareas deben ser redactadas según la situación y contexto de

cada paciente, por lo que se debe tener en cuenta esto antes de entregarla en las indicaciones finales del mensaje.

**Figura 11**

*Tarea Formalizada de la 1° sesión*



*Nota.* Por De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución.* Barcelona: Gedisa.

Antes de ir a la parte final del mapa, se debe visualizar una tarea que se encuentra en esta parte del mapa (como lo muestra la Figura 11). Se explicará el por qué se mencionará primero y en que consiste.

**Tarea Formalizada de la Primera Sesión.** Con lo que se espera de esta tarea es que, el paciente, genere una lista de éxitos, en lugar de una lista de obligaciones, la atención se concentra en las cosas buenas de la vida del paciente. Por lo general, esta tarea es aplicable para situaciones donde el paciente tiene múltiples problemas y es incapaz de concentrarse en un objetivo realista, o bien, a aquellos pacientes que se sienten abrumados por otras personas que les exigen que cambien, es decir, a los pacientes con los que se establece una relación de tipo demandante. Esta tarea se basa en el supuesto de que el problema no guarda relación alguna con la solución, por lo que no es necesario conocer detalladamente el problema, está diseñada para fomentar el cambio a futuro, orientar hacia las soluciones y cambiar el foco del paciente, cambiar su orientación de hechos pasados hacia el presente y futuro, reorienta su percepción negativa hacia una positiva, además de centrarse en lo que quiere que continúe ocurriendo en su vida,

aquello que vale la pena que siga sucediendo y que las observe (De Shazer, 1991; Haz y Castro, 1994).

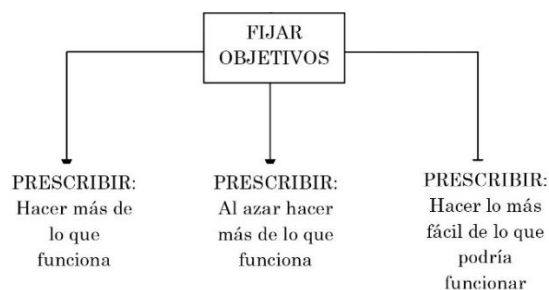
“A partir de este momento y hasta la próxima sesión, nos gustaría que usted observara –de forma que pueda describírnoslo la próxima vez– qué cosas suceden en su vida que usted desearía que continuaran sucediendo (De Shazer, et. al, 1986, p. 157)”.

Esta tarea se utilizó con una paciente cuya queja eran las discusiones con su madre y el enojo que esta le causaba. Había una queja, algo con lo que trabajar, pero en su discurso atribuía que su madre era la que debía cambiar para dejar de enojarse, la tarea fue la siguiente: “Me gustaría que a partir de ahora, y hasta la siguiente sesión, observes de tal manera que puedas describirlo, qué cosas quieres que continúen sucediendo en relación con tu madre”.

Ahora se dirigirá al final del mapa (Figura 12), donde se encuentra la parte de la prescripción de la tarea que es con lo que se cierra la sesión. Berg y Miller (1996), aquí se presentan las tareas de esta terapia:

**Figura 12**

*Prescribir*



*Nota.* Por De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución.* Barcelona: Gedisa.

**Hacer más de lo que funciona.** Es una idea simple pero que ha tenido una influencia significativa en el trabajo con los pacientes. Esto se sustenta en la idea de que no hay una manera correcta de resolver las situaciones, sino que hay que continuar haciendo eso que sirve para solucionarlo, repetirlo. Cuando algo funciona hay que hacer más de eso o cosas parecidas, la idea de la terapia es que el paciente continúe con esos cambios que han sucedido (De Shazer, et. al, 1986; Berg & Miller, 1996)". Incluso en esta tarea, cuando se han encontrado muchas más excepciones que el paciente trae consigo, y tiene una gama amplia de donde elegir, se le puede pedir que haga al azar, de todo este abanico de opciones, elija una de las soluciones que le funcionan.

Un paciente describió que para alejar los pensamientos de querer morir, algo que le funcionaba era escuchar música y acostarse en el pasto de las jardineras de la FES mientras contemplaba el cielo. Es algo que le ayuda a controlar esos pensamientos por lo tanto, se le dejó que siguiera haciendo esto que funciona.

**Hacer lo más fácil que podría funcionar.** Aquí el paciente puede elaborar algunas soluciones que podrían servirle y posteriormente pedirle que haga lo más fácil que podría funcionar, algo pequeño que le pueda servir y pueda hacer entre esta sesión y la siguiente (De Shazer, 1992).

Uno de los pacientes dentro del servicio expresó que quería controlar la masturbación ya que al hacerlo demasiado se sentía mal, al momento de construir posibles soluciones mediante la pregunta de escala para saber qué estaría haciendo para posicionarse en un siguiente número, mencionó dos opciones: 1) que podría intentar alternar los días en que se masturbaba, es decir, un día sí y un día no; y 2) masturbarse solo durante la noche y no hacerlo durante la mañana y la tarde. Se le pidió que hiciera lo más fácil que podría funcionar, a lo que, en la siguiente sesión, expresó

que dejó la masturbación solo para las noches, lo que le ayudó a seguir haciendo sus actividades y a no sentirse mal por hacerlo.

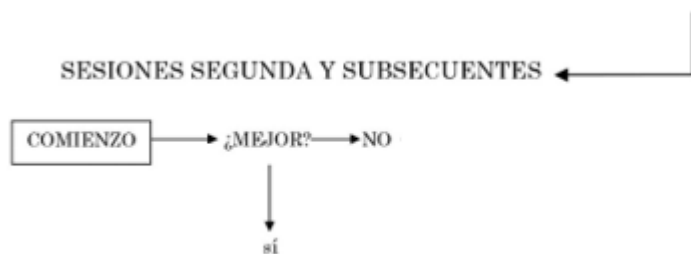
Hasta este punto se ha abarcado la parte de la primera sesión del mapa central que se ha utilizado para llevarla a cabo, ahora se abordará lo que se establece a partir de la segunda sesión y las subsecuentes.

### **Segunda sesión y subsecuentes**

A partir de la segunda sesión, la queja pasa a un segundo plano, puesto que ya se habló de ella en la primera sesión, no hay mucha necesidad de sacarla a partir de la segunda reunión. En su lugar, el terapeuta deberá enfocarse en aquellas cosas que el paciente ha hecho en su beneficio: “¿Qué cosas positivas han ocurrido desde la sesión pasada hasta esta?”, “¿Qué cosas desea usted que continúen sucediendo?”, “¿Qué está haciendo ahora que son buenas para usted?” (De Shazer, et. al, 1986).

### **Figura 13**

*El Mapa Central: ¿Mejor?*



*Nota.* Por De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución.* Barcelona: Gedisa.

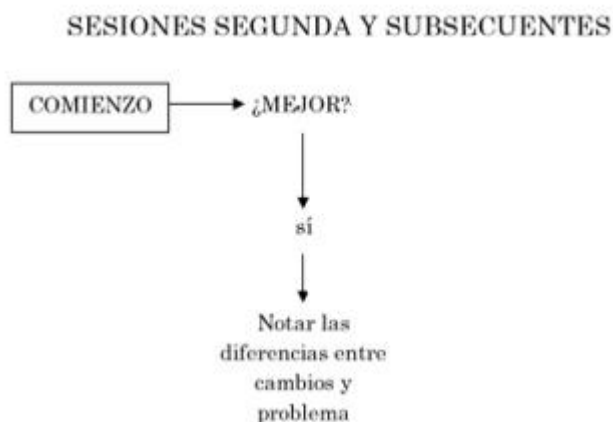
La Figura 13 marca esta parte del mapa, se comienza la sesión preguntando “¿Qué ha ido mejor (con respecto a su queja)?”, en esta parte se enmarca dos posibilidades de respuesta, “SI” o “NO”. Berg y Miller (1996) identifican que hay tres

posibilidades de respuesta ante esta pregunta de “¿Qué ha ido mejor?”, la primera, que el paciente responda “las cosas estan un poco mejor”, lo que corresponde a la parte de “SI”; dos, que sea un “no ha cambiado nada”; y tres, “todo está peor”, estas dos últimas nos llevarían por el lado del “NO”.

Como primera parte, se revisará cuando el paciente lleva al terapeuta por el camino del “SI”, hay una mejora (Figura 14).

### Figura 14

*¿Mejor? Si*



*Nota.* Por De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución.* Barcelona: Gedisa.

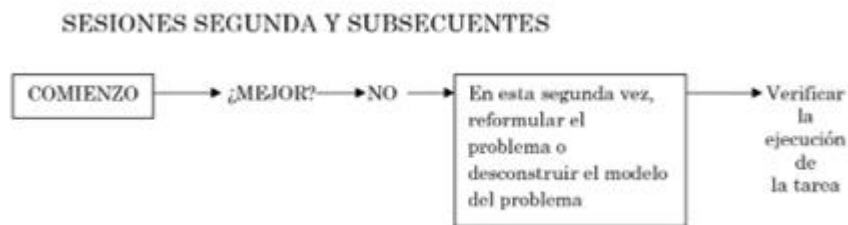
Ante la primera respuesta, el paciente mencionará aquellas cosas que encontró que van mejor, por lo que el trabajo del terapeuta será preguntar ¿Cómo hizo usted para que eso sucediera? ¿Cuándo paso? ¿Cómo? ¿Qué más hizo? Esto con el fin de alentar al paciente y hacerle ver que esos cambios benéficos fueron empleados por él y no fueron por un acontecimiento, otras personas o por mero azar, así como concentrar la atención en que más necesita hacer el paciente para seguir adelante con su objetivo, es decir, trabajar sobre las soluciones con alguna

de las cinco formas presentadas anteriormente: trabajo sobre excepciones, pregunta de escala, etc.

Ahora bien, ¿qué pasa si hay una respuesta de “No hubo cambios” o “Todo está peor”. Veamos la Figura 15.

**Figura 15**

*¿Mejor? No*



*Nota.* Por De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución.* Barcelona: Gedisa.

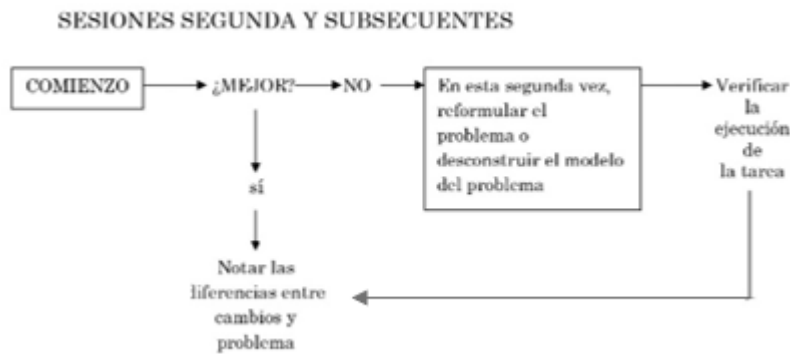
Con esta respuesta el paciente da a entender que los cambios no son importantes para él, que aquello que hizo no es significativo o que esperaba algo mucho más grande, un cambio enorme. Lo que se debe hacer es centrar la atención del paciente en esas pequeñas cosas que está haciendo y resaltarlas como importantes. El terapeuta debe aceptar la visión del paciente cómo válida respecto a que “todo va peor” o “no hubo cambios”, aquí se hará el paso de verificar ejecución de la tarea, revisando la semana a detalle, preguntando qué cosas ocurrieron durante la sesión pasada a la actual, verificando uno por uno esos días donde la queja se presentó y dónde no. Cuando se hace esto, el paciente descubre que hubo cambios, que hizo algo diferente que provocó ese cambio. De esta forma el terapeuta se mantendrá preguntando sobre aquellas cosas que el paciente está haciendo y den resultado, esto con el propósito de buscar excepciones (De Shazer, et. al, 1986; Berg & Miller, 1996).



Ante esta técnica de verificar la ejecución de la tarea, los pacientes a los que se les aplicó marcaron que hubo días donde la queja no estuvo presente y que efectivamente, hubo cambios e hicieron cosas para que esta no se suscitará, por muy pequeño que fuera, por muy pocos días que haya pasado, se encontraron excepciones. Por lo que aquí se podría poner una flecha de regreso hacia la parte del “SI” como se mencionó en las primeras páginas de este trabajo con anterioridad (como se muestra en la Figura 16).

**Figura 16**

*Verificar ejecución de la tarea*



*Nota.* Por De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución.* Barcelona: Gedisa.

Una vez que se han trabajado las excepciones de cualquiera de las formas posibles descritas anteriormente, De Shazer (1992), plantea lo siguiente en el mapa.

**Figura 17**

*¿Objetivos cumplidos?*



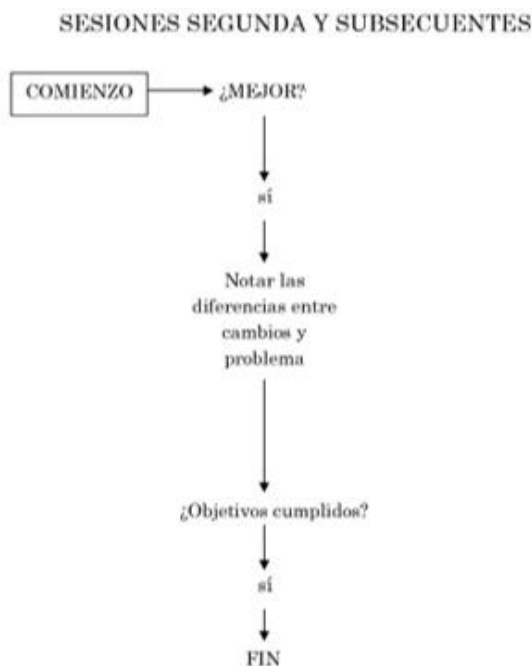
*Nota.* Por De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución.* Barcelona: Gedisa.

Se ejemplificará lo visto en la Figura 17 de la siguiente manera. Al inicio de la sesión se le preguntó al paciente “¿qué cambios ocurrieron desde la sesión anterior hasta este momento con no sentirse mal al no poder eliminar las variables externas que no puede controlar?”, a lo que respondió que todo fue mejor, puesto que se sintió menos preocupado por querer controlar todo, no se sintió tan mal. Se procedió a la búsqueda de excepciones trabajando con estas marcando, ampliando y atribuyendo el control. Cuando se terminó de explorar todo aquello que hizo para disminuir su queja y acercarse más a su objetivo, se le preguntó si su objetivo estaba cumplido, a lo que él dijo que no, por lo que al final, en el mensaje, como tarea se le dejó hacer más de lo mismo, más de aquello que funciona, finalizando la sesión y hasta que nos volvamos a ver en la siguiente.

Ahora bien ¿qué pasa si los objetivos en terapia han sido cumplidos?

**Figura 18**

*¿Objetivos Cumplidos?*



*Nota.* Por De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución.* Barcelona: Gedisa.

Cinco semanas después, es decir, en la quinta sesión, a este mismo paciente se le hizo la misma pregunta para saber si todo iba mejor, a lo que respondió afirmativamente, se exploraron las soluciones a través de la pregunta de escala, el paciente se posicionó en un número 10, donde el 10 era su objetivo: “no sentirse tan mal cuando no pudiese controlar variables extrañas al momento de planear su día”. En ese momento se le preguntó si sus objetivos habían sido cumplidos, a lo que respondió que sí, ya no se sentía tan mal al momento en que no podía controlar aquello externo cuando planificaba su día a día, que ahora podía concentrarse en ver cómo solucionar y hasta reorganizar sus horarios para poder hacer lo que quería, e incluso, dejar para otro día aquello que no pudo concluir o empezar a hacer en el día que lo planeo. El paciente llegó a su objetivo y se decidió dar por finalizada, no solo la sesión, sino la terapia.

Todo lo anterior, es en esencia la Terapia Breve Centrada en Soluciones creada por Steve De Shazer y sus colaboradores. Desde sus influencias y postulados centrales hasta el inicio de la sesión con la construcción de la queja y la relación terapeuta-paciente, desarrollando en todo momento la adaptación, la cual, nos permite tomar la visión del paciente respecto a su realidad, su mundo y su problema para poder ayudarlo a encontrar la solución. Seguido de la búsqueda de excepciones, donde se puede trabajar de cinco maneras distintas: pregunta que destacan cambios previos en la primera sesión, trabajo sobre excepciones, pregunta por el milagro, pregunta de escala y pregunta sobre como el paciente enfrenta el problema. Se fija el objetivo que llevará al paciente a darse cuenta cómo está cambiando y encaminado a la solución de su queja. Se hace una breve pausa para analizar lo dicho por el paciente en la terapia y preparar el mensaje final, donde se hacen una serie de cumplidos y se prescribe la tarea, dando por finalizada la sesión.

Para la segunda sesión y subsecuentes se pregunta qué cosas han ido mejor con respecto a la queja del paciente, donde se tendrán dos posibilidades: “todo ha ido mejor”, en este punto se concentrará en que ha hecho el paciente para estar mejor comenzando así la búsqueda de las excepciones; o existirá un “nada ha ido mejor”, dónde se verá día a día como el paciente, desde la sesión pasada hasta la actual, se ha comportado para que la queja este presente o no, enfocados en los días en que no ha estado el problema, buscando que hizo para que esto suceda, regresando a la búsqueda de excepciones. Finalmente, si el paciente no ha cumplido su objetivo, se le pedirá continúe haciendo todo aquello que ha hecho para acercarse a su meta, de lo contrario, si el objetivo fue alcanzado, se podrá dar por concluida la terapia.

De esta manera, la Terapia Breve Centrada en Soluciones sirve para cumplir con las demandas de los alumnos de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza en cuanto a su salud mental, ya que, en lugar de centrarse en el problema, el foco

de trabajo será en aquello que funciona, en aquello que el estudiante está haciendo bien para resolver su problema, ayudarles a que puedan notar que tienen recursos, habilidades y capacidades para cambiar la situación a la que identifican como problemática y que desean resolver, además, la demanda de la población estudiantil para la atención psicológica es alta, por ello, la TBCS es una manera de solucionar el sobrecupo, así, en un máximo de ocho sesiones los pacientes podrán, por su cuenta y con ayuda del terapeuta, resolver su queja, liberando un espacio para otro alumno que necesite la atención por parte del programa.

## **Programa de Orientación Sexual y Emocional Estudiantil**

El POSEE, como se mencionó con anterioridad, es un programa de servicio social de la carrera de Psicología de la FES Zaragoza coordinado por la Mtra. Silvia Mercado Marín, el cual se realiza dentro de la misma facultad. Tiene como objetivo “brindar apoyo entre pares, de forma profesional y supervisada, a estudiantes en riesgo, orientado a su salud sexual y psicológica tanto en forma ordinaria, como en crisis, derivadas de situaciones personales o de eventos traumáticos” (Sistema de Información Automatizada de Servicio Social, 2014).

Cabe destacar que el programa recibe a pasantes de la carrera de Psicología y de la licenciatura de Médico Cirujano de la misma Facultad, siendo estos últimos encargados únicamente de la orientación sexual, como la resolución de dudas a los estudiantes de enfermedades de esta índole o algunas otras cuestiones que distan de la salud emocional y de las funciones de los pasantes de Psicología.

Este programa tiene dos sustentos fundamentales en los que, los pasantes de la carrera pueden ayudar a los demás estudiantes de la facultad, tanto de la misma carrera (psicología) como de las otras. Estos son la teoría vigotskiana del aprendizaje y el aprendizaje colaborativo. La teoría vigotskiana, plantea que el aprendizaje es un proceso personal pero que depende de la interacción con otros, no deja de lado el aspecto social, sino que lo coloca como el centro (Santiviago, 2018). Para explicar esto se tomarán dos conceptos clave: la zona de desarrollo próximo y el aprendizaje colaborativo. La Zona de Desarrollo Próximo (ZDP) se define de la siguiente forma:

“Vigotsky planteaba que el aprendizaje despierta una serie de procesos evolutivos que operan sólo cuando el niño está en interacción con las personas de su entorno y en cooperación con algún semejante más experimentado o capaz, el autor acuñó el término Zona de Desarrollo Próximo, para describir a este tipo de interacciones de aprendizaje; principio que se constituye en un elemento básico y común en el

análisis y explicación de los procesos psicológicos individuales y por ende, de la adquisición de conductas culturalmente adecuadas concebidas como un proceso de interacción entre el niño y los adultos, en que los adultos guían la conducta de los niños” (Cole, como se cita en Gómez y Covarrubias, 2020, pp. 468-469).

La ZDP es el proceso de aprendizaje que incluye la interacción con otros, en esa interacción hay guías que ayudan a la adquisición de conocimientos y habilidades, sin importar la edad o rol social que esos mentores tengan, pues lo único indispensable es que posean un grado mayor de conocimientos y habilidades para poder corregir y dirigir esos conocimientos y habilidades que el individuo en cuestión está aprendiendo (Gómez y Covarrubias, 2020).

Por otra parte, Galindo, Galindo, Martínez, Ley, Ruiz y Valenzuela (2012) dicen que el aprendizaje colaborativo es un proceso de interacción micro social en el que, a través de la colaboración, se establece un consenso de significados, metas y trabajo en conjunto que construye el conocimiento.

“El aprendizaje colaborativo permite a los estudiantes desarrollar competencias transversales necesarias para el desarrollo profesional, como son la planificación del tiempo, la comunicación, la solución de problemas y la toma de decisiones; además, pueden fomentar la capacidad innovadora y creativa, en definitiva potenciar una mayor profundidad en el aprendizaje” (Casamayor, como se cita en Galindo, et. al, 2012, pp. 157).

Con estos dos conceptos, se tiene el fundamento del trabajo entre pares, es decir estudiantes apoyando a estudiantes, ya sea de un nivel avanzado orientando a otros de un nivel bajo, o alumnos de un mismo nivel pero con diferentes habilidades, conocimientos y capacidades (Santivago, 2018). Así, estudiantes de psicología en el último nivel de la carrera o egresados, que llevan a cabo su servicio

social en el POSEE, pueden orientar a otros estudiantes, ya sean de la misma carrera o de otras, al funcionar como un guía para la resolución de sus quejas.

El Programa de Orientación Sexual y Emocional Estudiantil llevaron a cabo las siguientes actividades:

1. Orientación Psicológica.
2. Talleres.
3. Ferias.

### ***Descripción de actividades***

A continuación se hablará de las actividades que el autor del presente trabajo como pasante de la carrera de Psicología en el Programa de Orientación Sexual y Emocional Estudiantil fueron realizadas durante la prestación del servicio que comprende a partir del 6 de mayo de 2019 al 20 de febrero de 2020, comenzando con la orientación psicológica que, como se dijo antes, es la actividad principal dentro del programa; además de otras actividades como presentación de talleres y participación en ferias de la FES Zaragoza.

**Orientación Psicológica.** El servicio se lleva a cabo de lunes a jueves de las 14 a las 18 horas en el edificio A3 planta baja del Campus I de la FES Zaragoza. Cualquier estudiante de la Facultad puede solicitar el servicio, siempre y cuando este como alumno activo o en proceso de titulación. Cualquier otro estudiante de la Universidad de otras facultades, bachilleratos o personas externas a la UNAM son remitidos a las clínicas de atención a la salud de la FES. Al solicitar la atención, se les informa a los estudiantes los horarios en los que opera el servicio, para saber si este se les acomoda con sus horarios para no interferir con sus clases o actividades extras. En caso de aceptar, se les hace una entrevista inicial para tomar sus datos: nombre, edad, carrera, número de cuenta, contacto, horarios disponibles y su motivo de consulta. Posteriormente, se les hace mención que, debido a la alta demanda del servicio, entrarán a una lista de espera, ya que se le da prioridad a



aquellos alumnos que solicitaron el servicio con anterioridad, la única forma de atender a un estudiante de manera inmediata es que, durante la entrevista se detecte que está en riesgo su vida o la vida de terceros.

A cada estudiante que solicite el servicio se le llama una vez que haya un espacio disponible que empalme con la hora disponible del paciente, se les contacta por teléfono para agendar la sesión, en caso de que estos no contesten contarán con tres intentos de llamada, si al tercer intento siguen sin responder, se procede a enviarles un correo, si este tampoco se contesta dentro de la fecha límite establecida, el paciente se da de baja del sistema, ya que se entiende que no requiere del servicio, de la misma forma, en caso de que los alumnos no asistan a la sesión o dejen de ir, se les da de baja del programa ya que se considera una alta voluntaria y se entiende que ya no requieren el servicio.

Por el contrario, si el alumno es contactado y la cita se agenda. Las sesiones dan inicio el día y la hora acordada, se establecen los lineamientos de trabajo, el número de sesiones máximas, las faltas, retardos, etc., así como también se les entrega a los alumnos un consentimiento informado aceptando la atención por pasantes. La atención es llevada un día a la semana durante una hora utilizando la Terapia Breve Centrada en Soluciones para poder descubrir excepciones que faciliten la resolución de la queja de los pacientes, así como también centrarse en lo que hacen bien. Cuando los pacientes sienten que su objetivo está alcanzado, ya sea en la sesión máxima que se les ofrece o antes, dependiendo del proceso individual de cada estudiante, los alumnos son dados de alta y se les pide llenen una hoja donde evalúen el proceso terapéutico, siendo calificado en un promedio de 8 a 10 puntos sobre 10.

Durante la prestación del servicio, que comprende del 6 de mayo de 2019 al 20 de febrero de 2020, fueron atendidos 22 pacientes de los cuales: 14 fueron mujeres y 8 hombres, de entre 18 a 26 años; 10 de la carrera de Psicología, 4 de Médico Cirujano, 3 de Cirujano Dentista, 2 de Enfermería, 2 de Biología y 1 de

Químico Farmacéutico Biológico. De los 22 pacientes 10 fueron dados de alta y 12 dejaron de asistir a sus sesiones, el número de sesiones fueron de entre 1 a 8, tal como lo muestra la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Pacientes Atendidos en el POSEE*

<b>Paciente</b>	<b>Edad</b>	<b>Carrera</b>	<b>Sesiones Totales</b>	<b>Alta/ Baja</b>
1	18	Psicología	3	Alta
2	18	Cirujano Dentista	2	Baja
3	20	Psicología	5	Alta
4	21	Médico Cirujano	2	Baja
5	19	Psicología	2	Baja
6	19	Médico Cirujano	5	Alta
7	19	Cirujano Dentista	2	Baja
8	20	Psicología	4	Alta
9	22	Biología	1	Baja
10	21	Enfermería	3	Baja
11	20	Psicología	2	Baja
12	23	Psicología	8	Alta
13	21	Enfermería	4	Alta
14	20	Biología	6	Alta
15	21	Psicología	5	Alta
16	22	Psicología	8	Alta
17	22	Psicología	1	Baja
18	17	Médico Cirujano	5	Baja
19	26	Cirujano Dentista	6	Alta
20	18	Psicología	1	Baja
21	18	QFB	2	Baja
22	21	Médico Cirujano	1	Baja

De los 22 pacientes atendidos, la relación terapeuta-paciente, en su mayoría, fue de tipo comprador, teniendo solo dos casos donde la relación era demandante

y en las cuales se trató de dar nuevas perspectivas para cambiarlo al tipo comprador. En su mayoría, la queja que más se trato fue “ruptura de pareja”.

**Figura 18**

*Proceso de Pacientes*

<b>Paciente</b>	<b>Relación Terapeuta – Paciente</b>	<b>Construcción de la queja</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Excepciones / Cambios</b>
1	Comprador	Pensar que aún necesita a su exnovio, con el que recientemente acaba de terminar la relación.	“Creerme más capaz de hacer las cosas, no depender de los demás”	Enfocarse en su sobrina enferma. Ir de fiesta con amigos. Decirse “no me puedo poner a llorar en una fiesta”. Platicar con su mamá. Escuela de música. Tocar guitarra. Hablar consigo misma. Perdonarse. Decirse “quíete más”. Hablar con amigos. Leer. Hablar con su hermana.
2	Comprador	Discusiones con su mamá	“Estar más tranquilo”	Salirse para cortar discusiones.
3	Comprador	Miedo de salir de su casa.	“Controlar el miedo”	Colorear. Hablar con compañeros de trabajo. Valorar sus logros. Hablar con su mamá. Doblar turno en el trabajo. Buscar otro trabajo para el fin de semana. Pensar: “El estrés no me controla, yo lo controlo a él” Hacer su almuerzo una noche antes.

Paciente	Relación Terapeuta – Paciente	Construcción de la queja	Objetivo	Excepciones / Cambios
4	Comprador	Se cohibe en clases	“Poder decir las cosas”	Dejar a sus compañeros repartirse los temas.
5	Comprador	Desconfianza con la pareja al no estar con ella.	“Confianza en sí mismo”	Leer. Jugar videojuegos. Platicar con su primo. Visitar a familiares. Salir a la plaza.
6	Comprador	Inseguridad en la escuela	“Ser más segura de sí misma”	Priorizar y organizar. Leer y escribir solo las cosas que no entendiera. Ayudar a sus compañeros a estudiar. Adelantar tareas.
7	Demandante – Comprador – Demandante	Celos al ver las redes sociales de su pareja.	“Aprender a valorarse”	Bloquear a su novio.
8	Comprador	Tristeza al recordar a su expareja ya que recientemente terminaron la relación.	“Aprender a soltar a su expareja”	Estar en un movimiento cultural. Realizar talleres. Pintar. Sembrar. Vender hamburguesas. Estar en el cineclub. Pasear a su perro. Lavar. Estar con “la bandita” (amigos). Sacudir su cabeza. Salirse unos minutos. Ir a la cocina vegana. Platicar con su mamá.

Paciente	Relación Terapeuta – Paciente	Construcción de la queja	Objetivo	Excepciones / Cambios
9	Comprador	No poder escribir su trabajo de titulación.	“Poder escribir lo pendiente”	
10	Comprador	Inseguridad al exponer	“Tener más seguridad en sí misma”	Ver al fondo del salón durante la exposición. Detener a preguntar a sus compañeros si la están entendiendo. Repetir más lento. Decirse “puedo hacerlo” antes de pasar.
11	Demandante	Impulsividad al momento de pelear con los demás.	“Controlar la impulsividad”	Darle un beso a su novio en la mejilla para controlar la discusión.
12	Comprador	Pensamientos de querer morir todos los días	“Modificar pensamientos de querer morir todos los días”	Estar con amigos. Ver videos de stand-up. Platicar con una amiga. Contarle a su papa. Decirse: “¿Por qué tengo que pensar así?”, “No se te va a acabar el mundo”, “No te van a llegar las cosas llorando y sentada”. Jugar con su mamá. Dormir. Hacer tarea.
13	Comprador	Tristeza por ruptura de pareja.	“Controlar sus emociones”	Asimilar que él ya no está. Escuchar música. Dormir. Hacer ejercicio. Leer textos de amor. Ver vídeos de como pensar bien. Salir con amigos.

Paciente	Relación Terapeuta – Paciente	Construcción de la queja	Objetivo	Excepciones / Cambios
13	Comprador	Tristeza por ruptura de pareja.	“Controlar sus emociones”	Estudiar. Hablar con sus padres. Compararse con una chica que le sucedió lo mismo. Decirse que no quiere verse como esa chica, “rogona”. “No querer verse maltratada como esas mujeres de los 90’s”.
14	Comprador	Tristeza por ruptura de Pareja	“Sobrellevar ruptura de pareja”	Alejarse de ella. Estar con amigos cercanos. Leer. Entrenar. Estar en el celular. Salir con sus mejores amigos. Hablar con sus primos. Pensar “acostúmbrate, pero no dejes que te afecte más de lo que ya te afectaron”. Escuchar música. Mentalizarse. Estar en el invernadero. Salir de fiesta.
15	Comprador	Sentirse mal al no poder controlar las variables externas al momento de planear las actividades que hará durante el día.	“No sentirse tan mal cuando no pudiese eliminar variables externas”.	Descalzarse. Mojarse los pies. Pensar en caras felices. Recordar a sus amigos. Pensar “Cálmate un momento”, “Vas a caer en las mismas”, “no puedo controlar a mi equipo, yo ya estuve trabajando”. Organizar sus tareas. Convivir con su familia.

Paciente	Relación Terapeuta – Paciente	Construcción de la queja	Objetivo	Excepciones / Cambios
16	Comprador	Pensamientos de querer morir.	“Autocontrol de esos pensamientos y emociones”	Acostarse en el pasto de la facultad. Escuchar música. Ver videos. Entrenar artes marciales. Jugar videojuegos. Cantar. Decirse “estas evitando mucho este desmadre, tómalo como es”. Ir al diplomado. Limpiar escritorio. “Echase porras”. Escuchar podcast. Tomar los pensamientos como ficción. Imaginar que volaba.
17	Comprador	Sentirse mal al momento de pensar que le tomarán la presión.	“Controlarse cuando le tomen la presión arterial”	-
18	Comprador	Sentirse mal por masturbarse demasiado.	“Controlar la masturbación”	Decirse “Hay que controlarlo, no excederse”, “Es una pérdida de tiempo”, “Para que lo hago”, “No está mal hacerlo, se vale”. Esperar a hacerlo hasta la noche. Escuchar música. Pensar lo que debía hacer durante el día.

Paciente	Relación Terapeuta – Paciente	Construcción de la queja	Objetivo	Excepciones / Cambios
19	Comprador	Sentirse mal al querer saber dónde está su esposo cuando él no está en la casa.	“Sentirse segura de que puede estar sin su esposo”	Cocinar con su hijo. Cantar villancicos. Decirse “Si él (su esposo) se fue a buscar algo, en mí no queda”. Pensar “No les voy a dar el gusto de enojarme”. Ayudar a su hijo con la tarea. Evadir a los amigos de su esposo. No avisarle a donde va.
20	Demandante	Enojo con su madre	“No le afecten tanto las actitudes de su mamá”	
21	Comprador	Miedo al exponer en público	“Disminuir el miedo al exponer en público”	Apoyarse en sus amigos. Recibir retroalimentación de sus amigos. Salir a cualquier lugar.
22	Comprador	Enojo	“Aprender a controlar su enojo”	

En la primera columna se presenta el número de paciente atendido que corresponde a los mismos datos presentados en la Tabla 1, en la siguiente columna encontramos la relación terapeuta – paciente que se estableció al construir la queja, que se encuentra en la tercera columna, siendo en su mayoría relaciones de tipo comprador al ponerse los pacientes como parte de la queja pero también como parte de la solución, con el paciente 7, la relación de encuentra como “demandante – comprador – demandante”, esto debido a que el estudiante mediante su discurso, cambiaba en cuanto a verse como parte de la solución, diciendo que su novio era quien debía cambiar para resolver la queja, pero en ocasiones la solución se la atribuía a ella misma, cosa que posteriormente cambió a su pareja de nueva cuenta.



En la última fila, se encuentran las excepciones o cambios traídos por el paciente a lo largo de su proceso terapéutico, desde la primera sesión y subsecuentes. Enmarcando los puntos que le ayudaron a hacer que se diera cuenta que estaba encaminado a la solución, manejando las técnicas de Búsqueda de Excepciones al Elicitar, Marcar, Ampliar y Atribuir Control, así como la Pregunta de Escala, pudiéndose notar que la mayoría de los pacientes encontraron una gran variedad de cosas que les ayudaron a la resolución de su queja. En las filas donde no se presentaron datos de estos cambios o excepciones, se debe a que mediante la exploración de estos, no se encontró algo que ya vinieran haciendo desde antes.

Se usaron las tres tareas antes presentadas de la TBCS: tarea formalizada de la primera sesión, hacer más de lo que funciona y hacer lo más fácil que podría funcionar, siendo la segunda la más usada, puesto que los pacientes trajeron cambios en su queja, de esta forma se les hacía repetir aquello que hacían bien y buscar alguna otra cosa que les ayudará a encaminarse a la solución.

Hasta este momento se ha presentado la orientación psicológica brindada a los alumnos que solicitaron el servicio del POSEE, lo siguiente a tratar son las actividades de los talleres.

**Talleres.** El programa ofrece talleres a la población estudiantil, llevándose a cabo durante dos periodos: uno durante el periodo semestral, siendo este solicitado por los tutores de cada grupo de las carreras de la Facultad y el otro, en el periodo intersemestral organizados por el Centro de Orientación y Formación Integral Estudiantil (COFIE), dándose temas como estrés, depresión, ansiedad, manejo de tiempo, relaciones de pareja, técnicas de estudio y diversos temas que ayuden a cubrir las demandas de la comunidad universitaria. Se realizan actividades para el fortalecimiento de los conocimientos adquiridos así como la expresión de sus opiniones, experiencias e ideas respecto a la temática a trabajar.

**Tabla 2.1**

*Talleres Realizados*

<b>Taller</b>	<b>Asistentes</b>	<b>Tipo</b>
Manejo del tiempo	1. Grupo de 60 estudiantes de QFB. 2. Tres grupos de 30 participantes de Cirujano dentista. 3. 62 alumnos de Nutriología. 4. 16 asistentes durante el periodo intersemestral.	Cinco talleres durante el periodo semestral solicitado por el tutor.  Un taller durante el periodo intersemestral.
Curriculum y Entrevista	15 asistentes.	Intersemestral.
Técnicas de Exposición	7 asistentes.	Intersemestral.
Técnicas de Estudio	20 asistentes.	Intersemestral
Manejo del Estrés	60 alumnos de la carrera de Médico cirujano.	Semestral.

**1. Manejo del Tiempo.** Este taller se brindó a los participantes con la finalidad de que estos puedan organizar mejor su tiempo, para aprovechar las horas de estudio, de ocio y aquellas que se consideran como “tiempo perdido”, ya que no se encuentran haciendo alguna actividad en concreto.

Como objetivo general se planteó que el alumno/asistente empleará alguna estrategia para manejar su tiempo académico y de ocio. Y como objetivos específicos se buscó que: El alumno/asistente conocerá para qué sirve planificar el tiempo y que aspectos intervienen en este; Identificará algunas herramientas para la organización del tiempo; y empleará una herramienta para la organización de tareas escolares y otras actividades.

El taller fue solicitado y presentado en cinco ocasiones. Uno en la carrera de Químico Farmacéutico Biológico (QFB) de Campus II, a un total de 60 participantes el 23 de septiembre de 2019; tres talleres a la carrera de Cirujano Dentista, siendo presentado uno el 30 de septiembre de 2019, otro el día 3 de octubre, y el último el 8 de noviembre del mismo año, los tres con una asistencia de 30 participantes. También fue proporcionado a la carrera de nutriología el día 2 de diciembre con un total de 62 alumnos. Por último, el taller fue presentado el 13 de enero de 2020 durante el periodo intersemestral con 16 asistentes.

**Tabla 2.2**

*Actividades del taller de manejo del tiempo*

<b>Tema/Actividad</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Tiempo Total</b>
Presentación de los participantes	Una pelota	10 min.	10 min.
1. Objetivos 2. Manejo del Tiempo <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Concepto</li> </ul> 3. Beneficios y Obstáculos 4. Ciclo del Manejo del Tiempo <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Metas</li> <li>b. Utilidad</li> <li>c. Planificar</li> <li>d. Supervisión</li> <li>e. Ajustes</li> </ul> 5. Herramientas <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Caja de Eisenhower</li> <li>b. Agenda</li> <li>c. Calendario</li> <li>d. Plan Semanal</li> <li>e. Aplicaciones</li> </ul>	Presentación en PowerPoint	30 min	40 min.
Actividad: delimitar lo que es urgente, importante, no urgente y no importante para la gestión del tiempo	Caja de Eisenhower impresa	10 min.	50 min.

Tema/Actividad	Material	Tiempo	Tiempo Total
Actividad: Planificación de un horario por equipos, ajustando las actividades entregadas en un horario semanal.	Horario semanal impreso Tareas a realizar impresas	20 min.	1 hora 10 min.
Actividad: reajustar tiempos del horario entregado conforme a una situación no prevista.	Situación no planeada impresa	10 min.	1 hora 20 min.
Conclusiones	Presentación PowerPoint	10 min.	1 hora 30 min.

El taller fue evaluado como bueno y excelente en un porcentaje alto, siendo las dinámicas e información lo que más le gusto a los asistentes, mientras que, la mayoría comentó que le gusto demasiado el taller, por lo que no hubo algo que no les gustará, seguido de lo menos gustado que fue el tiempo y las dinámicas.

**2. Curriculum y Entrevista.** El taller fue organizado para aportar a los asistentes en su vida profesional, para su preparación en la búsqueda de empleo, ayudándole a la elaboración de su curriculum y de su preparación para presentarse en una entrevista laboral.

Como objetivo general se planteó que el asistente hará uso del curriculum y la entrevista para su uso en la vida profesional. Mientras que en los objetivos específicos, el asistente: elaborará un curriculum usando sus datos para conocer este; conocerá la estructura de una entrevista para su vida profesional; y conocerá como contestar a algunas preguntas frecuentes empleadas en la entrevista para poder responder a ellas. El taller fue presentado el día 15 de enero de 2020 durante el periodo de talleres intersemestrales con 15 asistentes.

**Tabla 2.3***Actividades del taller de curriculum y entrevista*

Tema/Actividad	Material	Tiempo	Tiempo Total
Presentación de los participantes	Una pelota	5 min.	5 min.
1. Objetivos 2. Curriculum <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Concepto</li> <li>b. Tipos               <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Cronológico</li> <li>ii. Temático</li> <li>iii. Mixto</li> </ul> </li> <li>c. Recomendaciones</li> <li>d. Evitar</li> <li>e. Datos del curriculum</li> </ul>	Presentación en PowerPoint	20 min.	25 min.
Actividad: Elaboración de un curriculum mixto por parte de los asistentes	Plantilla de curriculum impresa	20 min.	45 min.
3. Entrevista <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Concepto</li> <li>b. Preparación</li> <li>c. Preguntas frecuentes de la entrevista</li> </ul>	Presentación en PowerPoint	20 min.	1 hora 5 min.
Actividad: Revisión de preguntas frecuentes durante una entrevista y como responder a ellas	Preguntas y respuestas impresas	20 min.	1 hora 25 min.
Conclusiones	Presentación PowerPoint	5 min.	1 hora 30 min.

El taller fue evaluado como bueno y excelente en un porcentaje alto, siendo la información lo que más le gusto a los asistentes, mientras que, la mayoría comentó que le gusto demasiado el taller, por lo que no hubo algo que no les gustará, seguido de lo menos gustado que fue el tiempo.

**3. Técnicas de Exposición.** El taller fue organizado para aportar a los asistentes en su vida académica para ayudarles en la dinámica de exposición, ofreciéndoles técnicas para el manejo de los nervios, control de gestos, volumen de voz, preparación para antes y durante la exposición y otros datos que puedan ayudarles en esta. El objetivo general del taller fue: El asistente conocerá como preparar una exposición y cómo presentarla para su vida escolar. El taller fue presentado el día 16 de enero de 2020 durante el periodo de talleres intersemestrales.

**Tabla 2.4**

*Actividades del taller de técnicas de exposición*

<b>Tema/Actividad</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Tiempo Total</b>
Presentación de los participantes	Cuestionario	15 min.	15 min.
1. Objetivos 2. Exposición 3. Partes de la exposición <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Introducción</li> <li>b. Desarrollo</li> <li>c. Conclusiones</li> <li>d. Preguntas y respuestas</li> <li>e. Otros tipos de organización</li> </ul> 4. Cómo preparar la exposición 5. Como exponer	Presentación en PowerPoint	20 min.	35 min.
Actividad: En parejas preparar una exposición de un tema que los participantes tengan en común	Papel bond Plumones Hojas blancas Fichas de trabajo	20 min.	55 min.
Exposición por equipos		30 min.	1 hora 25 min.

Tema/Actividad	Material	Tiempo	Tiempo Total
Retroalimentación para cada equipo		10 min.	1 hora 35 min.
Conclusiones	Presentación PowerPoint	5 min.	1 hora 40 min.

El taller fue evaluado como bueno y excelente en un porcentaje alto, siendo las dinámicas lo que más le gusto a los asistentes, mientras que, la mayoría comentó que le gusto demasiado el taller, por lo que no hubo algo que no les gustará, seguido de lo menos gustado que fue el tiempo.

**4. Técnicas de Estudio.** El taller fue organizado para aportar a los asistentes en su vida académica para ayudarles a tener en cuenta varios aspectos a considerar, al igual que herramientas, para una adecuada manera de estudiar y retener la información. Su objetivo fue el siguiente: El asistente conocerá algunas de las diversas técnicas de estudio que le serán de ayuda para su vida escolar. El taller fue presentado el día 20 de enero de 2020 durante el periodo de talleres intersemestrales.

**Tabla 2.5**

*Actividades del taller de técnicas de estudio*

Tema/Actividad	Material	Tiempo	Tiempo Total
Presentación de los participantes	Cuestionario	15 min.	15 min.
1. Objetivo 2. Técnicas de Estudio 3. Subrayado 4. Resumen 5. Cuadro Sinóptico 6. Cuadro Comparativo 7. Uve de Gowin 8. Mapa Mental 9. Mapa Conceptual 10. Ficheros	Presentación en PowerPoint	30 min.	45 min.

Tema/Actividad	Material	Tiempo	Tiempo Total
11. Acrósticos 12. Mnemotecnia 13. Enseñar lo aprendido			
Actividad: Se les proporciona una lectura corta y, para retener la información de esta deberán elegir una de las técnicas presentadas anteriormente para resaltar la información y estudiarla.	Lectura impresa Marca textos Hoja blanca	20 min.	1 hora 5 min.
Revisión de la actividad		10 min.	1 hora 15 min.
Conclusiones	Presentación en PowerPoint	5 min.	1 hora 20 min.

El taller fue evaluado como bueno y excelente en un porcentaje alto, siendo la información y las dinámicas lo que más le gusto a los asistentes, mientras que, la mayoría comentó que le gusto demasiado el taller, por lo que no hubo algo que no les gustará, seguido de lo menos gustado que fue el tiempo.

**5. Manejo del Estrés.** La presentación del tema fue a manera de plática interactiva debido al tiempo corto de este. Fue organizado para aportar a los asistentes a manejar el estrés que les generen diversas situaciones, así como su detección y control. Objetivos: El asistente conocerá algunas técnicas que le puedan ayudar a manejar su estrés. El taller fue presentado el día 14 de febrero de 2020 a la carrera de Médico Cirujano con un total de 60 participantes.

**Tabla 2.6**

*Actividades del taller de manejo del estrés*

Tema/Actividad	Material	Tiempo	Tiempo Total
1. Objetivos 2. Qué es el estrés	Presentación PowerPoint	1 hora	1 hora



Tema/Actividad	Material	Tiempo	Tiempo Total
3. Tipos de estrés <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Eustrés</li> <li>b. Distrés</li> </ul> 4. Fases del estrés           5. Herramientas para controlar el estrés <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Manejo del tiempo</li> <li>b. Planear presencia y no ausencia</li> <li>c. Decir no</li> <li>d. Cortar el pensamiento</li> <li>e. Risa</li> <li>f. Control antes y durante una exposición</li> <li>g. ¿Qué es lo peor que puede pasar?</li> <li>h. Visualizar</li> <li>i. Respiración</li> <li>j. Otras formas</li> </ul> 6. Conclusiones			

El taller fue evaluado como bueno y excelente en un porcentaje alto, siendo la información lo que más le gusto a los asistentes.

**Ferias.** El POSEE también participa en las ferias realizadas en la Facultad tanto en la feria de presentación del servicio social como en las ferias de salud. Las actividades llevadas a cabo en la primera son: explicar a los alumnos interesados cómo funciona el servicio que ofrece el POSEE, las actividades a llevar a realizar, requisitos y demás dudas que tengan respecto al servicio social en el programa.

En las ferias de salud se presentan juegos que promuevan la adquisición de conocimientos respecto a salud sexual y emocional. Un ejemplo, se elaboró un juego de serpientes y escaleras en el cual, cada casilla tenía un dato respecto a una enfermedad de transmisión sexual (ETS), en cada serpiente el jugador se “infectaba”

de una ETS, por lo que debía retroceder las casillas correspondientes, por el contrario, si caía en una escalera, la casilla marcaba que el jugador utilizó condón durante una relación sexual, por lo que podía avanzar. Al final, se les otorgaban condones a los participantes.

## **Resultados de las Actividades Realizadas**

### **Alcances y limitaciones de las actividades realizadas**

Uno de los alcances y logros obtenidos durante la presentación del servicio fue la práctica de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, ya que, durante el semestre donde se tuvo un acercamiento a ella, no hubo tanta oportunidad de intervención debido al abandono del paciente en su proceso terapéutico. El servicio brindó la oportunidad de practicar el modelo, sus pasos, técnicas, principios y supuestos, así como el dar por terminado el proceso del paciente. Se tuvo un acercamiento real a la práctica clínica de la terapia, consolidando los aprendizajes obtenidos durante la carrera. Además de satisfacción de poder contribuir a la mejora de la calidad de vida de los estudiantes, retribuyendo de esta forma a la Universidad Nacional todas las facilidades para el estudio de la carrera.

La prestación del servicio reafirmó el gusto por la psicología y confirmó el interés por continuar la práctica terapéutica dentro de la TBCS, el poder ayudar a los pacientes, aminorando o controlando sus quejas y ver como alcanzan sus objetivos, el cambio que tienen en la forma de expresarse al llegar a la primera sesión, siendo pesimistas y viéndose un poco decaídos; y cómo se van del servicio al darse de alta, expresando cosas como:

“Esta terapia fue mi brazo derecho, no sé qué hubiera hecho si no hubiese venido”, “Esta terapia me dejó mucho, pues pude darme cuenta de que puedo hacer las cosas sola, de que no necesito estar dependiendo de mi marido todo el tiempo”, “El haber venido me ayudo no solo en lo que estuve trabajando aquí, sino en otras cosas, antes yo quería matarme ya no quería seguir viviendo, y ahora me doy cuenta de que no, ese pensamiento ya no está, no me quiero morir”.

Estos y muchos otros comentarios similares, dejaron una alegría enorme al saber que se pudo ayudar, aunque fuese muy mínimamente, a que los pacientes pudiesen superar su queja y alcanzar el objetivo que se plantearon, y no solo

trabajaron en un aspecto, sino que empezaron a hacer cambios en otras situaciones que también les aquejaban.

En cuanto a los talleres ofrecidos a la comunidad, se reafirmaron algunas técnicas de presentación de exposición, manejo de tiempos, creatividad en cuanto a la aplicación de actividades y juegos, manejo de grupos, así como el poder apoyar a los estudiantes de manera profesional y académica.

Algunas limitaciones que se pueden resaltar son la falta de espacios dentro del servicio, ya que se cuenta solo con dos cubículos para la atención de los estudiantes, por lo que la lista de espera se retrasa más de lo debido por la cantidad limitada de consultorios, además de los horarios, ya que se podría establecer un horario matutino para los alumnos que no puedan asistir durante la tarde, así como la atención los viernes. Esto podría bajar el sobrecupo de la lista de espera y poder atender cuanto antes a los estudiantes.

## **Conclusión y discusiones**

El Programa de Orientación Sexual y Emocional Estudiantil ofrece un servicio de orientación psicológica a la población estudiantil de la FES Zaragoza con el objetivo de brindar atención entre pares a la comunidad que toma los fundamentos de Vigotsky, como la zona de desarrollo próximo y el aprendizaje colaborativo, donde se explica que el aprendizaje es un proceso por el cual, un individuo crea el conocimiento a partir de su interacción con otros individuos más experimentados, capaces o habilidosos, independientemente de su edad, de esta manera, estudiantes pueden orientar a otros estudiantes que posean menos capacidades para la resolución de conflictos o adquisición de nuevas habilidades (Galindo, et. al., 2012; Gómez y Covarrubias, 2020).

Bajo esta premisa, los pasantes de la carrera de Psicología pueden orientar a otros estudiantes, tanto en lo emocional como en lo profesional y académico. En la parte emocional, el POSEE toma el enfoque sistémico como base, teniendo una flexibilidad para poder ocupar a varias de sus corrientes, de las cuales, la Terapia Breve Centrada en Soluciones es la más ocupada dentro de este. La TBCS, creada por Steve de Shazer e Insoo Kim Berg en 1978, es una forma de psicoterapia que tiene la finalidad de construir e implementar soluciones en un periodo corto, máximo de siete sesiones, dejando a un lado el problema y enfocándose más en la forma para llegar a las soluciones (Lipchik, 2004).

Esta terapia pudo ser practicada durante el periodo del servicio social prestado, donde se consolidaron los aprendizajes obtenidos y trabajarlos en casos clínicos reales, logrando un acercamiento a algunas de las técnicas de la TBCS, desde la construcción de la queja, la relación paciente-terapeuta, fijar objetivos, buscar excepciones a través de la pregunta de escala, la pregunta de cómo el paciente afronta el problema y el trabajo sobre excepciones, el mensaje final, prescripción de tareas para el paciente, la manera de llevar la terapia a partir de la segunda sesión y las subsecuentes hasta llegar al fin del proceso terapéutico con el alta. Logró ayudar a la obtención de experiencia frente a los pacientes, el trato

con ellos y la forma de ayudarlos a encontrar soluciones beneficiosas para la resolución de sus quejas, siendo esto, una experiencia satisfactoria. Si bien, no todos los solicitantes terminaron su proceso terapéutico, estos también aportaron al crecimiento profesional al poder explorar los cambios que estos ya traían consigo y que solo necesitaban darse cuenta de que ya estaban encaminados a las soluciones de sus problemas. Lo anterior logró magnificar el gusto por la psicología, continuar con la práctica clínica de la Terapia Breve Centrada en Soluciones para la resolución de las quejas de los pacientes y encaminarlos a la solución para la mejora de su calidad de vida.

El permitir a los pasantes la orientación psicológica a otros alumnos, tanto de la misma carrera como de las distintas ofertadas dentro del plantel y de niveles iguales o inferiores, permitió una relación de confianza mucho mayor, sin dejar de lado el límite profesional, en el que los pacientes pudieron expresarse libremente, además de sentirse comprendidos por las situaciones por las que atravesaban al hacerles comentarios donde la experiencia del terapeuta atravesando por una situación similar a la que los aquejaba, les servía para sentirse comprendidos y ver que no eran los únicos que atravesaban por el mismo problema, permitiendo que el desarrollo de la adaptación se llevara de una mejor manera.

Dentro del ámbito profesional, los talleres permitieron reafirmar habilidades en cuanto al manejo de una clase teórico-práctica para dar algunas herramientas a los asistentes que ayuden en su vida académica y laboral, desde el manejo del tiempo hasta su presentación en una entrevista de trabajo, mientras que las ferias fueron una ayuda para los estudiantes para dar a conocer ciertos temas o datos referentes a la sexualidad, así como la promoción del servicio para darles un panorama más grande respecto a este y así poder elegir el que más les interese.

El servicio social ayudó a la adquisición y consolidación de conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes como profesional de la salud en la Licenciatura de Psicología que plantea el plan y los programas de estudios vigente de la Carrera de

Psicología, este establece que la licenciatura tiene la misión de formar profesionales que favorezcan a la mejora de la calidad de vida de los individuos, organizaciones, grupos y comunidades, investigar, planear, intervenir y evaluar para fines de prevención, rehabilitación y promoción. También establece como objetivo general:

“El plan de estudios de Licenciatura en Psicología de la FES Zaragoza, tiene como objetivo formar psicólogos generales con los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes necesarios que le permitan intervenir inter y multidisciplinariamente en individuos, grupos, organizaciones y comunidades, a partir de una formación integral, reflexiva y constructiva del entorno nacional y mundial, con fundamentos para aplicar el conocimiento, investigar sobre fenómenos relacionados con la disciplina, e innovar de acuerdo con el escenario en el que se desempeñen” (Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, 2010, p. 13).

El objetivo general que establece la Licenciatura de Psicología fue cumplido, ya que se adquirieron los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes necesarias para intervenir en individuos y comunidades, en este caso, los estudiantes de la FES Zaragoza, logrando que parte de esta comunidad mejore en su calidad de vida en el aspecto emocional, estas competencias que se desarrollaron durante la carrera y que marca el plan de estudios son las siguientes:

Habilidad de aprendizaje y trabajo en equipo, coordinar equipos de trabajo, conocimientos teórico-metodológicos de la psicología, métodos y técnicas de investigación en psicología, habilidad de planeación, diseño y aplicación de métodos de investigación, elaborar reportes de investigación, generar comportamientos adaptativos ante las demandas del entorno, promover la participación de individuos en el contexto cambiante para la mejora de su calidad de vida (Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, 2010).

En cuanto a los objetivos de las áreas cursadas en la carrera: Etapa Básica, Psicología Organizacional y del Trabajo, Psicología Social y Psicología Clínica y de la Salud, se cumplieron los siguientes:

En la Etapa de Formación Básica se cumplió el analizar las diferentes formas de explicar el conocimiento, diferenciar las características de los métodos de investigación, aplicar el conocimiento experimental en los procesos psicológicos, explicar fundamentos de procesos psicológicos desde diversos paradigmas; Desde el Área de la Psicología Organizacional y del Trabajo se logró participar en la solución de conflictos interpersonales e intergrupales, diseñar programas de capacitación y desarrollo personal, esto en cuanto a lo utilizado durante la impartición de los talleres. En el Área de la Psicología Social se logró el analizar el contexto de marco de referencia histórico-social, político y económico para la comprensión de fenómenos psicosociales.

En el Área de la Psicología Clínica y de la Salud se logró la planificación de estrategias de la psicología basadas en diferentes aproximaciones teóricas, en este caso, el enfoque sistémico, para la evaluación, medición, detección de factores psicológicos involucrados en el bienestar de los individuos, aplicar esos conceptos básicos e implementar estrategias, así como actuar con responsabilidad y ética profesional.

Estas habilidades, conocimientos y destrezas que maneja el perfil profesional de la carrera, así como los objetivos planteados en las diferentes áreas de conocimiento de la psicología, fueron adquiridas durante la carrera y reafirmadas durante la prestación del servicio, al tener los conocimientos para el trabajo con el equipo de otros pasantes que también desempeñaban su labor de servicio en el POSEE, así como la organización y manejo de grupos en los talleres ofrecidos por parte del COFIE; se ayudó a los estudiantes a mirar desde otras perspectivas como enfrentar sus problemas para encaminarlos a la solución de los mismos para que su calidad de vida, en el ámbito emocional, educativo y profesional, mejorará.



Actuando profesional y éticamente hacia los pacientes para respetar su contexto social y sus derechos humanos, tal como lo marca el plan de estudios de la carrera.

En cuanto al objetivo del POSEE, el cual es “brindar apoyo entre pares, de forma profesional y supervisada, a estudiantes en riesgo, orientado a su salud sexual y psicológica tanto en forma ordinaria, como en crisis, derivadas de situaciones personales o de eventos traumáticos” (Sistema de Información Automatizada de Servicio Social, 2014), este fue cumplido. Ya que se pudo apoyar a los estudiantes de la Facultad, de tal forma que su salud emocional fuese encaminada a resolver esas situaciones que los aquejaban en la práctica psicológica, así como de manera profesional con la impartición de los talleres. Recordando que el apartado de “salud sexual”, fue realizado solo por los pasantes de la carrera de medico cirujano, ya que estos eran los encargados de orientar a los alumnos en cuanto a dudas respecto al uso del condón y otros métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual y algunas otras cuestiones propias de su disciplina.

Algunas consideraciones a tomar en cuenta para la mejora del servicio serían el buscar espacios más amplios que permitan tener más cubículos para la atención psicológica, así como una evaluación más profunda de las necesidades de la comunidad estudiantil por parte del COFIE para la impartición de talleres y un mayor seguimiento respecto a cómo se encontraban antes y como se encuentran después de su asistencia al taller, como los conocimientos y habilidades que lograron aplicar en su vida luego de su participación dentro del mismo, puesto que la evaluación que los estudiantes hacen al final es para calificar la exposición del taller y la dinámica de trabajo, más no un contraste de los aprendizajes del estudiante.

Si bien, hay algunos aspectos que pueden mejorarse dentro del mismo, el programa brinda, dentro de sus posibilidades, lo necesario para el desarrollo de psicólogos profesionales que estén capacitados para la intervención en casos clínicos reales, aplicar los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que la

licenciatura brinda durante el periodo de la carrera y de esta forma, mejorar la calidad de vida, no solo de los estudiantes, sino también de los futuros pacientes que sean tratados en otros ámbitos y escenarios, que ayudarán al crecimiento y demandas de la sociedad, tal como busca la Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

## Referencias

- Berg, I., & Miller, S. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol. Orientaciones y sugerencias para terapias de familias breves*. Barcelona: Gedisa.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1966). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Beyebach, M. (s/f). *La Terapia Familiar Breve Centrada en Soluciones*. En Moreno, A. (ed.). *Modelos de Terapia Familiar Sistémica* (2014). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beyebach, M. (1995). *Avances en terapia breve centrada en las soluciones*. En Navarro, G. J. & Beyebach, M. (Comps.). *Avances en terapia familiar sistémica* (pp. 157-194). Barcelona: Paidós.
- Beyebach, M., & Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Barcelona: Herder.
- de la Fuente Blanco, I., Alonzo, Y., & Vique, R. (2019). *Terapia Breve Centrada en Soluciones: Un modelo teórico relacional*. *Revista de Psicoterapia*, 30 (113), 259-273.
- De Shazer, S., Berg, I., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. & Weiner-Davis, M. (1986). *Terapia Breve: Desarrollo Centrada en Soluciones*. En Nardone, G. y Watzlawick, P. (Eds.), *Terapia Breve: Filosofía y Arte* (pp. 135-164). Barcelona: Herder.
- De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa.
- Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (2010). *Propuesta de Modificación al Plan y Programas de Estudio de la Licenciatura en Psicología (Sistema Presencial)*. México: UNAM. Recuperado de: [https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/portalfesz2019/Licenciaturas/psicologia/plan\\_estudios\\_psicologia.pdf](https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/portalfesz2019/Licenciaturas/psicologia/plan_estudios_psicologia.pdf)

- Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. (2019). Misión y Visión. Recuperado el 22 febrero, 2020, de <https://www.zaragoza.unam.mx/informacion-general/>
- Galindo, R., Galindo, L., Martínez, N., Ley, M., Ruiz, E., & Valenzuela, E. (2012). Acercamiento epistemológico a la teoría del aprendizaje colaborativo. *Revista Apertura*, 4 (2). Recuperado de: <http://www.udgvirtual.udg.mx/apertura/index.php/apertura/article/view/325/290>
- Gergen, K. (2007). *Construccionismo Social. Aportes para el debate y la práctica.* Estrada, M., & Diazgranados, S. (comp). Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Gomez, J., & Covarrubias, M. (2020). Zona de Desarrollo Próximo: Características del guía, del aprendiz y de los procesos psicológicos superiores potencializados. *Revista EDUCAmazonia*, 25 (2), 462-490. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7618411>
- Haz, A., & Castro, S. (1994). Enfoque de Soluciones. En búsqueda de los recursos y habilidades de los pacientes. *PSYKHE* 3 (1), 45-52.
- Lipchik, E. (2004). *Terapia Centrada en la Solución: Más allá de la Técnica* (Aморrortu).
- Matter, J. (2006). Solution-Focused Therapy with Adolescents in Residential Treatment. *Journal of Therapeutic Schools and Programs*, 1(2), 137-152. <https://doi.org/10.19157/jtsp.issue.01.02.07>
- Romero, L., & García, M. (2008). Manual de Procedimientos para Realizar el Servicio Social en la Carrera de Psicología. FES Zaragoza: UNAM. Recuperado de: [https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/Licenciaturas/psicologia/Manual\\_de\\_SS.pdf](https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/Licenciaturas/psicologia/Manual_de_SS.pdf)
- Santiviago, C. (2018). 2.2. Tutorías entre pares y aprendizaje. En Santiviago, C. (comp.), *Las tutorías entre pares como estrategia de apoyo y herramienta de transformación de la educación superior: la experiencia del programa de respaldo al aprendizaje*, 78-84, Montevideo. Recuperado de: <https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2018/12/Las-tutori%CC%81as-entre-pares-TEP-Progres-a-Im-prenta.pdf>
- Shotter, J. (1993). *Realidades conversacionales. La construcción de la vida a través del lenguaje.* Buenos Aires: Amorrrortu editores.

- Sistema de Información Automatizada de Servicio Social (2014). Orientación Sexual y Emocional Estudiantil. Recuperado de: <https://www.siaass.unam.mx/consulta/1153275>
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: Una breve introducción a la Terapia Colaborativa, la Terapia Narrativa y la Terapia Centrada en Soluciones. *Psicología Conductual* 14 (3), 511-532.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la Terapia Sistémica. Una aproximación en su tradición de investigación científica. En Eguiluz, L. (2004). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp. 1-24) México: Pax México.
- Villanueva, L. (2015). Terapia Centrada en Soluciones: Un triángulo equilátero. *Revista de Psicología* 9 (1), 121-125.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Editorial Herder.